



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**MESURES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS
À LA CONSOMMATION D'ALCOOL :
AVERTISSEMENTS SANITAIRES DANS
LE MARKETING, REcul DE L'ÂGE DE LA
PREMIÈRE CONSOMMATION D'ALCOOL
ET PRIX MINIMUM DE L'ALCOOL**

**MARS 2024
CSS N° 9781**



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Avenue Galilée, 5 bte 2
B-1210 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.fgov.be

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Mesures de réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool : avertissements sanitaires dans le marketing, recul de l'âge de la première consommation d'alcool et prix minimum de l'alcool. Bruxelles: CSS; 2024. Avis n° 9781.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargée à partir de la page web: www.css-hgr.be

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9781

Mesures de réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool : avertissements sanitaires dans le marketing, recul de l'âge de la première consommation d'alcool et prix minimum de l'alcool

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations (in particular with regard to marketing and pricing) to reduce alcohol-related harm and delay the age of first consumption

Version validée par le Collège du
6 mars 2024¹

RÉSUMÉ

Un avis a été demandé au Conseil Supérieur de la Santé (CSS) au sujet du plan interfédéral 2023-2025 relatif à la consommation nocive d'alcool. Le présent avis propose des recommandations concernant des actions spécifiques de celui-ci : les avertissements sanitaires en cas de marketing, l'optimisation de l'âge de la première consommation d'alcool et l'instauration d'un prix minimum pour l'alcool.

En ce qui concerne les messages d'avertissement à ajouter au marketing pour l'alcool, il s'agit de déterminer l'impact de ces messages, de fournir un inventaire de bonnes pratiques dans ce domaine et de proposer une série d'avertissements sanitaires et un système de rotation. En effet, l'actuel message de la Fédération des brasseurs belges ne reflète pas les dangers liés à la consommation d'alcool. L'alcool n'est pas un produit de consommation comme les autres, son impact négatif sur la santé est largement démontré. **Il n'y a pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé**, même une consommation légère ou modérée augmente le risque de maladies graves. Pourtant, la population reste très peu consciente de ces risques. Pour pouvoir prendre en toute liberté des décisions éclairées concernant sa consommation d'alcool, elle doit être correctement informée du contenu du produit qu'elle est susceptible d'acheter et/ou de consommer et de tout préjudice pour la santé qui y est associé. Il est donc nécessaire et urgent de mieux informer à ce sujet.

Le CSS rappelle d'abord que la méthode la plus efficace pour réduire la consommation d'alcool et les méfaits liés à l'alcool est **d'interdire complètement le marketing pour l'alcool**, et réitère donc cette recommandation, déjà faite en 2018. En effet, la population est très exposée au marketing de l'alcool, de manière consciente mais surtout inconsciente, ce qui a un impact important sur la consommation, en particulier chez des populations plus vulnérables telles que les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool et les jeunes. Pour cela, le marketing doit être considéré de manière très large et prendre en compte les nouvelles formes, qui présentent de nouveaux risques et défis (notamment, difficultés de résister aux publicités intégrées, comme le sponsoring). Si l'interdiction n'est pas possible, le

¹ Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

CSS recommande que des restrictions législatives soient prévues, en ce qui concerne le volume mais également le contenu de ces nouvelles formes de marketing.

En outre, le CSS préconise l'ajout d'un **message d'avertissement sanitaire à tous les éléments de marketing qui sont encore autorisés, afin de mieux faire connaître les risques de la consommation d'alcool**. Après avoir rassemblé les bonnes pratiques à ce sujet, le Conseil propose plusieurs messages qui devront être testés auprès des groupes cibles afin d'identifier ceux qui atteignent le mieux cet objectif, ainsi qu'un système de rotation pour la présentation de ces messages. Des conditions pour assurer la visibilité de ces messages sont aussi définies.

Par ailleurs, le CSS recommande que ces **messages sanitaires soient également obligatoires sur les étiquettes des produits alcoolisés**. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'étiquetage obligatoire de l'alcool constitue en effet une stratégie de santé publique essentielle. Ces étiquettes devraient également mettre à disposition de manière visible d'autres informations telles que le nombre de verres standards² dans la consommation, la valeur nutritionnelle et la valeur énergétique, l'âge minimum légal de consommation (si celui-ci est augmenté à 18 ans pour toutes les boissons alcoolisées) et la référence à un site web rassemblant différentes informations (bases scientifiques, conseils de réduction des risques, orientation vers l'aide).

L'avis formule également des pratiques réglementaires visant à repousser l'âge de la première consommation. En effet, la consommation d'alcool chez les jeunes augmente considérablement pendant l'adolescence. Bien que la prévalence générale et la fréquence de la consommation d'alcool aient nettement diminué au cours de la dernière décennie, les comportements à risque chez les jeunes Belges ont augmenté ces dernières années. Les changements physiologiques dans le système nerveux central font de l'adolescence un moment vulnérable au niveau neurobiologique, durant lequel le cerveau est particulièrement sensible aux effets directs de l'alcool. Les jeunes constituent un groupe vulnérable qui doit être protégé des risques potentiels liés à la consommation d'alcool (perturbation du développement cérébral normal, risque de dépendance, risques pour la santé mentale et physique, conséquences sociales négatives, accidents (de la circulation) et développement d'habitudes malsaines.

Tout d'abord, la recommandation précédente de 2018 est réitérée pour **porter la limite d'âge à 18 ans pour toutes les boissons alcoolisées** (y compris la bière et le vin). L'augmentation de l'âge minimum pour l'alcool a des effets positifs évidents sur la santé. Cette disposition alignerait la législation existante sur la plupart des pays de l'Union européenne et enverrait un message clair à la population. De plus, l'optimisation des pratiques de contrôle est cruciale pour garantir le respect des limites d'âge minimum. L'application et le contrôle ont non seulement un impact direct sur la disponibilité de l'alcool pour les mineurs, mais aussi sur les normes sociales et les croyances relatives à l'alcool. Les États-Unis et l'Islande sont présentés comme exemples de pratiques innovantes pour augmenter l'âge de la première consommation d'alcool.

Pour une prévention efficace de la consommation d'alcool chez les jeunes, il est aussi recommandé de promouvoir une approche intégrée, impliquant divers intervenants tels que le gouvernement, les établissements de soins, les écoles et les clubs sportifs. Les parents jouent un rôle clé dans la formation des attitudes et des normes de leurs enfants à l'égard de l'alcool, ce qui en font un partenaire essentiel dans le succès global des initiatives de prévention. Les campagnes de sensibilisation (par exemple, Tournée Minérale) sont également importantes, non seulement pour les jeunes, mais aussi pour les adultes, les parents, les familles et la société dans son ensemble. Dans le cadre de cette approche

² Un verre standard comprenant 10gr d'alcool

intégrée, le CSS plaide en faveur d'un travail des autorités en totale indépendance avec les industries impliquées dans la production d'alcool, en raison de conflits d'intérêts évidents.

Une autre mesure efficace pour réduire la consommation d'alcool est la mise en œuvre d'une politique de prix imposé légale. Cette politique peut consister **à introduire un prix minimum par unité d'alcool, à interdire les offres gratuites ou fortement réduites de boissons alcoolisées, et à augmenter les taxes et les accises**. L'introduction d'un prix unitaire minimum (PUM) rendrait notamment les boissons alcoolisées bon marché plus chères, ce qui aurait surtout un impact sur les gros consommateurs et les jeunes en raison de leur budget limité.

L'Écosse est un exemple bien étudié où l'introduction du PUM en 2018 a eu des effets importants sur la santé, tels qu'une baisse du taux de mortalité lié à l'alcool et des hospitalisations. Les groupes vulnérables, les hommes et les habitants des régions plus pauvres ont bénéficié le plus de cette mesure. Tant l'industrie de l'alcool que le secteur de l'hôtellerie n'ont subi aucun impact négatif : la légère augmentation des prix s'est accompagnée d'une légère baisse des ventes. Cinq ans après la mise en œuvre, il n'y a aucune preuve que les Écossais retournent à leurs anciennes habitudes de consommation, ce qui souligne l'efficacité à long terme attendue. Des analyses de modélisation de la France et des Pays-Bas illustrent également divers effets sur la santé, en particulier pour les groupes qui consomment beaucoup d'alcool bon marché, et indiquent des effets positifs pour les producteurs de boissons indépendants sans influence significative sur les recettes de l'État. Des exemples concrets pour la Belgique, basés sur la situation écossaise, montrent que la bière bon marché et le vin subiraient une augmentation de prix de 100 à 190 %, tandis que les boissons plus chères seraient à peine affectées. En comparaison avec une augmentation générale des taxes et accises, cette approche rendrait moins attrayants les achats transfrontaliers, ce qui donne à penser qu'avec la mise en œuvre du PUM, moins de Belges franchiraient délibérément la frontière pour acheter de l'alcool, comme cela est également observé en Écosse.

Des recommandations concrètes pour maîtriser la consommation d'alcool dans le cadre des trois actions du plan interfédéral soulignent l'importance d'une prévention efficace de la consommation d'alcool en Belgique. Enfin, le CSS recommande également de réviser les recommandations de consommation publiées en 2018 par le CSS, à la lumière des récentes évolutions des différentes autorités de santé publique, dont l'OMS, et de continuer à mettre en œuvre les autres mesures visant à réduire la consommation d'alcool déjà faites dans l'avis 9438.

Le CSS fait les recommandations suivantes :

Marketing

1) Interdire complètement le marketing lié à l'alcool

2) En attendant : Restrictions strictes du marketing pour l'alcool :

- Pas d'autorégulation
- Limiter le volume :
 - réduire la publicité intégrée (y compris le sponsoring sportif et le placement de produits), et, si utilisé, l'indiquer clairement,
 - surveiller la conception des algorithmes et l'utilisation des données à des fins publicitaires et limiter la publicité personnalisée et le ciblage géographique,
 - imposer des restrictions aux contenus générés par les utilisateurs et à l'encouragement de l'engagement par les marques d'alcool,
 - limiter l'offre de produits dérivés et de produits alcoolisés gratuits,
 - protéger les mineurs.
- Réglementer le contenu :

- interdiction de l'utilisation de stratégies émotionnelles,
 - mettre l'accent sur l'information sur le produit (liste « blanche » positive de ce qui peut être dit).
- 3) Ajout d'un **message d'avertissement sanitaire** à tous les éléments du marketing mix encore autorisés :
- Pas d'autorégulation
 - Forme : cadre distinct occupant au moins 20 % de la surface de la publicité, police de caractères spécifique, en majuscules et en gras, avec une combinaison de couleurs spécifique (fond contrastant), avec une taille de caractères telle qu'ils occupent la plus grande partie possible de la surface réservée au texte de l'avertissement, lecture horizontale.
 - Contenu :
 - Message : risques spécifiques, à court et long terme, physique et mentaux (un seul risque par message), visant des groupes cibles généraux et spécifiques, avec des termes de causalité clairs, une formulation positive, et invitant à l'action (sous forme personnelle).
Propositions : Question, message sanitaire et appel à l'action. (par ex. : *Souhaitez-vous vivre longtemps et en bonne santé ? L'alcool augmente votre risque de cancer. Buvez le moins d'alcool possible*)
 - Avec un pictogramme résumant le message.
 - Référence au site web par le biais du nom complet et du code QR.
 - Procédure :
 - Tests pour vérifier :
 - quels messages parmi ceux proposés augmentent la conscience des consommateurs du fait que la consommation d'alcool présente un risque pour la santé,
 - si ces messages sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés à une phrase d'introduction et/ou à un appel à l'action,
 - auprès de quel groupe cible (sur base de données sociodémographiques et de la consommation actuelle d'alcool),
 - les pictogrammes.
 - Système de rotation avec maximum 15 messages retenus : 5 messages à changer tous les 6 mois, avec chaque fois 1 message plus familier et 4 messages moins familiers.
 - Evaluer annuellement si une mise à jour est nécessaire.
- 4) Obligation concernant les **informations à indiquer sur les étiquettes** :
- Contenu :
 - Message d'avertissement : mêmes messages que pour le marketing. Lorsque le message est utilisé sur l'étiquette d'une bouteille, le message sanitaire peut être utilisé sans la question et l'appel à l'action.
 - Nombre d'unités de la consommation (informations sur la taille des portions) exprimé en verres standards et en grammes d'alcool par consommation.
 - Valeur nutritionnelle et valeur énergétique.
 - Age minimum légal de consommation, si celui-ci est augmenté à 18 ans.
 - Référence à un site web par le biais du nom complet et du code QR.
 - Forme :
 - définir l'emplacement et la taille de l'étiquette,
 - information clairement séparée des autres informations sur l'étiquette,
 - écrite en majuscules et en gras et sur fond contrastant,
 - dans les langues officielles du pays,

- affichée avec des pictogrammes reconnaissables.
- 5) Il est fait référence à un site web attrayant disponible dans les trois langues nationales, qui redirige immédiatement vers un site web existant et bien entretenu.
- Ce site web doit fournir :
- Des informations concernant la base scientifique des avertissements sanitaires,
 - Informations sur les recommandations de prévention actuelles des 10 verres standards :
 - La recommandation principale est de limiter sa consommation d'alcool, car toute consommation d'alcool a un impact sur la santé.
 - Il est également recommandé de :
 - ne pas consommer d'alcool avant 18 ans ;
 - ne pas boire plus de 10 unités standards d'alcool par semaine, à répartir sur plusieurs jours ;
 - prévoir plusieurs jours dans la semaine sans alcool ;
 - pour les femmes enceintes, celles qui souhaitent le devenir et les femmes qui allaitent, il est recommandé de ne pas boire de boissons alcoolisées.
 - Des conseils de réduction des risques
 - Chaque verre d'alcool devrait être suivi d'une boisson non alcoolisée.
 - Chaque diminution de votre consommation sera bonne pour votre santé.
 - Consulter un-e spécialiste peut vous aider à réduire votre consommation.
 - Boire lentement permet de mieux maîtriser sa consommation.
 - Si vous avez l'intention de boire prévoyez de vous fixer une limite, en quantité et en argent.
 - Limiter la quantité totale d'alcool consommée en une occasion et proscrire le *binge drinking* (plus de 4 verres standards pour les femmes et 6 verres standards pour les hommes, en moins de 2 heures).
 - Ne pas boire d'alcool dans certaines circonstances
 - Une orientation vers l'aide disponible
- 6) Campagne de santé publique informant largement les individus des risques liés à la consommation d'alcool et des recommandations en matière de consommation à moindre risque, afin que ces messages ne soient qu'un rappel de ce qui a été dit ailleurs.

Age de première consommation

- 7) Renforcer la réglementation et l'application de la loi en ce qui concerne la vente aux mineurs :
- **Interdire la vente, le service et l'offre d'alcool aux moins de 18 ans** et adapter la législation en conséquence;
 - Fixer une limite d'âge minimum identique pour toutes les boissons alcoolisées;
 - Superviser l'application des règles relatives à la vente et à la consommation d'alcool en dessous de l'âge minimum légal :
 - Former les travailleurs du secteur horeca, du commerce ...
 - Appliquer des sanctions aux vendeurs/fournisseurs en cas d'infractions.

- 8) Adapter l'environnement physique et social : Restrictions supplémentaires sur l'accès aux boissons alcoolisées, en particulier dans les environnements à risque élevé, notamment les clubs sportifs.
- 9) Investissement intensif dans la sensibilisation et la prévention :
 - Investir dans des programmes de sensibilisation et d'éducation sur les risques de la consommation d'alcool et les compétences, à destination des jeunes, des parents, et de la société dans son ensemble.
 - Promouvoir la santé mentale des jeunes, incluant le développement des compétences sociales et la gestion des émotions et du stress.
- 10) Intervention et soutien précoces:
 - Mettre en œuvre des programmes d'intervention précoce afin d'identifier rapidement les problèmes d'alcool chez les jeunes.
 - Renforcer la prise en charge des utilisateurs fréquents et des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool.
- 11) Participation des jeunes : Impliquer activement les jeunes dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces mesures.
- 12) Approche intégrée : prendre des mesures dans différents domaines de manière coordonnée (augmentation des prix, restriction de la disponibilité et interdiction ou restriction du marketing de l'alcool).
- 13) Pour renforcer l'effet de ces mesures, le CSS recommande également de :
 - Prévoir la mise à disposition gratuite d'eau du robinet dans l'HORECA (certainement quand de l'alcool est commandé).
 - Optimiser les systèmes d'enregistrement afin de surveiller les effets des mesures préventives.
 - Encourager une approche intégrée de la prévention de l'alcool, dans laquelle gouvernement, établissements de santé, écoles et clubs sportifs travaillent ensemble.

Prix

- 14) **Fixer un prix minimum par unité d'alcool vendu au détail** (par exemple : 75 cents).
- 15) Interdire l'offre de boissons alcoolisées gratuites ou à des prix fortement réduits.
- 16) Appliquer le prix minimum non seulement aux ventes régulières mais aussi aux offres spéciales (*happy hours*, ventes en volume, etc.) et aux distributions gratuites (fût gratuit, *blurring*, etc.).
- 17) Indexer annuellement le prix minimum.
- 18) Mener activement des campagnes d'information pour informer et guider les entreprises, en particulier les détaillants indépendants, sur la mise en œuvre des réglementations relatives au prix minimum (faciliter la réglementation et promouvoir le respect des règles).
- 19) Augmenter les taxes et les droits d'accise.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*³

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Alcohol consumption/Alcohol drinking	Alcohol consumption, use	Alcoholconsumptie, alcoholgebruik	Consommation d'alcool	Alkoholkonsum
	Alcohol-related risks	Alcoholgerelateerde risico's	Risques liés à l'alcool	Alkoholbedingte Risiken
Prevention	Alcohol prevention	Alcoholpreventie	Prévention de l'alcool	Alkoholprävention
Marketing	Marketing	Marketing	Marketing	Marketing
Advertisement	Alcohol-warning advertisement	Waarschuwingsboodschap, gezondheidswaarschuwing, gezondheidsboodschap	Message d'avertissement, avertissement sanitaire	Alkohol-Warnwerbung
Adolescent/Youth	Adolescents, youth	Adolescenten, jongeren	Adolescents, jeunes	Jugendliche, Jugend
	Minimum drinking age	Minimumleeftijd voor alcohol	Âge minimum de consommation d'alcool	Mindestalter für den Alkoholkonsum
Price	Minimum unit price	Minimumeenheidsprijs	Prix unitaire minimum	Mindesteinheitspreis

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

³ Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

TABLE DES MATIÈRES

I	Introduction ET QUESTION	10
II	Methodologie	10
III	Elaboration et argumentation	10
1	Action 22 : Message sanitaire.....	11
1.1	Introduction et question	11
1.2	Marketing	12
1.2.1	(Nouvelles) formes de marketing.....	12
1.2.2	Impact du marketing sur la consommation	13
1.2.3	Restriction du marketing (volume et contenu).....	14
1.3	Informations sanitaires : impact.....	15
1.3.1	Introduction	15
1.3.2	Messages d'avertissement	16
1.3.3	Informations nutritionnelles.....	18
1.3.4	Conclusions.....	19
1.4	Bonnes pratiques concernant les messages	20
1.5	Bonnes pratiques à l'étranger.....	22
1.6	Risques de la consommation d'alcool.....	25
2	Action 43 : Age de première consommation	27
2.1	Introduction et question	27
2.2	Les jeunes et l'alcool : l'âge de la première consommation d'alcool.....	28
2.3	Risques liés à la consommation d'alcool chez les jeunes	29
2.3.1	Perturbation du développement normal du cerveau	30
2.3.2	Risque d'addiction	31
2.3.3	Risques pour la santé mentale et physique	31
2.3.4	Conséquences sociales négatives et accidents (de la route).....	31
2.3.5	Développement d'habitudes malsaines	32
2.4	Bonnes pratiques réglementaires pour retarder l'âge de la première consommation d'alcool.....	32
2.4.1	Relever la limite d'âge à 18 ans pour toutes les boissons alcoolisées	32
2.4.2	Application de l'interdiction	34
2.4.3	Interdiction du marketing en faveur de l'alcool.....	35
2.5	Meilleures pratiques innovantes pour relever l'âge de la première consommation d'alcool de 18 à 25 ans dans les pays dotés d'une législation similaire	35
2.5.1	Anticiper les connaissances scientifiques.....	35
2.5.2	Approche progressive	37
2.6	Une prévention efficace.....	37
2.6.1	Implication et responsabilité des parents dans la prévention en matière d'alcool	37

2.6.2	Campagnes de sensibilisation	37
2.6.3	Approche intégrée sans confusion d'intérêts de l'industrie Erreur ! Signet non défini.	
3	Action 68 : Effets d'un changement de prix sur l'accessibilité de l'alcool	40
3.1	Introduction et question	40
3.2	Effets d'un changement de prix sur l'accessibilité de l'alcool	41
3.3	Effets attendus sur la santé d'une politique de prix adaptée	41
3.3.1	Exemple de l'Écosse	42
3.3.2	Exemple de la France	43
3.3.3	Exemple des Pays-Bas	43
3.3.4	Modélisation de l'OMS avec extrapolation à la Belgique Erreur ! Signet non défini.	
3.3.5	Durabilité des effets.....	45
3.4	Application d'une politique de prix adaptée en Belgique	45
3.4.1	Le contexte géographique belge	45
3.4.2	Exemples concrets	46
IV	Recommandations	47
1	Recommandations relatives au message d'avertissement marketing (action 22)	47
1.1	Interdiction du marketing pour l'alcool	47
1.2	Restrictions strictes du marketing pour l'alcool	48
1.2.1	Réduction du volume de marketing pour l'alcool	48
1.2.2	Réglementation du contenu des messages publicitaires Erreur ! Signet non défini.	
1.3	Message d'avertissement.....	49
1.3.1	Message	49
1.3.2	Informations sanitaires à ajouter sur l'étiquette.....	52
1.3.3	Site web	53
1.3.4	Campagne.....	54
2	Recommandations visant à retarder l'âge de la première consommation	54
2.1	Renforcer la réglementation et l'application de la loi:	54
2.2	Adapter l'environnement physique et social :.....	54
2.3	Investissement intensif dans la sensibilisation et la prévention :	55
2.4	Intervention et soutien précoces:.....	55
2.5	Participation des jeunes :	55
2.6	Approche intégrée	55
3	Recommandations relatives au prix minimum de l'alcool (action 68)	56
V.	References	57
VI.	Composition du groupe de travail.....	66

I INTRODUCTION ET QUESTION

En juin 2023, M. Frank Vandenbroucke, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a posé au CSS plusieurs questions en vue de la mise en œuvre de plusieurs actions prévues dans le plan interfédéral, approuvé en mars 2023 pour lutter contre la consommation nocive d'alcool pour la période 2023-2025 :

1. La création d'avertissements sanitaires lorsqu'il est question de faire du marketing pour l'alcool ;
2. L'optimalisation de l'âge de la première consommation d'alcool ;
3. Les bonnes pratiques de réduction des risques liés à la consommation nocive d'alcool ;
4. La reconnaissance d'un titre d'alcoologue ;
5. Un groupe de travail sera mis sur pied pour analyser la possibilité d'introduire un prix minimum et/ou de présenter divers scénarios concernant le prix de l'alcool (taxes, droits d'accise, etc.) au gouvernement fédéral. Cela peut être lié au 'Shift de Santé', dans lequel les bénéfices reviennent au citoyen via un canal différent.

Cet avis répondra dans un premier temps aux questions dont l'échéance était prioritaire, à savoir les questions 1 (action 22), 2 (action 43) et 5 (action 68).

II METHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, au sein duquel des expertises en communication, marketing, médecine générale, nutrition, prévention, psychiatrie, psychologie, santé publique et sociologie étaient représentées. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail (et par le groupe de travail permanent en charge du domaine santé mentale), le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

III ELABORATION ET ARGUMENTATION

Liste des abréviations utilisées

CEE	Communauté économique européenne
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i> ; Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition
ECR	Essai contrôlé randomisé
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PUM	Prix unitaire minimum
VAD	<i>Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs</i>

1 Action 22 : Message sanitaire

1.1. Introduction et question

Le [plan alcool](#) prévoit qu'il soit désormais obligatoire d'ajouter à chaque message un avis sanitaire rédigé par le SPF Santé publique sur la base de données probantes et un avis a été demandé au CSS dans ce cadre.

En effet, l'alcool, comme le tabac, n'est pas un produit de consommation comme les autres. L'impact de l'alcool sur la santé est largement démontré (risques aigus et chroniques – voir avis CSS 9438 « Risques liés à la consommation d'alcool », 2018). Selon l'OMS, la consommation d'alcool est responsable dans plus de 200 maladies et traumatismes, dont les cancers. D'après une étude récente, environ 4 % de tous les nouveaux cas de cancer en 2020 étaient attribuables à la consommation d'alcool (Rumgay et al., 2020). L'alcool entraîne également des conséquences d'ordre social et professionnel (violence, accidents, incapacités de travail), dont le coût pour la société est important (voir avis CSS 9438, 2018). La consommation d'alcool a également un impact sur le cerveau. Quelques mois de consommation élevée suffisent à induire des modifications du fonctionnement cérébral (surtout sur un jeune cerveau qui se développe encore : voir 2.3), qui le rendent plus vulnérable au développement futur d'une dépendance dans des circonstances de vie difficile (Maurage et al., 2009 ; Petit et al., 2014; Petit et al., 2013).

L'OMS a par ailleurs rappelé dans un communiqué en janvier 2023 qu'il est impossible de conclure à l'existence d'un seuil inférieur à partir duquel les effets cancérigènes de l'alcool se déclenchent. En outre, des facteurs individuels, y compris les circonstances de la vie, jouent également un rôle dans le risque de développer d'autres troubles liés à la consommation d'alcool, tels que la dépression et les dépendances. **Il n'y a donc pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé. Même une consommation légère ou modérée augmente le risque de maladies graves.**

Pourtant, la population reste très peu consciente des risques pour la santé de la consommation d'alcool, et encore plus pour les niveaux bas de consommation. Une étude montre notamment que moins de la moitié des personnes ont une perception correcte du lien entre l'alcool et le cancer (Bates et al., 2018 ; Braekman & Fiers, 2022). Les consommateurs ont des perceptions inexactes du niveau et de l'intensité de leur consommation d'alcool et des risques qui y sont associés (Stockwell et al., 2014 ; Zhao et al., 2015). La croyance erronée quant aux effets bénéfiques du vin sur la santé cardiovasculaire en est un exemple répandu (Annunziata et al., 2019, Vecchio et al., 2017 ; Staub & Siegrist, 2022).

Or, les consommateurs doivent pouvoir prendre des décisions éclairées concernant leur consommation d'alcool. Pour cela, ils doivent être correctement informés du contenu du produit qu'ils sont susceptibles d'acheter et/ou de consommer et de tout préjudice pour la santé qui y est associé. Ils ont ainsi la liberté de décider du niveau de risque qu'ils sont prêts à tolérer (au quotidien).

Les perceptions culturelles concernant les boissons alcoolisées, fortement ancrées dans notre société, sont cependant renforcées par le lobbying intensif de l'industrie de l'alcool (voir par exemple Miller et al., 2022), qui, en l'absence d'obligation de la part des pouvoirs publics,

- investit considérablement dans des stratégies de marketing visant à accroître la consommation d'alcool dans la population belge,
- ne communique ni sur les informations de base (nutritionnelles, unités d'alcool, etc.),
- ni sur les risques associés à leurs produits.

Il est donc nécessaire et urgent de mieux informer les consommateurs et le CSS souhaite élargir la question posée concernant les avertissements sanitaires et rendre un avis

- sur le marketing de l'alcool ;
- sur les avertissements sanitaires , associés aux publicités, mais aussi disponibles sur les récipients eux-mêmes ;
- en complémentarité avec les informations de base pour les consommateurs (ingrédients (notamment les allergènes), les valeurs nutritives (valeur calorique) le nombre de verres standard, les directives de consommation, des indications sur l'âge)

1.2. Marketing

1.2.1.(Nouvelles) formes de marketing

Le marketing vise à informer et persuader, en créant des associations de marques, une conscience et une connaissance de la marque, en influençant les normes sociales, les attitudes, les comportements d'achat et la fidélité à la marque. Les individus peuvent traiter le marketing de différentes manières : de manière rapide, inconsciente et automatique ou de manière lente, délibérée et contrôlée (Petty et al., 1986). Dans un environnement actif, stimulant et chargé sur le plan cognitif, la plupart des publicités sont traitées de manière moins élaborée, sur base de processus affectifs. Les consommateurs sont alors influencés par des indices tels que la musique ou les émotions véhiculées dans ces messages.

La force de persuasion globale des messages publicitaires est fonction de la combinaison de la fréquence d'exposition totale à ces messages et de la puissance de chaque message individuel (voir par exemple OMS, 2022). Étant donné que les gens ne traitent pas la plupart des messages avec attention, ils ont également tendance à sous-estimer la quantité et la force de persuasion globale des messages car ils sont traités de manière plus automatique (càd non-consciente).

Les consommateurs peuvent néanmoins résister activement aux publicités, par l'évitement, le renforcement des attitudes ou la contre-argumentation (Fransen et al., 2015). Cependant, ils ne peuvent le faire que s'ils ont suffisamment de ressources mentales et de motivation pour analyser ces messages de manière critique.

L'évaluation critique de la publicité nécessite en outre un niveau de littératie par rapport au fonctionnement publicitaire. Cette compétence se développe tout au long de la vie. Les enfants et les adolescents sont donc moins bien outillés à ce sujet.

A côté des formats traditionnels de marketing (spots publicitaires, bannières publicitaires, publications sponsorisées, panneaux d'affichage) qui sont clairement séparés du contenu médiatique (et qui peuvent apparaître sur les médias traditionnels ou numériques et sociaux), de nouveaux formats se développent actuellement :

- Les publicités intégrées, qui fusionnent le contenu commercial avec d'autres contenus médiatiques (le placement de produit, qui intègre des produits dans divers contenus médiatiques ainsi que le sponsoring). Cette intégration complique l'identification de l'intention publicitaire, rendant pratiquement impossible l'évitement publicitaire.
- L'engagement interactif avec le contenu publicitaire sous forme de publicité dans les jeux, de jeux publicitaires et de concours. Ces formats impliquent une participation active avec le contenu publicitaire, souvent sur une période plus longue et de manière plus intense, les rendant plus persuasifs et plus difficiles à résister.
- Les publicités ciblées, facilitées par les avancées technologiques en intelligence artificielle et en apprentissage automatique, associées aux comportements de navigation numérique des consommateurs. Les messages publicitaires personnalisés, en ligne (bannières personnalisées, publicités sponsorisées) et hors ligne (pauses publicitaires personnalisées, publicités extérieures, publipostages), donnent une

impression de messages plus pertinents, tant que les limites personnelles sont respectées.

- Enfin, les annonceurs ont plus d'opportunités et réussissent mieux à atteindre le consommateur au moment de l'achat (formats publicitaires numériques, QR codes), réduisant considérablement le délai entre la publicité et l'achat, ce qui favorise les comportements d'achat impulsif. Les tactiques de marketing, telles que les affichages publicitaires, les emballages et le *merchandising*, sont également utilisées dans l'environnement de vente au détail pour inciter les consommateurs à acheter une marque.

Par ailleurs, les producteurs d'alcool rivalisent d'inventivité pour mettre en œuvre des stratégies commerciales qui poussent elles aussi à la surconsommation : actions de type "2 + 1 gratuit", "Happy hours", contrats passés avec des cercles étudiants qui imposent des volumes minimaux de vente très importants, produit donné avec un autre produit qui n'a rien à voir (par exemple un périodique), soirées payées au forfait, etc...

1.2.2. Impact du marketing sur la consommation

Il ressort de la littérature scientifique qu'il existe un lien étroit entre les niveaux d'exposition au marketing de l'alcool et l'impact sur les niveaux de consommation d'alcool, en particulier chez des populations plus vulnérables telles que les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool (dont les déficits neurologiques peuvent induire des biais attentionnels les rendant plus réceptives aux messages axés sur l'alcool) et les jeunes (dont le cortex préfrontal, siège de l'inhibition, est encore en développement). L'ensemble des messages crée en effet un cadre sociétal dans lequel nous normalisons la consommation d'alcool et trouvons acceptable de parler d'alcool, même parmi les adolescents (voir par exemple Vanherle et al. 2022). Plusieurs revues de littérature (Jernigan et al., 2017 ; Noel et al., 2020 ; Sargent & Babor, 2020) développées ci-dessous concluent en effet que l'exposition au marketing de l'alcool est positivement liée aux comportements de consommation.

Une revue systématique de douze études longitudinales examinant la relation entre l'exposition à la publicité pour l'alcool et les comportements de consommation d'alcool chez les jeunes dans sept pays différents montre que la publicité pour l'alcool induit des comportements d'alcoolisation excessive et est liée à l'initiation à la consommation d'alcool (Jernigan et al., 2017). Une autre revue systématique de 25 études examinant l'impact de l'exposition à la publicité numérique sur la consommation d'alcool indique que l'engagement actif avec la publicité numérique entraîne une augmentation de la consommation d'alcool (Noel et al., 2020). La revue de Sargent & Babor (2020) suggère en outre que la relation entre l'exposition à la publicité pour l'alcool et la consommation d'alcool chez les jeunes est causale, et donc que l'exposition à la publicité pour l'alcool stimule de façon directe la consommation d'alcool chez les personnes mineures.

Les mécanismes sous-jacents expliquant cette relation sont exposés dans la revue systématique de Jackson et Bartholow (2020). La simple exposition aux marques d'alcool crée une familiarité qui suscite un sentiment positif lorsqu'un individu rencontre à nouveau la marque, entraînant une attirance et des attitudes positives envers celle-ci. La publicité peut également rendre les associations de marques plus accessibles en mémoire, sans que les individus en aient conscience. Les individus peuvent considérer à tort ces cognitions comme leurs propres pensées, ce qui peut affecter leurs comportements de manière plus forte. De plus, la publicité peut lier les marques d'alcool à des émotions positives grâce à des processus de conditionnement évaluatif. En liant de manière répétée les marques d'alcool à des circonstances, des personnes et des événements évoquant des émotions positives, ces émotions positives sont automatiquement transférées à la marque et suscitent de nouvelles associations agréables lors d'un contact ultérieur avec cette marque.

La publicité peut également établir des normes sociales en ajustant les normes descriptives (suggérant que tous vos pairs consomment de l'alcool) et les normes injonctives (suggérant que tous vos pairs approuvent la consommation d'alcool). Par le biais de processus d'apprentissage social, les individus intègrent ces normes et les utilisent comme guide pour leur comportement. Le désir inné des individus d'appartenir à des groupes sociaux les rend très susceptibles aux normes de groupe et les pousse à ajuster leurs comportements en fonction de ces normes dans les groupes sociaux auxquels ils souhaitent appartenir (et en particulier les adolescents et jeunes adultes, ce qui les rend d'autant plus vulnérables).

Enfin, la publicité pour l'alcool peut influencer les attentes, suggérant que la consommation d'alcool produira des effets valorisés, tels que soulager le stress, offrir une récompense après un dur labeur, vous rendre populaire dans votre groupe d'amis, ou passer une soirée agréable. Etre exposé à des messages montrant que des individus atteignant ces effets désirables socialement peut être intériorisé simplement par l'observation de ces comportements dans les messages publicitaires.

1.2.3 .Restriction du marketing (volume et contenu)

Etant donné la nature spécifique et les caractéristiques des stratégies de marketing contemporaines, l'accumulation d'exposition à la publicité pour l'alcool est particulièrement problématique. En effet, l'alcool a un impact néfaste sur la santé et le bien-être des individus et de leur entourage. Par ailleurs, les publics cibles visés sont particulièrement vulnérables (par exemple, les personnes qui consomment fréquemment de l'alcool ou les personnes ayant un problème de dépendance, les mineurs). Ces stratégies marketing contribuent à la normalisation de l'alcool dans la société et impactent encore plus les individus les plus vulnérables. Il est donc impératif que les autorités prennent des mesures pour mieux protéger les consommateurs, en particulier les plus vulnérables. La mise en place de législations en matière de marketing représente l'une des politiques publiques les plus rentables pour influencer la consommation d'alcool et réduire les dommages associés. Ces réglementations s'avèrent particulièrement efficaces lorsqu'elles couvrent l'ensemble des techniques de marketing, y compris les stratégies de substitution telles que le parrainage sportif. Or, actuellement, l'alcool demeure le seul produit psychoactif pour lequel la publicité est autorisée, malgré les preuves substantielles des effets néfastes sur la santé et la société.

Le marketing en faveur de l'alcool est pour le moment réglementé en Belgique par une « Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool », une régulation autonome à l'initiative des producteurs d'eux-mêmes, ainsi que dans une moindre mesure par les décrets média. Les mesures de cette convention visent à interdire le marketing en faveur de l'alcool ciblant les mineurs, et à déclarer que la consommation d'alcool ne doit pas être liée à la performance physique, au succès social ou sexuel, à la promotion de la santé, et ne doit pas encourager une consommation excessive ou décourager des comportements de consommation modérée ou nulle.

Le principal problème est que cette régulation ne vise pas en premier lieu à limiter le volume global des messages publicitaires sur l'alcool. De plus, les mesures actuelles laissent beaucoup de place à l'interprétation et à la discussion, puisqu'elles énumèrent uniquement ce qui n'est pas autorisé, et ce de manière peu précise. Des discussions peuvent notamment survenir sur la question de savoir quand une communication commerciale vise les mineurs ou quels formats sont inclus ou exclus de la réglementation (parrainages, publicité personnalisée, marketing lié à des causes, etc.). Étant donné l'évolution rapide du paysage publicitaire, de telles listes peuvent rapidement devenir obsolètes et ne plus s'appliquer aux nouveaux formats publicitaires (par exemple, parrainage d'influenceurs).

L'étude ALMOREGAL financée par BELSPO (Decorte et al., 2019) met en avant l'ensemble des dysfonctionnements du système belge et énumère une série de recommandations concrètes.

Dans le [Plan Alcool](#) 2023, un certain nombre d'actions sont décrites sous le point "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". Les actions 14 à 22 concernent l'élaboration d'une réglementation et d'un contrôle efficaces de la publicité pour l'alcool. Les restrictions imposées dans les actions 15 à 18 sont limitées aux émissions de télévision et de radio, aux journaux et aux magazines, aux films présentés au cinéma et aux médias numériques qui ciblent les mineurs. C'est insuffisant. Pour avoir un impact sur le comportement des jeunes en matière de consommation d'alcool, nous devons nous concentrer sur des mesures au niveau de l'ensemble de la société. L'interdiction générale du marketing pour l'alcool est la plus appropriée, car elle maximise la limitation de l'exposition au marketing pour l'alcool. Ce faisant, elle contribue également à rendre non-normale la consommation d'alcool, la vision de l'alcool en tant qu'élément essentiel lié aux événements agréables et du lien (implicite) souvent fait entre l'alcool et le sport (sur lequel il a en réalité un impact négatif avéré). Le parrainage d'équipes, d'événements ou de compétitions sportives (par ex. la compétition nationale de football, sport le plus populaire dans le pays) en est un exemple.

Cette recommandation d'interdire complètement la publicité et le sponsoring liés à l'alcool a déjà été faite par le CSS en 2018 dans l'avis 9438, et a également été recommandée en 2019 par la recherche ALMOREGAL (en incluant la régulation des médias digitaux et des influenceurs) (Decorte et al., 2019).

Cette interdiction existe déjà dans plusieurs pays (Doyle, 2022).

Depuis 1975, la Norvège a mis en place une interdiction étendue de la publicité dans tous les médias, qui a été étendue à la publicité de marque en 1997, de sorte qu'il n'est plus possible non plus de faire de la publicité pour les variantes sans alcool des marques d'alcool. L'impact réel de la mesure sur la consommation est difficile à mesurer, étant donné le grand nombre d'autres facteurs qui interviennent, mais les études montrent une réduction des ventes d'alcool enregistrées (Rossow, 2021).

Depuis 2018, la Lituanie a également mis en place une interdiction très complète de la publicité pour l'alcool (y compris une interdiction totale des publicités télévisées, radiophoniques et numériques). Seuls quelques éléments bien définis peuvent être mentionnés : le nom et le type de boisson, le nom du producteur, la marque (nom de marque), le pays d'origine, la région géographique d'origine, la teneur en éthanol, les informations sur l'étiquetage, le prix au point de vente, informations à propos des sites web et articles commémoratifs des producteurs et des vendeurs (Miščikienė et al., 2020).

En France, toute publicité pour l'alcool est interdite, sauf dans les cas autorisés par la loi Evin (liste limitative de supports et de contenus : éléments objectifs de nature à informer le consommateur sur le produit et ses qualités).

1.3 Informations sanitaires : impact

1.3.1 Introduction

D'après le Ministre, l'actuel message sanitaire des brasseurs belges ne reflète pas les dangers liés à la consommation nocive d'alcool. La convention sur la publicité et la commercialisation des boissons alcoolisées stipule que toutes les publicités doivent porter le texte « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse », « Une bière brassée avec savoir se déguste avec sagesse » ou « Une bière se déguste avec sagesse ». Or, ces phrases ne mettent pas en lumière les dangers inhérents à la consommation d'alcool et pourraient même être perçues comme des slogans publicitaires (des termes tels que "brassé avec sagesse" et "notre savoir-faire" sont plus susceptibles de créer une image positive du produit et du producteur). De manière générale, les slogans actuels font peser la responsabilité sur le consommateur et sont peu clairs (personne ne sait ce qu'est une consommation modérée ; et on sous-estime souvent la quantité d'alcool que l'on boit).

L'avis du CSS de 2018 recommandait déjà d'utiliser la mention « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » à la place du slogan actuel. Le CSS souhaite cependant revoir cette dernière proposition, car ce n'est pas l'abus d'alcool qui est nocif, mais bien **toutes** les formes de consommation d'alcool (y compris la consommation légère et modérée).

Le Ministre souhaite également aller plus loin et imaginer un système d'avertissements sanitaires avec une rotations dans le contenu des messages et orientés vers des groupes cibles. La littérature scientifique tend à prouver que les avertissements sanitaires ont une répercussion sur les habitudes nocives de la population pour autant qu'ils soient adaptés aux caractéristiques sociodémographiques, aux habitudes de consommation, etc. Dans son projet d'action mondiale pour réduire l'usage nocif d'alcool 2022-2030, dans son projet [EVID Action](#) et par [communiqué de presse](#), l'OMS plaide également pour la mise en place d'avertissements sanitaires ciblés.

Les questions posées au CSS concernant cette action sont les suivantes :

- Quel est l'impact d'un message sanitaire ?
- Existe-t-il une différence d'impact entre un message sanitaire non ciblé (l'abus d'alcool est dangereux pour la santé) et ciblé vers des groupes cibles ou vers des dommages liés à l'alcool ?
- Quelles sont les bonnes pratiques à l'étranger en la matière ?
- Le CSS peut-il proposer une série d'avertissements sanitaires *evidence-based* adaptés au contexte belge et imaginer un système de rotation à l'instar de ce qui se fait pour le tabac (un système sur mesure applicable par le SPF Santé publique) ?

1.3.2. Messages d'avertissement

La question posée porte de manière spécifique sur la publicité, étant entendue comme : « *toutes communications, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés, ayant comme but direct ou indirect de promouvoir la vente des boissons contenant de l'alcool* » (publicité à la télévision, à la radio, sur Internet et les réseaux sociaux, affiches, presse écrite,...).

Le marketing est cependant aussi très présent sur les récipients contenant de l'alcool eux-mêmes (cannette, bouteille...). Les avertissements sanitaires devraient donc aussi être apposés sur les contenants d'alcool :

- «étiquette» : toute marque, tout signe, toute image ou toute autre représentation graphique écrit, imprimé, poncé, apposé, gravé ou appliqué sur l'emballage ou le récipient contenant une denrée alimentaire ou joint à celui-ci;
- «étiquetage» : les mentions, indications, marques de fabrique ou de commerce, images ou signes se rapportant à une denrée alimentaire et figurant sur tout emballage, document, écriteau, étiquette, bague ou collerette accompagnant ou se référant à cette denrée alimentaire⁴.

Pour évaluer correctement l'impact de ces messages, il faut tenir compte des différents objectifs possibles : accroître la sensibilisation des consommateurs sur l'alcool et ses méfaits ; augmenter les connaissances ; changer les attitudes ; augmenter l'intention de boire moins d'alcool ; réduire la consommation d'alcool.

Si on se réfère à ce qu'il s'est passé pour le tabac, les avertissements sanitaires complets affichés sur les produits du tabac (et les stratégies d'étiquetage et les modifications apportées aux emballages) ont systématiquement démontré leur capacité à influencer les normes sociales, à accroître les connaissances en matière de santé, et à réduire les comportements

⁴<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:02011R1169-20180101>

de consommation (Hammond, 2011; McNeill et al., 2017). Forts du succès des avertissements liés au tabac, plusieurs pays ont également adopté des politiques imposant l'inclusion d'étiquettes d'avertissement sur les produits alimentaires malsains et les boissons sucrées. Les études montrent également l'efficacité de ces messages sanitaires associés aux publicités alimentaires (INPES, 2007) ou ajoutés sur les contenants des boissons sucrées (Gauthier & Landriault, 2018 ; Mehlhose & Risius, 2023), montrant néanmoins que l'efficacité est renforcée quand ces avertissements apparaissent à différents endroits.

Les études qui ont évalué les effets des **avertissements** à la fois sur les publicités et les récipients montrent qu'il y avait peu d'impact du fait du manque de visibilité (Dossou et al., 2017), ou un impact sur la prise de conscience du message mais peu sur le comportement de consommation (Wilkinson, 2009). Malgré quelques résultats encourageants, il n'existe pas de preuves solides suggérant que les messages d'avertissements ont un impact sur les niveaux de consommation d'alcool.

D'après l'OMS (2021), plusieurs études récentes ont montré que l'inclusion d'avertissements **sur les étiquettes** des boissons alcoolisées peuvent avoir un impact sur les intentions déclarées de réduire la consommation d'alcool (Hobin et al., 2020 ; Zhao et al., 2020 ; Stafford & Salmon, 2017 ; Kokole et al., 2021), et sur le comportement des consommateurs (Davies et al., 2022 ; Zhao et al., 2020). Des études ont également identifié d'autres comportements tels que la recherche d'informations complémentaires, la consultation d'un site web et la discussion avec d'autres personnes sur les risques liés à l'alcool (Clarke et al., 2020).

En réalité, dans les recherches identifiées par l'OMS (2021), les chercheurs notent systématiquement que les avertissements n'intègrent généralement pas les facteurs pertinents pour améliorer leur efficacité. Les producteurs d'alcool omettent par exemple des informations importantes sur les produits, ou déforment les preuves sur les risques pour la santé de l'alcool (Smit & Voogt, 2021). De même, l'attention des consommateurs pour les messages d'avertissement est évidemment influencée par une série de facteurs, notamment la taille, l'emplacement, la couleur, les illustrations, la longueur, les mots de signalisation tels que "avertissement" ou "avertissement sanitaire" et l'interactivité. Les logos et textes d'avertissement existant se noient généralement dans le packaging du produit : texte de petite taille, qui apparaît généralement au dos ou sur le côté de l'emballage du produit et ne comporte aucun élément pictural.

La recherche montre aussi que les informations sur la santé et les mises en garde non indiquées sur l'étiquette (en ligne via un code QR, par exemple) sont moins bien mémorisées que les informations figurant sur l'étiquette (Coomber et al., 2015)⁵. Cela crée en effet un obstacle supplémentaire pour chercher et se souvenir de l'information en ligne, et de plus, dans la plupart des cas, l'achat a été effectué avant que l'information ne soit recherchée en ligne (Smit & Voogt, 2022). Peu de recherches ont été publiées sur la fréquence à laquelle l'information est consultée. Une étude menée auprès de 7 950 adultes en Europe a révélé que 47,7 % des consommateurs ont consulté en ligne des informations sur la santé et des mises en garde des boissons alcoolisées au sujet de la consommation d'alcool et du risque de cancer et de cirrhose du foie. De plus, 24,7 % des consommateurs recherchaient en ligne les ingrédients et 33,4 % la valeur nutritionnelle des boissons alcoolisées (Tricas-Sauras et al., 2015).

Etant donné qu'il n'y a actuellement aucune obligation dans l'Union Européenne ni de réglementation concernant les messages sanitaires ou le format de l'étiquetage (à quoi devrait ressembler une telle étiquette en termes de taille, de place, de couleur, de ce que devrait être le message de santé, ...), il est difficile de mettre en avant un quelconque effet. Cela s'explique notamment par la diversité des modalités de mises en œuvre et d'évaluation : différences par

⁵ alors que le lobby de l'alcool pousse) 's Non- Communicable Diseases (NCDs) report).

exemple, au niveau de l'objectif (sensibiliser aux risques sanitaires ou modifier les comportements), du format de l'étiquette, de l'horizon temporel sur lequel les effets sont mesurés, et du caractère obligatoire ou volontaire des pratiques d'étiquetage. Mais, surtout, **la mise à disposition d'information n'est pas évaluée comme efficace car elle n'est pas conçue pour l'être**. Ces informations ne sont pas remarquées, ou pas comprises.

L'expérience dans la province du Yukon, au Canada, montre au contraire que, lorsque de grands avertissements illustrés sur le risque de cancer ont été temporairement ajoutés sur le devant des récipients d'alcool dans certains magasins les ventes d'alcool ont bel et bien chuté de 6 à 10 % (Stockwell, 2021).

Enfin, même s'il est actuellement difficile de montrer que les messages en eux-mêmes modifient les comportements, il peut exister un lien indirect avec la réduction de la consommation d'alcool, via notamment la diminution de l'image positive de l'alcool (Kokole et al., 2021). Une étude réalisée sur des jeunes de 18 à 25 ans (Stautz, 2017) montre aussi un impact indirect via un accroissement des attitudes négatives liées à la consommation. Cette politique peut aussi conduire à un plus grand soutien du public pour les politiques qui réduisent l'acceptabilité, la disponibilité et l'accessibilité financière de la consommation d'alcool, ce qui entraîne une réduction de la consommation au fil du temps.

1.3.3. Informations nutritionnelles

D'autre part, il est aussi important de mettre à disposition la valeur nutritionnelle et les ingrédients du produit lui-même.

En effet, actuellement, les boissons alcoolisées ne sont pas concernées par les conventions internationales qui régissent toutes les autres substances psychoactives ; et elles ne sont pas non plus soumises aux obligations prévues par les réglementations européennes relatives aux informations à faire figurer sur des produits alimentaires⁶. Il n'y a aucune obligation d'afficher des informations sanitaires ou des avertissements sur les étiquettes, ni de fournir des informations sur le produit. Les boissons alcoolisées font donc finalement l'objet de la réglementation la moins contraignante de tous ces produits ! Une aberration compte tenu de l'impact spécifique de ces produits sur la santé. En l'absence d'obligation européenne, les États membres disposent pourtant d'un pouvoir d'appréciation pour introduire des mesures d'étiquetage des alcools. L'avis du CSS 2018 recommandait déjà d'adapter l'étiquetage des boissons alcoolisées en ajoutant les indications nutritionnelles (au minimum le nombre de calories par 100 ml), le nombre d'unités d'alcool par récipient, et le message sanitaire.

Le plan européen de lutte contre le cancer de la Commission européenne (COM(2021)44, Bruxelles, 2021) comprenait également deux propositions sur l'étiquetage de l'alcool, concernant l'indication obligatoire de la liste des ingrédients et des valeurs nutritionnelles sur les étiquettes des boissons alcoolisées ; et l'introduction d'avertissements sanitaires sur les étiquettes des boissons alcoolisées. Mais les échéances prévues dans le calendrier initial n'ont pas été respectées⁷.

⁶ Depuis le 8 décembre 2023, la communication de la liste des ingrédients et la déclaration nutritionnelle des vins et vins aromatisés est rendue obligatoire par le règlement (UE) 2021/2117 publié le 2 décembre 2021. Les producteurs ont cependant le choix d'opter pour une étiquette en papier ou un QR Code. D'autre part, le Parlement européen vient également d'adopter les directives concernant les maladies non transmissibles (MNT) de la sous-commission de la santé (SANT) qui font également des recommandations à ce sujet.

⁷ En mai 2023, plusieurs organisations ont envoyé une lettre de coalition intitulée « *L'alliance de la société civile appelle à des solutions de labellisation qui répondent au droit à l'information des citoyens européens* », appelant la Commission européenne à soumettre les propositions avant la fin de ce mandat. Voir [www.eurocare.org/images/Letter to President of the European Commission - Alcohol labelling May 2023 .pdf](http://www.eurocare.org/images/Letter_to_President_of_the_European_Commission_-_Alcohol_labelling_May_2023_.pdf).

En 2022, les organisations de santé faisaient également un appel pour demander une réglementation européenne⁸.

Quelques études ont évalué l'effet de l'inscription **des valeurs nutritionnelles** sur les produits alcoolisés (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022). Les résultats de ces études montrent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves de leur effet sur la consommation d'alcool et l'intention d'acheter de l'alcool, mais qu'une telle mention :

- bénéficie de l'appui du public ;
- permet aux consommateurs de mieux estimer la teneur en calories des boissons alcoolisées qu'ils consomment ; et
- accroît la transparence en veillant à ce que les consommateurs aient accès à des informations complètes.

Le soutien de la population pour des mesures plus strictes à ce sujet est en effet généralement important : le baromètre de la prévention 2022 (Braekman et al., 2023) montre également que la population flamande adulte (18 ans et plus) attend du gouvernement :

- d'informer la population sur ce qui est sain par le biais d'étiquettes ou de labels clairs sur les produits pour 94% des répondants ;
- d'imposer des règles plus strictes en matière de publicité pour les produits et services malsains, tels que les aliments malsains, l'alcool et les jeux de hasard pour 81% des répondants.

L'enquête d'évaluation de l'action « Tournée minérale 2023 » montre également un soutien élevé à plusieurs mesures de restrictions. Ainsi, 57% des Belges pensent que les risques liés à la consommation d'alcool devraient être obligatoirement mentionnés sur l'emballage des boissons alcoolisées ; que 65% souhaitent un étiquetage obligatoire des valeurs nutritionnelles et que 76% sont favorables à l'étiquetage obligatoire du nombre de verres standard d'alcool sur le contenant des boissons alcoolisées.

1.3.4. Conclusions

L'OMS (2021) considère que **l'étiquetage obligatoire de l'alcool constitue une stratégie de santé publique essentielle pour informer et sensibiliser la population aux méfaits de la consommation d'alcool sur la santé et encourager des comportements plus sains**. Ces étiquettes permettent en effet de **diffuser des messages sanitaires** de manière large et durable à peu de frais et de **fournir aux gens des informations** au moment précis où ils en ont besoin **pour prendre des décisions raisonnées** concernant l'achat et la consommation d'alcool. L'avantage est en effet que l'avertissement sanitaire est visible à chaque achat et à chaque occasion de consommation.

Le Cadre d'action sur l'alcool pour la période 2022-2025 de l'OMS indique que l'inclusion d'informations sanitaires sur l'étiquette des produits alcoolisés est l'une des mesures fondées sur des preuves (OMS, 2022). Ce plan propose cinq actions prioritaires concernant l'information sanitaire sur l'étiquette des produits alcoolisés :

1. Établir, surveiller et appliquer de manière indépendante ce qui figure sur toutes les étiquettes d'alcool, dans l'intérêt de la santé publique et des droits des consommateurs et à l'abri de l'influence ou de l'ingérence des intérêts des entreprises ;
2. Imposer des exigences légales en matière d'étiquetage fondées sur les lignes directrices de l'OMS, avec des étiquettes contenant à la fois le contenu nutritionnel et les ingrédients et des mises en garde relatives à la santé ;

⁸ <https://www.eurocare.org/press-releases/european-civil-society-makes-first-united-call-to-curb-alcohol-harm?highlight=WyJvc2xvll0=>

3. Si les États membres décident d'autoriser l'autorégulation, ils exigeront des producteurs d'alcool qu'ils démontrent qu'ils ont demandé et suivi l'avis d'autorités de santé publique indépendantes et reconnues au niveau national.
4. Financer des recherches visant à comprendre les effets des mises en garde sur les produits alcoolisés, y compris la mesure des effets sur les connaissances, la sensibilisation et les intentions de consommation du public.
5. Considérer le principe d'un « droit de savoir » légal pour les consommateurs en ce qui concerne le contenu des boissons alcoolisées et les risques qui y sont associés.

1.4. Bonnes pratiques concernant les messages

Une des questions posées au CSS est de savoir s'il existe une différence d'impact entre un message sanitaire non ciblé (l'abus d'alcool est dangereux pour la santé) et ciblé vers certains groupes ou vers des dommages liés à l'alcool. Cependant, comme montré plus haut, l'impact potentiel du message peut aussi être influencé par un grand nombre d'autres facteurs. Afin de maximiser l'impact possible du message, le CSS souhaite donc élargir cette question à toutes les caractéristiques du message qui pourraient avoir une influence sur son efficacité.

Message d'avertissement

Un avertissement est efficace lorsqu'il augmente la perception du risque et modifie le comportement du consommateur. Pour ce faire, les avertissements doivent être remarquables et compris. Il est également impératif qu'ils soient crédibles, convaincants et pertinents. Dimova & Mitchell (2022) ont notamment identifié les facteurs suivants qui modulent l'efficacité des messages d'avertissement : les caractéristiques et l'emplacement améliorant la visibilité (par exemple, la couleur, la taille), les caractéristiques du consommateur (par exemple, l'âge, les niveaux de consommation d'alcool), et la familiarité avec les messages.

Ces auteurs ont également identifié d'autres facteurs à prendre en compte dans l'élaboration des **avertissements sanitaires** :

- les avertissements **formulés de manière positive ont été jugés plus crédibles** que ceux qui font appel à la peur et ceux qui utilisent des preuves chiffrées. Néanmoins, les messages formulés de manière négative semblent efficaces chez les consommateurs problématiques (ce qui pourrait être expliqué par le fait que l'alcool est souvent associé à des effets positifs) ;
- des termes tels que "augmente le risque" sont jugés plus crédibles que "peut causer". Dans l'ensemble, les **termes de causalité** sont perçus comme plus efficaces que "peut contribuer à" ou "pourrait conduire à" ;
- l'ajout de **pictogrammes** à un avertissement textuel rend l'avertissement plus perceptible qu'un avertissement textuel seul ou sans avertissement du tout. Les pictogrammes permettent notamment de combler les lacunes en matière d'alphabétisation et d'éducation ;
- les messages doivent refléter les recherches les plus solides disponibles sur les effets nocifs des produits, ce qui signifie qu'elles doivent être **mises à jour** lorsque de nouvelles données justifient des changements ;
- il vaut mieux présenter un **seul risque par message** ;
- les messages doivent également présenter des **risques spécifiques** et non généraux (par exemple : «l'alcool augmente le risque de cancer» sera plus impactant que «l'alcool est néfaste pour la santé»), et plutôt à **court terme**.

Ces messages doivent donc informer clairement sur les **risques liés à la consommation** d'alcool (pour la santé physique et mentale). Ces risques doivent être scientifiquement prouvés, proches, personnellement pertinents et offrir une orientation claire (par exemple,

inclure des niveaux de consommation à faible risque). Les messages doivent aussi être clairement visibles, et facilement compréhensibles.

Giesbrecht et al (2022) recommandent également que

- ces messages soient imposés par le gouvernement, avec la mise en place de mécanismes d'application et un suivi régulier de leur mise en œuvre ;
- des conceptions innovantes soient utilisées, y compris une combinaison de texte et d'images, une grande police de caractères, des couleurs vives et un placement sur le devant des canettes et des bouteilles contenant de l'alcool ;
- les messages soient clairs, factuels et spécifiques, et ne contiennent pas de phrases vagues et confuses, telles que "veuillez boire de manière responsable" ;
- les messages fassent référence à plusieurs risques liés à l'alcool, y compris, par exemple, plusieurs types de cancer, les maladies du foie, le risque de blessure, la violence liée à l'alcool, la conduite en état d'ébriété et les dommages causés au fœtus ;
- afin d'éviter la confusion et les petits caractères, et pour faciliter l'attention, l'une des options préférées consiste à faire alterner plusieurs messages différents sur une gamme de produits alcoolisés ;
- les étiquettes devraient également comporter des informations sur les boissons standard et un lien vers les directives de consommation à faible risque en vigueur dans la juridiction.

L'OMS plaide également pour la mise en place **d'avertissements sanitaires ciblés**. Il faut adapter le message au contexte, aux caractéristiques des consommateurs (notamment, caractéristiques sociodémographiques) et aux habitudes de consommation des populations visées. Les messages peuvent ainsi s'adresser à des groupes cibles spécifiques : risques pendant la grossesse ou l'allaitement, risques lors de la conduite ou la manipulation de machines, risques en cas de consommation concomitante d'autres substances, consommation chez les mineurs... Une prévention ciblée sur les jeunes adolescents est notamment utile, car ils sont plus sensibles aux risques à court terme (Newton et al., 2022).

Idéalement, les avertissements devraient aussi être **pré-testés** et développés avec les personnes ciblées. Les avertissements sanitaires devraient aussi être accompagnés d'une orientation vers une aide en cas de consommation problématique (un numéro d'appel ou un site internet, par exemple).

Informations sur les étiquettes

L'OMS suggère également que, comme pour le tabac, **les étiquettes des produits alcoolisés** bénéficient de directives claires et standardisées, visibilisant l'information sanitaire, et que tout producteur d'alcool devrait suivre indépendamment de la marque concernée. Des lignes directrices ont été développées pour l'étiquetage de l'alcool (OMS, 2017) :

1. Inclusion des ingrédients et de la valeur nutritive (comme les calories) sur les étiquettes des boissons alcoolisées.
2. Fournir de l'information sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé physique et mentale de l'individu.
3. L'utilisation des propriétés (visuelles) suivantes sur les étiquettes :
 - l'étiquette est placée à un endroit standard sur l'emballage ;
 - la taille de l'étiquette est déterminée en pourcentage minimum de la taille de l'emballage ;
 - des messages au contenu différent sont utilisés suivant un principe de rotation entre ceux-ci (c'est-à-dire des messages différents sur différents emballages, avec

suffisamment de dynamisme et de puissance pour attirer l'attention des consommateurs ;

- les textes sont clairement séparés des autres informations figurant sur l'étiquette (par exemple, dans des cadres à bords épais, cf. produits du tabac) ;
- les textes sont en majuscules et en gras : la taille du texte doit être la même que celle des autres informations figurant sur l'emballage ;
- les textes apparaissent sur un fond contrasté (par exemple, rouge sur blanc) ;
- les textes doivent être rédigés dans la ou les langues officielles du pays où le produit est vendu ;
- les images utilisées sont informatives et tirées de campagnes en cours ;
- les autorités de santé publique peuvent donner des conseils sur le contenu des messages.

Le Trimbos Instituut (Smit & Voogt, 2021) mentionne également que les aspects visuels suivants de l'étiquetage de l'alcool sont importants : visibilité, clarté, variation et graphisme.

Dans leur revue de littérature, Dimova & Mitchel (2022) recommandent aussi de mentionner sur les étiquettes des informations concernant les unités consommées : nombres d'unités (et calories par unité), avec une représentation graphique du pourcentage de la quantité hebdomadaire recommandée que représente une portion. Des codes couleurs (par ex. feux tricolores) peuvent également aider à estimer les risques.

En fait, il est surtout important d'associer différents endroits où mettre les messages sanitaires. C'est en effet **l'exposition multiple au même avertissement** sur les risques de la consommation d'alcool dans différentes situations qui va renforcer la conviction des dommages causés par l'alcool.

1.5. Bonnes pratiques à l'étranger

La question au CSS porte également sur l'existence de bonnes pratiques à l'étranger.

Comme déjà signalé, la meilleure pratique actuellement identifiée concernant le marketing de l'alcool est de l'interdire complètement (Rossow, 2021 ; Miščikienė et al., 2020).

Concernant les **avertissements sanitaires**, dans l'Union Européenne, à l'heure actuelle :

- seuls quelques pays imposent que les messages publicitaires comportent un avertissement sanitaire : la France, l'Estonie, la Lituanie, la Suède et l'Irlande (Doyle, 2022).
- Un avertissement sanitaire (limité) sur les étiquettes d'alcool peut être trouvé en France, en Allemagne, en Irlande et en Lituanie.

La France fait partie des pays qui imposent des messages sanitaires à la fois sur les publicités d'alcool et sur les récipients. Depuis la loi Évin de 1991, la mention «*L'abus d'alcool est dangereux pour la santé*» doit être apposée sur les publicités (à noter que la mention «*A consommer avec modération*» a été ajoutée par les industriels de l'alcool).

Cependant, le contenu du message est vague, peu clair et peu visible car trop intégré au design publicitaire. Il ne cible pas un risque lié à toute consommation d'alcool et insiste seulement sur «l'abus d'alcool». De plus, l'ajout du message «*à consommer avec modération*» par l'industrie de l'alcool contribue à rendre le message global confus, voire impératif. Un tel message fait porter la responsabilité du dommage aux consommateurs, et peut leur donner l'impression que leur comportement n'est pas "problématique".

En 2007, la France est également devenue le premier pays de l'UE à rendre obligatoire l'inclusion d'un avertissement sanitaire spécifique pendant la grossesse : le choix peut être fait d'apposer sur les contenants le texte «*La consommation de boissons alcoolisées pendant*

la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant» ou un pictogramme (qui est plus courant). Aucune réglementation en matière de format ou de taille n'est imposée, la seule règle est que le message figure dans le même champ visuel que la mention de la teneur en alcool.

Les avertissements sanitaires imposés en France sont anciens (plus de 30 ans pour la publicité) et des études ont montré leur manque de visibilité et d'efficacité. Très souvent, l'avertissement se trouve au dos de la bouteille et il est « fusionné » avec l'emballage. De plus, le pictogramme est trop petit (0,4 cm de diamètre en moyenne) et insuffisamment explicite et inadéquat pour inciter à la réflexion. Les messages apposés sur les contenants et les publicités en France ne suivent donc pas les recommandations fondées sur la littérature scientifique.

En Suède : la Suède prévoit un système de rotation incluant plusieurs messages à associer aux publicités, adressés à différents groupes cibles. Ces messages sont spécifiques, clairs et faciles à comprendre :

1. L'alcool peut nuire à la santé
2. L'alcool crée une dépendance
3. L'alcool peut provoquer des lésions nerveuses et cérébrales
4. L'alcool peut endommager le foie et le pancréas.
5. L'alcool peut provoquer des accidents vasculaires cérébraux et des cancers.
6. Un conducteur sur deux qui meurt dans un accident de la route impliquant un seul véhicule est sous l'influence de l'alcool.
7. La moitié des personnes qui se noient ont de l'alcool dans le sang.
8. Boire de l'alcool en travaillant augmente le risque d'accident.
9. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut nuire à l'enfant à naître.
10. Les enfants à qui l'on donne de l'alcool à la maison s'enivrent plus souvent que les autres enfants.
11. Commencer à boire à un âge précoce augmente le risque de problèmes liés à l'alcool.

Le message doit être écrit en noir sur un fond blanc et centré dans un cadre noir et couvrir 20 % de la publicité; il doit être écrit en police Helvetica et en gras et la lecture doit être horizontale.

En **Lituanie**, le message sanitaire doit couvrir 20 % de la surface de la publicité, apparaître en noir sur fond blanc et contenir un message du ministère de la Santé précisant que « la consommation d'alcool fait courir un risque à votre santé, à votre famille, à la société et à votre situation financière ». Ce message doit également apparaître sur tout affichage extérieur. La Lituanie impose également le pictogramme "femme enceinte" (identique à la France) et exige un diamètre minimum réglementaire en fonction du volume de la bouteille (5 ou 10 mm).

L'Irlande est le seul pays qui a introduit l'obligation d'indiquer des messages sanitaires ainsi que des informations nutritionnelles sur les étiquettes. La loi sur la santé publique (alcool) a été adoptée en 2018 (S.I. n° 24/2018.), impliquant un large éventail de mesures. Elle stipule que les publicités doivent contenir des avertissements sanitaires concernant la consommation d'alcool, y compris pendant la grossesse, et un lien vers un site web de santé publique (askaboutalcohol.ie), donnant des informations sur l'alcool et les méfaits qui y sont liés.

Cette loi prévoit également que les étiquettes des produits alcoolisés mentionnent :

- un avertissement pour informer le public du danger de la consommation d'alcool,
- un avertissement informant le public du danger de la consommation d'alcool pendant la grossesse,
- un avertissement pour informer le public du lien direct entre l'alcool et les cancers mortels,
- la quantité en grammes d'alcool contenue dans le produit,
- la valeur énergétique exprimée en kilojoules et kilocalories,

- les coordonnées d'un site web (askaboutalcohol.ie) qui fournit des informations de santé publique sur la consommation d'alcool.

Outre les étiquettes apposées sur les produits alcoolisés eux-mêmes, les vendeurs d'alcool, que ce soit dans les publicités ou dans le commerce ambulancier, doivent aussi afficher un avis contenant les avertissements sanitaires susmentionnés, le lien vers le site web de santé publique et indiquant au client que la teneur en alcool et en calories des produits alcoolisés figure sur les produits eux-mêmes ou, pour toutes les "boissons versées ???", peut être consultée dans un document qui doit être affiché. Une période de transition de trois ans est prévue avant que les fabricants et les détaillants de produits alcoolisés ne soient tenus de se conformer pleinement aux exigences en matière d'étiquetage (<https://alcoholireland.ie/measures/#> ; <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2023/si/249/made/en/print>).

L'apposition d'avertissements sanitaires sur tous les récipients de boissons alcoolisées est la dernière (et la plus difficile) partie de cette loi et a été approuvée en 2023 (Règlement de 2023 sur la santé publique (alcool) (étiquetage), S.I. n° 249/2023). Ce règlement crée un précédent au niveau de l'UE, car il a passé avec succès le processus d'évaluation de l'UE. La réglementation irlandaise est révolutionnaire en ce sens qu'elle fournit des spécifications détaillées sur la taille, la couleur et d'autres éléments de conception des avertissements sanitaires, garantissant ainsi la visibilité du message. Les dispositions de la Loi entreront en vigueur le 22 mai 2026.

En **Allemagne**, il est obligatoire depuis 2002 d'indiquer sur les étiquettes des « alcopops » (boissons alcoolisées sucrées dont la teneur en alcool est comprise entre 1,2 % et 10 %) que la vente d'alcool aux jeunes de moins de 18 ans est interdite (Basset al., 2022). Cette mention doit figurer sur l'emballage avant dans la même police, la même taille et la même couleur que les noms de marque ou d'imitation ou, à défaut, comme la description de vente et, dans le cas des bouteilles, sur l'étiquette avant (voir aussi Schaller et al., 2022).

L'étiquetage des ingrédients sur les étiquettes d'alcool est également obligatoire dans neuf pays de l'UE, à savoir la Bulgarie, la Grèce, l'Irlande, la Croatie, la Lituanie, l'Autriche, le Portugal, la Roumanie et la République tchèque.

Ailleurs dans le monde, les pratiques actuelles en matière d'avertissements sont diversifiées. Peu de pays imposent la mise en place d'un avertissement sanitaire sur les publicités liées à l'alcool ou sur les bouteilles. Pour ceux qui ont mis en place une réglementation, les conditions sont variables en termes de format, de contenu et de présence ou non d'un pictogramme. Le texte imposé reste souvent vague.

L'Australie et la Nouvelle-Zélande exigent l'étiquetage des unités standard et de leur teneur en alcool. En 2020, une nouvelle loi a été adoptée, imposant des avertissements obligatoires sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse sur toutes les boissons alcoolisées emballées dont le volume d'alcool est supérieur à 1,15 %. Les produits dont la teneur en alcool est plus élevée sont soumis à des exigences supplémentaires, notamment l'apposition d'un pictogramme à côté des avertissements textuels. La couleur de la police, l'espacement et les exigences de formatage sont fixés, mais la loi n'impose pas actuellement la position ou l'orientation sur le récipient. Le règlement sur l'étiquetage est entré en vigueur le 1er juillet 2020 et exige que tous les alcools emballés fabriqués après le 1er août 2023 portent l'étiquette d'avertissement appropriée.

La **Turquie** associe un texte («L'alcool n'est pas ton ami») à 3 pictogrammes relatifs à la consommation d'alcool des mineurs, à la conduite sous l'emprise de l'alcool, à la consommation d'alcool chez la femme enceinte. Le message doit être apposé à côté des autres mentions obligatoires, il doit être écrit sur un fond contrastant, chaque message doit

être présenté dans un cadre rouge entre 1 et 2 mm, la dimension du message dépend de la taille du récipient.

Au **Canada** en plus des ingrédients, des apports en calories et des conseils de santé, il est obligatoire d'indiquer le nombre d'unités standard d'alcool contenues dans un emballage, les recommandations et le risque encouru. Les études (CCSA, 2022) montrent que ces quatre types d'informations sont complémentaires, et se renforcent mutuellement. Bien que seul un petit nombre d'études portant sur les étiquettes nutritionnelles apposées sur les contenants d'alcool aient été publiées dans la littérature empirique, les données indiquent systématiquement que le public est favorable à l'apposition d'étiquettes d'information nutritionnelle sur les contenants d'alcool. Les résultats suggèrent également que ces étiquettes peuvent améliorer la capacité des consommateurs à estimer les calories contenues dans les boissons alcoolisées et accroître la transparence en garantissant que les consommateurs ont accès à des informations complètes sur le contenu des produits alcoolisés qu'ils consomment. L'impact des étiquettes nutritionnelles sur les intentions d'achat ou de consommation d'alcool n'est pas cohérent, et les preuves sont insuffisantes pour déterminer l'impact sur la consommation réelle d'alcool. La mise en œuvre d'étiquettes améliorées sur les contenants d'alcool devrait s'accompagner d'évaluations de haute qualité en situation réelle afin de continuer à améliorer et à informer les normes et les politiques en matière d'étiquetage des contenants d'alcool (CCSA, 2022).

En résumé, en ce qui concerne les messages de santé dans la publicité, il est clair que les bonnes pratiques sont encore moins nombreuses que pour l'étiquetage et que les formats et contenus des avertissements sanitaires dans le monde, que ce soit sur les bouteilles ou sur les publicités, sont généralement éloignés des recommandations des acteurs de santé et de la littérature scientifique, et sont de ce fait moins efficaces qu'ils pourraient l'être pour informer et toucher les consommateurs. Par ailleurs, trop peu de pays rendent ces messages obligatoires.

1.6. Risques de la consommation d'alcool

Enfin il est demandé au CSS de proposer une série d'avertissements sanitaires « *evidence-based* » adaptés au contexte belge et d'imaginer un système de rotation à l'instar de ce qui se fait pour le tabac (un système sur mesure applicable par le SPF Santé publique).

Pour cela, il est d'abord important de déterminer quels sont les risques pour la santé de la consommation d'alcool, et quelles seraient les recommandations pour une consommation sans risque que l'on souhaiterait indiquer dans de tels messages d'avertissement.

Pour rappel, l'avis 9438 (CSS, 2018) identifiait les risques suivants pour la santé :

L'alcool joue un rôle dans l'apparition ou l'évolution de maladies cardiovasculaires, de maladies vasculaires cérébrales, de différentes formes de cancer, de troubles de la mémoire, d'affections du pancréas et du foie ; l'hyperalcoolisation (*binge drinking*) peut avoir des effets durables sur le cerveau ; l'alcool présente un risque d'addiction et des risques pour la santé mentale ; l'alcool a un impact sur les accidents de la route, à la maison et au travail, et divers problèmes familiaux et sociaux ; les hommes courent plus de risques aigus et de mort violente, les femmes sont, quant à elles, plus vulnérables face aux maladies (risque hépatique, AVC, cancer, etc.).

Pour **limiter** les risques pour la santé liés à la consommation d'alcool, le CSS recommandait en 2018 de :

- limiter sa consommation d'alcool, car toute consommation d'alcool a un impact sur la santé ;

- ne pas consommer d'alcool avant 18 ans ;
- ne pas boire plus de 10 unités standards d'alcool par semaine, à répartir sur plusieurs jours ;
- prévoir plusieurs jours dans la semaine sans alcool ;
- pour les femmes enceintes, celles qui souhaitent le devenir et les femmes qui allaitent, il est recommandé de ne pas boire de boissons alcoolisées.

Depuis ces recommandations, un nouveau rapport a été publié par le CSS en juin 2023 (CSS 9702) qui comporte une analyse actualisée du risque d'une consommation d'alcool. Celui-ci permet de faire un point sur la littérature récente concernant la population adulte.

Tout d'abord, le rapport mentionne les résultats d'une revue de la littérature (Wood et al., 2018) qui analyse les relations dose/réponse et les seuils de risque pour la santé en fonction de la consommation d'alcool et qui s'appuie sur des données portant sur près de 600.000 buveurs habituels et provenant de 83 études prospectives. Cette étude comprend 44% de femmes, l'âge moyen est de 57 ans (DS: 9 ans) et vivant dans des pays à hauts revenus. Pour la mortalité globale, une association linéaire positive est observée en fonction de la consommation d'alcool, avec un risque minimal de mortalité pour des valeurs proches ou inférieures à 100 g d'alcool par semaine, confirmant ainsi les recommandations du CSS. Cependant, ce seuil ne peut être confirmé en ce qui concerne le risque de maladies cardio-vasculaires. Pour les affections autres que l'infarctus du myocarde, les auteurs n'ont pu identifier clairement un seuil de risque en dessous duquel une plus faible consommation d'alcool cesse d'être associée à un risque plus bas de maladie cardio-vasculaire. Cette observation suggère que la limite de consommation d'alcool est inférieure à 100 g par semaine pour ce paramètre.

Par ailleurs, le même rapport de 2023 (CSS 9702) indique qu'un groupe de chercheurs spécialisés en alcoologie (Griswold et al., 2018) battent en brèche l'effet protecteur possible d'une consommation modérée d'alcool. En étudiant les données de la charge globale de maladies, blessures et facteurs de risque de 2016 dans 195 pays et territoires pour des sujets des deux sexes et d'un âge compris entre 15 et 95 ans, ils ont pu estimer les risques de 23 types d'affections associées à la consommation d'alcool et ont tenté de quantifier le niveau de consommation d'alcool qui minimise le risque global de l'alcool sur la santé. Sans surprise, ils ont observé que le risque de décès pour toute cause ainsi que le risque de cancer augmentent avec la consommation d'alcool. De manière plus interpellante, ils rapportent que le niveau de consommation d'alcool qui minimise tout risque sur la santé est de 0 g d'alcool par semaine. En d'autres termes, le niveau le plus sûr de consommation d'alcool est de ne pas en boire.

Ensuite, c'est en 2021 que des chercheurs chinois ont rapporté les résultats d'une étude prospective d'une durée de 10 années portant sur près de 83.000 adultes chinois et montrent que le plus petit risque de mortalité, maladie cardio-vasculaire et cancer est associé à une consommation déclarée très modérée de 1 à 25 g d'alcool par semaine par rapport à un apport nul et un apport supérieur à 26 g/semaine. Ils montrent ainsi un effet protecteur pour cette très faible consommation (Zhang et al., 2021).

Alors que ces études remettent en cause les seuils fixés en cas de consommation, plusieurs auteurs ou autorités reviennent récemment sur le sujet. Dans un commentaire publié dans le *Lancet*, Anderson et al. (2023) reposeront le problème de savoir si on peut définir un niveau de consommation d'alcool qui soit associé à un risque zéro en termes de conséquences pour la santé. Si un nombre limité de travaux montrent qu'une consommation très modérée d'alcool peut avoir un effet protecteur mineur sur certaines maladies cardio-vasculaires et sur le diabète de type 2, les auteurs rappellent qu'aucune donnée à ce jour n'est en faveur d'un tel effet par rapport au cancer. Il n'a pas été établi de seuil en dessous duquel la consommation

d'alcool n'aurait pas d'effet sur le développement des cancers. C'est précisément sur la base de cette communication que l'Organisation Mondiale de la Santé a publié le 4 janvier 2023 un communiqué de presse intitulé : « Aucun niveau de consommation d'alcool n'est sans danger pour notre santé ». L'OMS insiste fermement sur le fait qu'il est impossible de conclure à l'existence d'un seuil à partir duquel les effets cancérigènes de l'alcool se déclenchent et commencent à se manifester dans le corps humain. De manière très imagée, ce communiqué mentionne que « Le risque est présent dès la première goutte » (OMS, 2023).

A ce stade, il est important de rappeler que les recommandations formulées par le CSS en 2018 sur le nombre maximal de verres d'alcool standard par semaine (10 verres) étaient le résultat d'un compromis entre les preuves scientifiques accumulées d'une part et le soutien du public d'autre part. En effet, comme rappelé ci-avant, d'un point de vue scientifique, chaque verre implique un risque pour la santé (Anderson et al., 2023). Plus vous buvez d'alcool, plus le risque est élevé (voir notamment : Rungay et al., 2021). Il n'y a pas de limite inférieure sécuritaire pour la consommation d'alcool.

Les recommandations du CSS doivent donc être considérées comme une « norme sociale ». L'objectif d'une telle norme pour la consommation d'alcool est de limiter autant que possible le risque pour la santé, en tenant compte des attitudes de la population et des habitudes actuelles.

Puisque la norme sociale tient compte dans une large mesure de la base de soutien et des habitudes, cette norme n'est pas statique, mais sujette à des évolutions au sein de la société. Les recommandations relatives à la consommation d'alcool varient d'ailleurs également considérablement d'un pays à l'autre (y compris en ce qui concerne la définition d'un « verre standard »), et elles sont parfois plus strictes que les recommandations actuelles du CSS. Dans certains pays, l'alcool n'est pas recommandé et il n'existe pas de quantité considérée comme sans risque pour la santé.

Ainsi par exemple, aux **Pays-Bas**, selon [l'avis du Gezondheidsraad de 2015](#), il est préférable de ne pas boire d'alcool, ou du moins pas plus de 1 verre par jour (soit un maximum de 7 verres par semaine – un verre contenant 10 gr). Le **Canada** a quant à lui récemment modifié [ses lignes directrices](#) (Paradis et al., 2023), allant vers une des normes les plus sévères du monde occidental. Il n'est plus question d'une limite de consommation stricte, mais d'un « spectre » à l'intérieur duquel le consommateur peut faire un choix (éclairé) et déterminer à quel risque pour la santé il veut s'exposer : si vous ne voulez pas de risque pour la santé lié à l'alcool, il est préférable de ne pas boire d'alcool. Un ou deux verres standard par semaine impliquent un faible risque pour la santé. Avec trois à six verres standard par semaine, vous courez un risque modéré, et cela augmente au fur et à mesure que vous buvez. Un verre standard contient 13,45 grammes d'alcool pur (contre 10g pour l'unité standard belge).

Sur base de ces informations, plusieurs messages sont proposés par le CSS (voir détails au point IV. Recommandations).

2. Action 43 : Age de première consommation

2.1. Introduction et question

Le plan interfédéral en matière d'usage nocif d'alcool ne prévoit pas d'interdire la consommation de bières entre 16 et 18 ans. Toutefois, l'une des actions du plan est d'étudier les possibilités d'un cadre réglementaire visant à optimiser l'âge de la première consommation dans le but de le repousser autant que possible.

Les experts sont tous unanimes sur le fait qu'une interdiction d'alcool pour les moins de 18 ans est la meilleure option tout en rappelant que l'alcool est dommageable sur le cerveau en développement, soit jusque 25 ans. Il est donc utile d'avoir des pistes politiques, validées scientifiquement pour retarder l'âge de la première consommation, même au-delà de 18 ans.

Cette question porte donc sur l'évaluation de politiques créatives qui auraient pour objectif de dissuader les jeunes de commencer à boire de l'alcool. Ces politiques peuvent porter sur différents champs de compétences : prévention, sensibilisation, promotion de la santé, assistance, réduction des risques, mesures du secteur horeca, politique de prix, politique de contrôle...

Les questions adressées au CSS sont les suivantes :

- Quelles sont les bonnes pratiques réglementaires pour retarder l'âge de la première consommation sans toutefois interdire l'alcool en dessous de 18 ans ?
- Parmi les pays qui ont une législation interdisant la consommation d'alcool aux moins de 18 ans, quelles sont les bonnes pratiques innovantes pour repousser l'âge de la première consommation au-delà de 25 ans ? Et pour les pays qui ont une législation similaire à la nôtre ?
- Quelles sont les recommandations en la matière pour le prochain plan alcool ?

2.2. Les jeunes et l'alcool : l'âge de la première consommation d'alcool

La consommation d'alcool chez les jeunes augmente considérablement au cours de l'adolescence. Une enquête récente menée par le *Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs* (VAD) auprès de 7 503 élèves flamands âgés de 12 à 18 ans a montré que 54 % d'entre eux ont déjà bu de l'alcool et que 14 % en consomment au moins une fois par semaine (Rosiers 2023). En 2021, l'âge moyen auquel les jeunes commencent à consommer de l'alcool était de 14,6 ans, soit plus tard qu'en 2010 où cet âge était de 13,6 ans (Rosiers 2023). Une enquête complémentaire menée en Flandre, dans le cadre de l'enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), montre une tendance à l'augmentation des taux de prévalence de la consommation d'alcool (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) avec l'âge des élèves de l'enseignement secondaire. Ces chiffres varient de 4 % chez les 11-12 ans à 70 % chez les 17-18 ans (Figure 1, Fiche d'information HBSC 2021-2022). La même enquête menée à Bruxelles et en Wallonie affiche des chiffres similaires avec une forte augmentation de la consommation dans les deuxième et troisième degrés de l'enseignement secondaire (Enquête HBSC 2022). Bien que la prévalence globale et la fréquence de la consommation d'alcool aient clairement diminué au cours de la dernière décennie, chez les adolescents belges, les comportements de consommation à risque (l'ivresse, être ivre une fois par semaine) ont augmenté ces dernières années. L'écart entre les sexes en matière de consommation d'alcool s'est réduit, bien que la consommation régulière d'alcool et l'ivresse soient toujours plus fréquentes chez les garçons que chez les filles (HBSC Factsheet 2021-2022, Rosiers 2023).

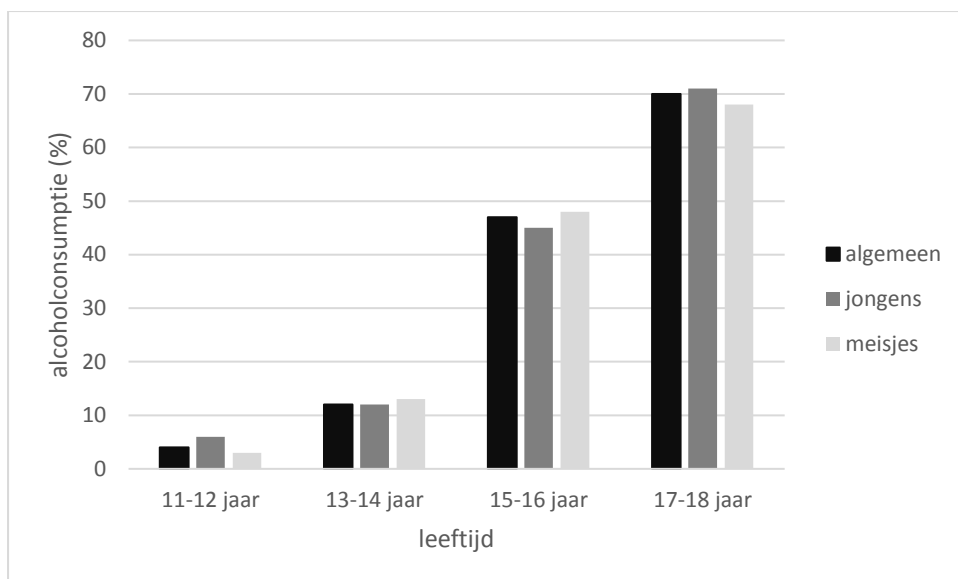


Figure 1. Consommation d'alcool (au moins une fois au cours des 30 derniers jours, %) des adolescents flamands par âge. Basée sur les données de la Fiche d'information HBSC 2021-2022.

Les chiffres des hôpitaux néerlandais ont montré une augmentation annuelle des admissions d'adolescents pour cause d'intoxication alcoolique entre 2007 et 2011 (Ouweland et al. 2020). Par la suite, les taux d'admission sont restés relativement stables, aux alentours de 700 à 900 hospitalisations par an, probablement en partie en raison de l'augmentation de l'âge légal pour la consommation d'alcool qui est passé à 18 ans. Entre 2007 et 2017, l'âge moyen est passé de 14,9 à 15,4 ans, et le nombre des 10-14 ans hospitalisés a diminué. Par contre, la concentration moyenne d'éthanol dans le sang et la durée de la perte de conscience ont augmenté de manière significative et cette concentration d'éthanol a été plus élevée chez les garçons que chez les filles.

En Belgique, 2 234 prises de sang ont été analysées pour déterminer la concentration d'éthanol chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans qui s'étaient présentés aux urgences en 2018 pour une intoxication alcoolique. Cela correspond à 30 cas par 10 000 habitants (Atlas AIM). Une étude multicentrique rétrospective des jeunes âgés de 10 à 17 ans présentant une intoxication alcoolique aiguë à Anvers (2015-2021) a montré que 145 jeunes (31/10 000) étaient admis chaque année, avec un âge médian de 16,6 ans (van Roozendaal et al. 2023). Ces caractéristiques sont restées constantes tout au long de la période de l'enquête. L'intoxication alcoolique aiguë a augmenté de manière significative chez les jeunes de 17 ans, ce qui correspond à l'âge légal de consommation d'alcool, fixé à 16 ans en Belgique. En revanche, une augmentation de l'âge de l'intoxication alcoolique a été observée dans des études de suivi aux Pays-Bas (van Hoof et al. 2015, Nienhuis et al. 2017), qui s'explique probablement par le relèvement de l'âge légal de consommation d'alcool en 2014. Ces chiffres élevés indiquent que la consommation d'alcool chez les jeunes reste un problème social majeur.

2.3. Risques liés à la consommation d'alcool chez les jeunes

Les raisons de la consommation d'alcool et le risque d'évolution vers une consommation excessive chez les jeunes s'expliquent en partie par une vulnérabilité génétique et des changements physiologiques dans le système nerveux central. Au cours du développement du cerveau des jeunes, les zones impliquées dans la prise de décision, le contrôle des impulsions et la régulation émotionnelle ne sont pas encore complètement développées. L'adolescence est donc une période de vulnérabilité neurobiologique, où le cerveau des

adolescents est particulièrement sensible aux effets directs de l'alcool (Crews et al. 2007). En outre, des variations génétiques de la sensibilité à l'alcool jouent également un rôle (variations dans la sensibilité aux effets négatifs ou positifs de l'alcool ; les adolescents étant plus sensibles aux effets positifs, ce qui peut expliquer leur tendance à boire davantage - Crews et al. 2007, Arain et al. 2013). La combinaison de ces processus neurobiologiques et des variations de sensibilité contribuent de façon importante à la compréhension de la consommation d'alcool chez les jeunes.

Les filles entrent en moyenne dans la puberté plus tôt que les garçons, ce qui peut expliquer pourquoi elles expérimentent l'alcool à un plus jeune âge. Cela est confirmé par les admissions à l'hôpital aux Pays-Bas et par la recherche sur l'intoxication alcoolique aiguë à Anvers, où les filles âgées de 14 ans et plus sont admises plus souvent que les garçons (Ouweland et al. 2020, van Roozendaal et al. 2023).

2.3.1. Perturbation du développement normal du cerveau

Le cerveau humain continue de se développer jusqu'à l'âge de 25 ans environ. La consommation d'alcool à un jeune âge peut perturber le développement normal du cerveau et entraîner des dommages permanents dans des zones cruciales pour la prise de décision, le contrôle des impulsions et la régulation des émotions. Ces perturbations peuvent entraîner des problèmes cognitifs et émotionnels à long terme, comme le montre la recherche scientifique qui a identifié des différences neuronales et cognitives chez les adolescents ayant des antécédents de consommation d'alcool (Figure 2; Courtney et al., 2019). Ces différences incluent des changements dans l'attention, l'apprentissage verbal, le traitement visuo-spatial, la mémoire, ainsi qu'une altération du développement des volumes de matière grise et blanche et une perturbation de l'intégrité de la matière blanche (Spear, 2018). Des études de neuro-imagerie ont également associé des changements neurobiologiques au *binge drinking* et à la consommation excessive d'alcool, les formes les plus courantes de consommation problématique d'alcool chez les adolescents (Jones et al., 2018).

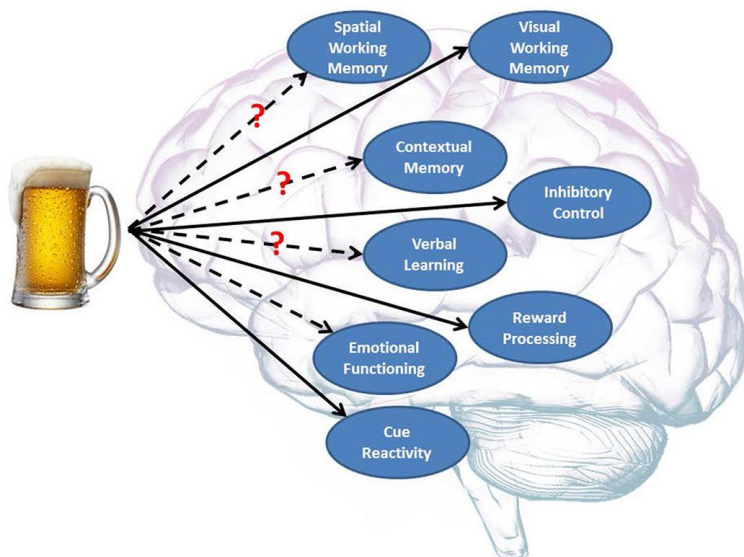


Figure 2 : Effets de l'alcool sur les fonctions cognitives et émotionnelles du cerveau de l'adolescent d'après des études d'imagerie fonctionnelle (Courtney et al., 2019).

- = présence de preuves de changements fonctionnels liés à l'alcool.
- - - - - = absence de telles preuves
- ? = recherche limitée

2.3.2 Risque d'addiction

L'expérimentation précoce de l'alcool a des effets démontrables sur les régions du cerveau impliquées dans les comportements liés à la dépendance. La recherche suggère que l'exposition répétée et chronique à l'alcool entraîne de nouvelles adaptations dans le cerveau, ce qui augmente le risque de dépendance, en fonction de la dose (Crunelle et al. 2021). Bien que l'âge légal pour consommer de l'alcool en Belgique soit de 16 ans, les chiffres ci-dessus montrent qu'un nombre important de jeunes entrent en contact avec l'alcool plus tôt. Des études montrent que les jeunes qui commencent à boire avant l'âge de 14 ans présentent le risque le plus élevé, avec des pourcentages allant jusqu'à plus de 40 %, de dépendance à l'alcool tout au long de leur vie et dans les 10 ans qui suivent leur première consommation d'alcool (Grant & Dawsom 1997). Le risque de dépendance à l'alcool au cours de la vie diminue de manière significative à mesure que l'âge de la première consommation d'alcool augmente, pour atteindre environ 10 % chez les personnes ayant commencé à 20 ans ou plus (DeWit et al. 2000, Grant & Dawsom 1997, Hingson et al. 2006).

En outre, la littérature indique qu'une consommation débutant en fin d'adolescence (15-16 ans) est aussi associée à une fréquence de consommation plus élevée, à des quantités d'alcool plus importantes et à un soutien social plus large pour la consommation d'alcool, ce qui augmente le risque d'une transition plus rapide vers les symptômes de dépendance (Behrendt et al. 2008). Le début et la fin de l'adolescence, en particulier chez les filles, sont donc associés à un risque accru de consommation problématique d'alcool, principalement influencé par les quantités consommées intentionnellement (Dawson et al., 2008).

2.2.3. Risques pour la santé mentale et physique

La consommation d'alcool chez les jeunes peut avoir des effets néfastes à long terme sur la santé mentale. La recherche montre que les jeunes qui consomment de l'alcool régulièrement et en grande quantité souffrent souvent d'anxiété, de changements rapides d'humeur, de dépression et d'autres problèmes de santé mentale qui peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. Ces jeunes courent également un risque accru de développer des troubles de la personnalité et des troubles du comportement. La perturbation du développement sain du cerveau due à la consommation d'alcool peut altérer la cognition et la mémoire et réduire la capacité de concentration (Brook et al. 2002, Newton-Homes et al. 2019, Strandheim et al. 2009).

La consommation d'alcool à un jeune âge est un facteur prédictif significatif du développement ultérieur d'un trouble dépressif majeur, d'une dépendance à l'alcool et de troubles liés à la consommation de substances (Brook et al. 2002). En outre, la recherche montre que l'âge de la première intoxication alcoolique est un facteur prédictif statistiquement significatif des risques pour la santé mentale, notamment la dépression, les troubles anxieux et la dépendance à la nicotine, au cannabis et à d'autres drogues illégales (Newton-Homes et al. 2019).

Les jeunes qui boivent de l'alcool s'exposent à toute une série de risques physiques et sanitaires, notamment des lésions hépatiques, une augmentation de la pression artérielle, des blessures accidentelles et même une intoxication alcoolique. En outre, la consommation d'alcool à un jeune âge peut entraver la croissance et le développement physique.

2.3.4. Conséquences sociales négatives et accidents (de la route)

La consommation d'alcool à un jeune âge peut avoir des conséquences sociales : elle peut entraîner des problèmes de comportement, de moins bons résultats scolaires, des problèmes relationnels, des comportements de harcèlement sexuel et des problèmes judiciaires (Hoel et al. 2004). Elle peut aussi faire partie d'un modèle de comportement à risque qui met les jeunes en danger.

Un article de synthèse sur les effets de l'âge auquel il est légalement autorisé de boire de l'alcool met en évidence une relation constante et inverse entre cet âge légal et les accidents de la route (Wagenaar & Toomey 2002). Un pourcentage élevé d'études de bonne qualité méthodologique ont montré qu'un âge minimum plus élevé pour la consommation d'alcool allait de pair avec une baisse de la consommation d'alcool (33 %) et des accidents de la route (58 %). À l'exception d'un article, aucune relation inverse n'a été trouvée. Des associations entre un âge minimum plus élevé et une diminution des autres problèmes liés à l'alcool ont également été constatées dans 35 % des études pertinentes ; aucune de ces études n'a fait état d'une augmentation de ces problèmes.

La recherche scientifique suggère un lien entre la consommation d'alcool chez les jeunes et un risque accru de comportement de harcèlement sexuel. L'alcool affecte les capacités de jugement et les facultés d'inhibitions, ce qui rend les jeunes plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque, tels que des rapports sexuels non protégés et des expériences sexuelles non-désirées. La recherche suggère que la combinaison de l'alcool et de situations dans lesquelles les normes sociales sont floues, notamment les fêtes, augmente encore le risque de comportement sexuel inapproprié (2023).

2.3.5. Développement d'habitudes malsaines

En outre, l'acquisition d'habitudes saines dès le plus jeune âge peut aider les jeunes à être mieux armés pour faire face au stress et aux problèmes plus tard dans la vie, sans avoir recours à l'alcool. Il est important d'éviter la consommation d'alcool à un âge précoce pour protéger la santé et le développement des jeunes et les aider à faire des choix plus sains pour l'avenir.

2.4. Bonnes pratiques réglementaires pour retarder l'âge de la première consommation d'alcool

Le CSS reconnaît que les jeunes constituent un groupe vulnérable qui doit être protégé contre les risques de la consommation d'alcool. L'avis 8109 du CSS, qui visait à fournir des recommandations sur la consommation d'alcool chez les jeunes, a déclaré en 2006 : « il n'existe pas de preuve scientifique pour une quantité maximale en dessous de laquelle la consommation d'alcool est sans danger ». Dans l'avis 9438 « Risques liés à la consommation d'alcool » de mai 2018, le CSS a formulé comme principale recommandation l'interdiction de l'alcool avant l'âge de 18 ans.

2.4.1. Relever la limite d'âge à 18 ans pour toutes les boissons alcoolisées

Compte tenu de tous les risques liés à la consommation d'alcool, il est souhaitable de protéger les mineurs de l'alcool ne fût-ce que du point de vue sanitaire. Dans cette optique, le CSS maintient sa position d'interdiction de l'alcool pour les moins de 18 ans.

L'augmentation de l'âge minimum pour consommer de l'alcool a des effets positifs évidents sur la santé, comme le montrent plusieurs études. Une *scoping review* a également identifié cinq thèmes de développements inattendus liés à l'augmentation de l'âge minimum, ce qui nous donne une idée supplémentaire de ce qui pourrait se produire si l'âge minimum pour la consommation d'alcool était relevé (Roodbeen et al. 2021). On s'attend à ce que cela ait un impact positif non seulement sur le groupe cible, mais aussi sur les plus âgés et les plus jeunes. Le relèvement de l'âge minimum a peu d'impact sur la consommation d'alcool des personnes qui éprouvent des problèmes. Chez ces derniers, on s'attend à un faible risque de recours à d'autres moyens de se procurer de l'alcool (par exemple l'achat dans les pays voisins où la réglementation est plus favorable). La manière dont les mesures politiques sont élaborées (par exemple, approche différenciée, prise en compte de différents sous-groupes)

et leur cohérence avec les réglementations existantes en matière d'alcool peuvent influencer les résultats positifs, en donnant un aperçu de l'efficacité de la législation et en permettant de nouvelles approches pour réduire la consommation d'alcool en dessous de l'âge légal et les problèmes qui y sont liés (Brachowicz & Vall Castello 2019, Roodbeen et al. 2021).

L'augmentation légale de l'âge minimum à 18 ans pour toutes les boissons alcoolisées permettrait d'harmoniser la législation existante avec celle de la plupart des pays de l'UE et d'envoyer un message clair à la population (Figure 3). Les différences de limites d'âge entre la bière et les spiritueux peuvent donner l'impression que certaines boissons sont moins nocives que d'autres, ce qui est déroutant pour les jeunes comme pour les parents. L'uniformisation de la limite d'âge pour tous les types de boissons alcoolisées est également conforme aux « *best buys* » de l'OMS. L'enquête montre que les jeunes - même à un âge précoce - connaissent bien la législation relative à la vente, au service et à l'offre de boissons alcoolisées (Rosiers 2023). Plus de 96 % des jeunes de moins de 16 ans connaissent la réglementation relative à toutes les boissons alcoolisées, et 90 % d'entre eux connaissent les règles spécifiques concernant les spiritueux. En outre, au cours de la dernière décennie, l'interdiction légale est devenue une raison beaucoup plus importante de ne pas boire d'alcool. En 2010-2011, 37 % des jeunes qui ne buvaient pas d'alcool ont donné cette raison, alors qu'en 2018-2019, ce pourcentage a augmenté de manière significative pour atteindre plus de 60 %, et cette tendance positive s'est poursuivie en 2021-2022. Le *Preventiebarometer Vlaanderen 2022*, qui se concentre sur la population flamande adulte (18 ans et plus), montre également un large soutien social à l'augmentation de l'âge minimum pour la consommation d'alcool : 77,5% des personnes interrogées pensent que l'âge minimum pour la consommation d'alcool pourrait être relevé à 18 ans (Braekman & Fiers 2022). Dans l'étude *Tournée Minérale 2023*, 68% des belges francophones soutiennent cette proposition et 18% sont « neutres ou sans opinion ».

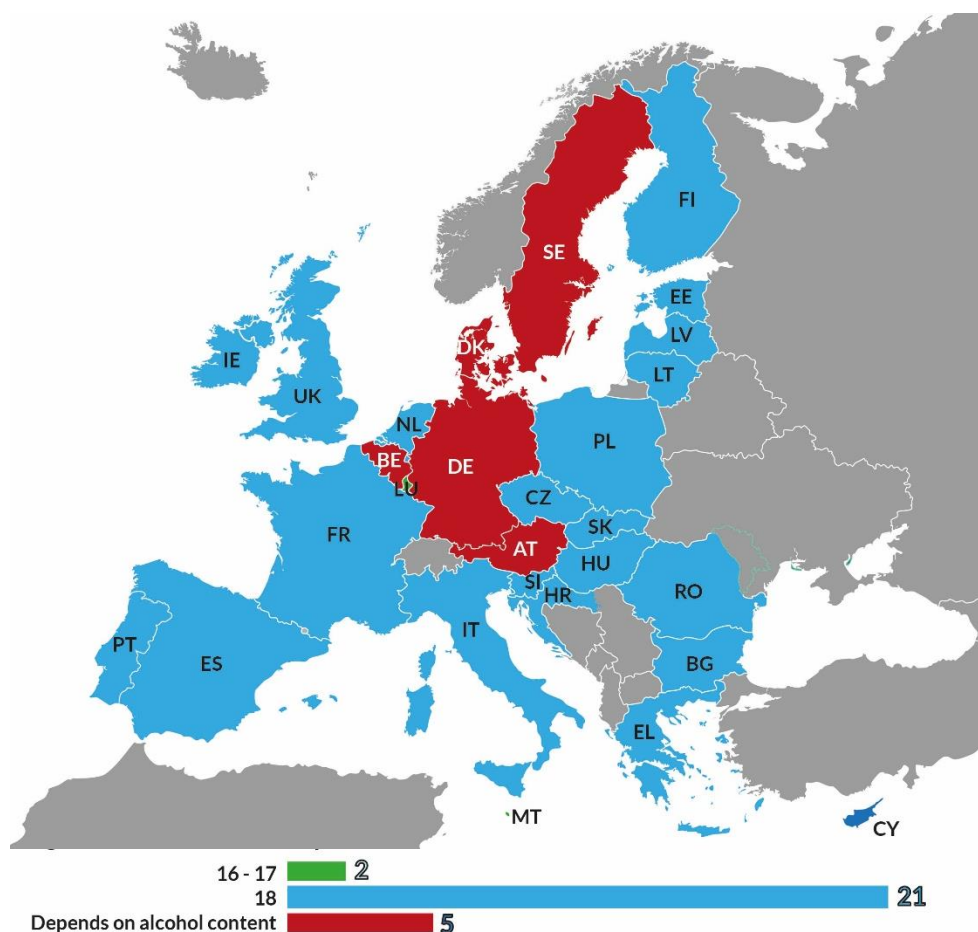


Figure 3 : Âge minimum légal pour l'achat d'alcool dans l'UE (Source : adapté de FRA, <http://fra.europe.eu>)

Le relèvement de l'âge minimum pour la consommation d'alcool peut être comparé à l'ajustement de la réglementation sur le tabac. En Belgique, la limite d'âge pour la vente de tabac aux jeunes a été relevée à 18 ans le 1er novembre 2019. Malgré des chiffres encore élevés concernant l'accessibilité subjective du tabac chez les jeunes, en tenant compte de leur âge (37,4 % des moins de 16 ans et 73,3 % des plus de 16 ans déclarent pouvoir facilement se procurer du tabac), une diminution significative est observée par rapport à 2018-2019 (40,0 % et 80,3 % respectivement). Le fait de mettre l'accent sur cette similitude peut également renforcer le message.

Depuis le 1er janvier 2014, les Pays-Bas disposent d'une loi qui fait passer de 16 à 18 ans l'âge limite pour acheter ou boire de l'alcool. En vertu de cette loi, il est illégal de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans, et les jeunes eux-mêmes sont passibles de sanctions s'ils ont sur eux de l'alcool dans les lieux publics. Depuis l'introduction de la nouvelle loi sur l'alcool le 1er juillet 2021, une interdiction de revente a également été ajoutée. Cela signifie qu'il est désormais punissable pour un adulte d'acheter des boissons alcoolisées, par exemple dans le secteur de l'horeca et de les remettre à un mineur (<https://www.khn.nl/kennis/nieuwe-alcoholwet-vanaf-1-juli-2021-de-belangrijkste-wijzigingen>). Simultanément, la campagne « Nix onder 18 », qui s'adresse clairement aux jeunes, a été lancée. Cette augmentation de l'âge légal a clairement des implications positives. Depuis 2015, on observe une baisse significative de la consommation d'alcool chez les jeunes de 16 ans sur différents points de mesure (consommation initiale, consommation au cours du dernier mois, *binge drinking* (consommation d'une grande quantité d'alcool en un laps de temps très court), ivresse au cours de la vie et ivresse au cours du dernier mois ; Lemmers et al. 2023). Cette baisse suit l'augmentation de la limite d'âge, et il n'y a pas de différences notables dans la consommation d'alcool entre les mesures effectuées avant le changement de la loi, ce qui indique un changement clair de la tendance. D'après les chiffres des hospitalisations d'adolescents néerlandais dues à une consommation excessive d'alcool, il est difficile d'objectiver le nombre d'intoxications alcooliques qui se seraient produites si l'âge minimum de consommation d'alcool n'avait pas été relevé en 2014, mais il est clair que ce nombre n'a pas continué à augmenter et qu'il s'est stabilisé (Ouwehand et al. 2020). Les données montrent également que l'âge moyen des hospitalisations a significativement augmenté, passant de 15,3 à 15,4 ans, et qu'elles concernent relativement plus de jeunes de 15 à 17 ans et moins de jeunes de 10 à 14 ans. Si l'on compare la période avant et après la modification de la loi en 2014, le nombre de parents qui n'ont pas consenti à la consommation d'alcool est passé de 29 % à 54 % (période d'étude 2007-2017). En revanche, les concentrations d'éthanol (1,87‰ vs 1,99‰) et la durée de la perte de conscience (2,9h vs 3,2h) ont augmenté (Flavin et al. 2018, Ouwehand et al. 2020). Ces chiffres défavorables suggèrent que les jeunes qui boivent sont plus susceptibles de boire trop, comme le montre l'enquête *Peilstationsonderzoek Scholieren* du Trimbosinstituut (Ministère de la Sécurité et de la Justice, 2016) et appellent à une prévention plus intensive ainsi qu'à des interventions et un soutien précoces.

2.4.2. Application de l'interdiction

Plusieurs études européennes montrent que la législation existante sur l'âge minimum pour consommer de l'alcool est peu respectée (Erickson et al. 2013, Roodbeen et al. 2020, Van Havere et al. 2017). Cette donnée souligne l'importance de l'application et du contrôle de cet âge minimum, et l'identification de l'impact non seulement direct sur la disponibilité de l'alcool pour les mineurs, mais aussi sur les normes et les croyances de la société en matière d'alcool (Schelleman-Offermans et al. 2017, Institute of Medicine National Research Council 2004). Il est donc essentiel d'optimiser les pratiques de contrôle pour garantir le respect des limites d'âge minimum.

La probabilité (perçue) d'être contrôlé et sanctionné semble peser plus lourd dans la balance que la lourdeur des sanctions (Wagenaar 2011). Cette constatation souligne l'importance de politiques efficaces d'application des mesures qui se concentrent sur les perceptions de la probabilité de contrôle et de sanctions.

En Europe, le *mystery shopping* gagne en popularité en tant qu'outil d'évaluation et d'application de la législation relative à l'âge minimum pour consommer de l'alcool. Cette technique, dans laquelle un mineur ou une personne d'apparence jeune tente d'obtenir de l'alcool, s'est avérée efficace (NHS Scotland 2012). En Belgique, cette approche a été appliquée durant l'été 2023 par le service Inspection Produits de consommation du SPF Santé publique (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2023). Au cours de cette campagne, 26 acheteurs test mineurs, âgés de 15 à 17 ans, ont été utilisés. Ces « *mystery shoppers* » ont simulé des situations réalistes, en essayant d'effectuer des achats en respectant l'interdiction de la provocation. Un contrôleur expérimenté du SPF Santé a observé la situation de manière anonyme. Les *mystery shoppers* ont principalement contrôlé des supermarchés, des supérettes, des magasins de nuit et de jour, des stations-service et des établissements horeca. En ce qui concerne la vente d'alcool, l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées (pour les personnes de moins de 18 ans) n'a pas été respectée dans 87.9 % des cas. Pour la bière et le vin (pour les personnes de moins de 16 ans), le taux d'infraction a été de 93.4 %. Avec un taux d'infraction de plus de 90 %, les établissements horeca et les stations-service sont les lieux où de l'alcool est le plus souvent vendu aux mineurs. Étonnamment, les chiffres relatifs aux infractions liés à cette campagne sont nettement plus élevés que ceux des contrôles réguliers (6,0 % pour la vente de toutes les boissons alcoolisées aux mineurs et 4,3 % par les établissements horeca ; données fournies par le SPF Santé Publique), qui s'effectuent par l'observation des établissements horeca et des commerces. Ces résultats soulignent la nécessité d'une politique d'application claire et cohérente.

2.4.3. Interdiction du marketing en faveur de l'alcool

Il existe une relation évidente entre le niveau d'exposition au marketing de l'alcool et son impact sur la consommation d'alcool, en particulier parmi les populations vulnérables telles que les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool et les jeunes (voir point 1.2.2). Ensemble, ces différents messages contribuent à créer un cadre social dans lequel la consommation d'alcool est normalisée. En outre, le marketing de l'alcool peut influencer les normes et les attentes, comme l'idée chez les jeunes que la consommation d'alcool contribue à la popularité au sein de leur groupe d'amis. Comme indiqué ci-dessus, pour ces raisons, le CSS maintient sa recommandation de 2018 en faveur d'une interdiction générale du marketing lié à l'alcool, comme étant la méthode la plus efficace pour réduire la consommation d'alcool et les dommages qui y sont liés.

2.5. Meilleures pratiques innovantes pour relever l'âge de la première consommation d'alcool de 18 à 25 ans dans les pays dotés d'une législation similaire

Bien que la littérature scientifique montre que l'alcool ne devrait idéalement pas être consommé avant l'âge de 25 ans en raison des risques pour le développement du cerveau et de dépendance, il est important de rester réaliste. Il est peu probable qu'une augmentation drastique de la limite d'âge bénéficie d'un soutien sociétal suffisant.

2.5.1. Anticiper les connaissances scientifiques

Bien que l'augmentation de la limite d'âge à 25 ans soit peu réalisable dans le contexte actuel, des efforts peuvent être déployés pour mettre en place des mesures préventives efficaces

dans les écoles et la société, ainsi que pour mieux informer les consommateurs sur les effets de l'alcool sur le développement du cerveau.

Les avantages d'une limite d'âge plus élevée pour la première consommation d'alcool sont particulièrement décrits dans les études réalisées **aux États-Unis**, où la limite actuelle de 21 ans est plus élevée que dans d'autres pays du continent (par exemple, le Canada à 18 ou 19 ans, selon la province, et le Mexique à 18 ans) et que dans la plupart des pays européens (généralement 16 ou 18 ans, voir la Figure 2). En 1984, les États-Unis ont adopté une loi sur l'âge minimum de consommation d'alcool (« *National Minimum Drinking Age Act* »), qui oblige tous les États à relever l'âge minimum pour l'achat et la consommation publique d'alcool à 21 ans. La raison principale de cette législation était de réduire les accidents de la route liés à l'alcool et de protéger la santé publique, en particulier chez les jeunes conducteurs, comme l'avaient montré des études. Si la loi elle-même se concentre sur la réglementation de l'âge auquel les jeunes peuvent acheter et consommer de l'alcool, des politiques plus larges concernant la consommation d'alcool ont également eu un impact sur les initiatives d'information et de sensibilisation. Des efforts ont été déployés pour sensibiliser et éduquer aux effets de l'alcool sur le développement du cerveau, en particulier auprès des jeunes. Les écoles et les communautés ont mis en œuvre des programmes visant à éduquer les jeunes sur les dangers d'une consommation d'alcool et à promouvoir des attitudes saines à l'égard de l'alcool. Les résultats de la recherche empirique sur les effets du passage de l'âge légal de la consommation d'alcool de 18 à 21 ans aux États-Unis montrent que la participation à la consommation d'alcool des jeunes de 18 à 20 ans a diminué de 6,1 %, la consommation épisodique importante de 3,4 % et la fréquence de la consommation d'alcool au cours du dernier mois de 17 %. Cela a également eu un impact sur le nombre d'accidents de la route la nuit chez les 18-20 ans, qui a diminué de 17 %, ainsi que sur le nombre de décès par suicide et du nombre d'arrestations pour divers délits, dont la conduite en état d'ivresse, les mauvais traitements et les vols (Carpenter & Dobkin 2011, 2015).

En **Islande**, le « modèle islandais » a été introduit dans les années 1990 en réponse aux préoccupations concernant la consommation d'alcool chez les jeunes et les problèmes qui y sont liés. Ce modèle comprenait non seulement l'augmentation de l'âge minimum pour la consommation d'alcool à 20 ans, mais aussi d'autres interventions visant à réduire le risque de consommation de substances (par exemple, l'interdiction du marketing pour l'alcool) et à renforcer les facteurs de protection à différents niveaux de prévention. L'accent a été mis sur la collaboration avec les jeunes, les parents, les écoles et la communauté. Les observations transversales annuelles montrent une baisse constante de la consommation d'alcool et d'autres substances, ainsi que des accidents liés à l'alcool entre 1997 et 2007. En parallèle, le temps passé par les adolescents avec leurs parents a augmenté, de même que la sensibilisation des parents aux activités de leurs enfants. Le succès de ce modèle est attribué à l'accent mis sur les valeurs familiales (par exemple, le rôle du soutien parental, de la supervision, de l'interaction parents-enfants, du renforcement de la communauté par les contacts avec les parents), aux nouvelles activités sociales pour les parents et à l'engagement global de la communauté (Sigfúsdóttir et al. 2008).

En **Lituanie**, le gouvernement a pris plusieurs mesures pour dissuader la consommation d'alcool. En 2014, la consommation d'alcool dans les lieux publics a été interdite, suivie en 2018 par une augmentation de l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool, passant de 18 à 20 ans. Des restrictions pour les publicités pour l'alcool ont également été imposées sur les panneaux d'affichage, à la télévision, à la radio, dans les médias imprimés et sur internet. En 2019, des restrictions de vente plus sévères, y compris des horaires de vente stricts, sont entrées en vigueur. Les taxes sur l'alcool ont été augmentées, entraînant une augmentation moyenne des prix de 11,4% entre 2021 et 2022, ce qui a entraîné une diminution de la consommation d'alcool (Karčiauskas 2023). Une enquête du Département de contrôle des drogues, du tabac et de l'alcool montre que la majorité de la population lituanienne soutient ces mesures, avec respectivement 67% et 62% soutenant l'augmentation

de l'âge légal et l'interdiction totale de la publicité pour l'alcool. Bien qu'une révision ait été envisagée, une enquête a montré que la majorité était opposée à une baisse de l'âge minimum (74,6%) et à une prolongation des heures de vente (59,2%). Les effets à court terme de ces mesures montrent déjà des résultats positifs, tels qu'une augmentation du nombre de jeunes Litvaniens ne consommant pas d'alcool et une diminution des intoxications alcooliques.

2.5.2. Approche progressive

La modification de l'âge minimum pour consommer de l'alcool et les procédures qui s'y rapportent diffèrent d'un pays à l'autre et peuvent être appliquées directement ou par le biais d'une augmentation progressive. Ce choix dépend de plusieurs facteurs, notamment du contexte social et culturel spécifique d'un pays, de l'évolution historique de la politique en matière d'alcool et des objectifs de la politique elle-même. Les pays peuvent opter pour une modification immédiate lorsqu'il est nécessaire d'évaluer de façon immédiate l'impact de la modification de la législation. Par ailleurs, une augmentation progressive peut permettre une meilleure acceptation et une meilleure adaptation, en particulier lorsqu'il existe de fortes traditions sociales ou lorsqu'une transition graduelle est nécessaire pour réduire les résistances sociales.

Au lieu de préconiser une augmentation immédiate à 25 ans, une approche plus progressive peut être envisagée. Le relèvement de la limite d'âge à 18 ans peut s'avérer politiquement plus réalisable et présenterait déjà des avantages significatifs pour la santé.

2.6. Une prévention efficace

2.6.1. Implication et responsabilité des parents dans la prévention en matière d'alcool

Les parents peuvent avoir une forte influence sur la consommation d'alcool de leurs enfants en communiquant ouvertement et en fixant des attentes et des règles claires en matière d'alcool (Beusink, 2018). Une enquête menée auprès d'adolescents belges confirme que la supervision et le contrôle parentaux sont associés à une moindre consommation d'alcool, mais que la supervision et le contrôle parentaux diminuent avec l'âge. Les parents semblent également adopter un style plus autoritaire pour les filles et plus permissif pour les garçons (Van Havere et al., 2017). Une participation active à la vie de leurs enfants permet aux parents d'identifier les comportements à risque et d'y réagir rapidement.

Il est essentiel que les parents encouragent des attitudes saines à l'égard de l'alcool en montrant l'exemple. En effet, la recherche montre qu'une plus grande consommation d'alcool au sein de la famille augmente le risque de consommation régulière chez les jeunes adolescents (Beusink, 2018). En outre, les parents peuvent établir des règles, convenir d'accords et partager des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool lorsque les jeunes commencent à boire à l'âge approprié.

Les mesures préventives au sein de la famille devraient se concentrer sur la sensibilisation des parents aux conséquences de la consommation d'alcool, le renforcement de la relation parent-enfant, la promotion d'une communication ouverte et l'apport du soutien nécessaire pour réduire le stress et les pressions extérieures et intérieures à la famille (Beusink, 2018, Van Havere et al., 2017). Les parents jouent un rôle clé dans l'acquisition des attitudes et des normes par leurs enfants en matière d'alcool, ce qui fait d'eux un partenaire important dans la réussite globale des initiatives de prévention.

2.6.2. Campagnes de sensibilisation

Les campagnes de sensibilisation sont importantes et visent non seulement les jeunes, mais aussi les adultes, ce qui inclut les parents et les familles, ainsi que la société dans son

ensemble. La sensibilisation aux effets néfastes de la consommation d'alcool dès le plus jeune âge peut contribuer à faire évoluer les mentalités. Les plateformes web constituent également un moyen accessible d'informer et d'atteindre les gens. La mise en œuvre pratique nécessite la prise en compte des connaissances et expériences accumulées précédemment, ainsi que des spécificités du groupe cible et du contexte local.

Sur la base de l'expérience pratique, deux campagnes en Belgique et en Flandre ont démontré leur efficacité : « Tournée Minérale » et « *Zwart op wit bewezen: studenten amuseren zich ook zonder alcohol* » (en français : « preuve noir sur blanc : les étudiants s'amuse même sans alcool »).

Tournée Minérale est une campagne, conçue par la Fondation contre le cancer en 2017, et coordonnée maintenant par le VAD/ De Druglijn en Flandre et par Univers santé en Fédération Wallonie/Bruxelles visant à réfléchir sur la consommation d'alcool et les habitudes, avec pour principaux objectifs de réduire la consommation d'alcool et de sensibiliser aux risques de l'alcool pour la santé (<https://www.tourneeminerale.be/>). Les gens sont mis au défi de ne pas boire d'alcool pendant tout le mois de février. Dès la première édition, l'opération a connu un énorme succès. Environ un adulte sur cinq a pris part à la campagne, avec 122 460 Belges inscrits officiellement. En 2023, près d'un Flamand sur quatre a participé à la Tournée Minérale.

Son succès est dû à l'engouement suscité par les médias traditionnels et sociaux. Plusieurs mécanismes sont utilisés dans le cadre de cette campagne, notamment une campagne sur les médias sociaux avec des annonces et du matériel viral, des spots publicitaires à la TV et des actions locales telles que des campagnes d'affichage et des événements de type « mocktail ». Les participants peuvent également s'inscrire sur le site web (Deleener, 2019). Les changements de comportement ont été évalués dans le cadre d'une étude à grande échelle menée à Gand pendant trois périodes de mesure : 6 semaines avant et 6 mois après la campagne (Thienpondt et al., 2024 a, b). Les résultats montrent que la participation à la Tournée Minérale a un effet clair à court et moyen terme sur le nombre hebdomadaire de verres bus. Ce chiffre a diminué en moyenne de $7,22 \pm 2,70$ verres avant la campagne à une moyenne de $5,08 \pm 2,48$ verres juste après la campagne, puis à $5,87 \pm 2,58$ verres six mois après. En revanche, le nombre moyen de verres consommés est resté à peu près constant chez ceux qui n'ont pas participé (le groupe témoin) : $4,01 \pm 2,58$ verres avant le début de la campagne, puis respectivement $4,72 \pm 2,51$ et $4,79 \pm 2,41$ verres aux deux mesures suivantes.

La campagne du VAD et de *De DrugLijn 'Zwart op wit bewezen: studenten amuseren zich ook zonder alcohol'* a été lancée en 2011 et a continué à marteler son message au cours de ces dernières années. Le but est d'accroître la sensibilisation aux effets négatifs de la consommation d'alcool chez les étudiants et de rectifier la fausse perception selon laquelle chaque étudiant boit beaucoup. La campagne montre que les fêtes étudiantes peuvent être aussi agréables sans alcool. Une vaste enquête menée auprès des étudiants en 2010 a révélé que la majorité d'entre eux consomment de l'alcool de manière responsable. Cependant, il règne un malentendu au niveau des étudiants, qui estiment que la consommation d'alcool de leurs pairs est beaucoup plus élevée que ne l'indiquent les chiffres réels (Deleener, 2019). La campagne permet d'engager la conversation avec les principales parties prenantes, notamment les cercles étudiants, les universités, les établissements d'enseignement supérieur, les bars et les restaurants pour étudiants. Par le biais de vidéos virales et d'affiches, la campagne fait passer le message que tous les étudiants ne boivent pas de manière excessive lors des fêtes et encourage une consommation d'alcool responsable.

La littérature scientifique internationale se concentre principalement sur les programmes de sensibilisation et de formation dans les écoles et moins dans d'autres domaines (famille, communauté, Internet). Dans l'ensemble, les programmes scolaires semblent cliniquement pertinents et efficaces pour influencer les attitudes et les intentions en matière de prévention

de l'alcoolisme. Ces programmes parviennent à réduire les normes sociales et l'acceptation de l'alcool, à diminuer l'intoxication et à améliorer la perception des conséquences négatives de la consommation d'alcool (Jiloha 2017, Sánchez-Puertas et al. 2022).

Les effets à long terme de la prévention en matière d'alcool dans les écoles ont été étudiés dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé mené sur une période de 7 ans (Newton et al. 2022). Les résultats ont montré que les groupes d'intervention exposés à différents programmes de prévention présentaient un risque significativement plus faible de dommages liés à l'alcool (OR = 0,13 — 0,33) et de consommation d'alcool à risque (programme universel basé sur le web : OR = 0,04 ; programme sélectif axé sur la personnalité : OR = 0,17) par rapport aux groupes recevant simplement l'éducation à la santé habituelle. Le programme en ligne a également réduit le risque de *binge drinking* (OR = 0,12). Les interventions combinées n'ont pas apporté de bénéfice supplémentaire. Ces résultats mettent en évidence les effets durables des programmes scolaires préventifs, tant universels que sélectifs.

Plusieurs études mettent en évidence des thèmes importants dans les programmes de prévention, notamment le fait de retarder l'âge de la première consommation d'alcool, la compréhension de la consommation précoce d'alcool et des problèmes qui en découlent, ainsi que d'aborder et d'adapter les attentes positives, les normes sociales et les facteurs de risque tels que la tolérance et la perte de contrôle (Behrendt et al. 2008, DeWit et al. 2000, Petit et al. 2013).

2.6.3 Approche intégrée sans confusion d'intérêts de l'industrie

Pour une prévention efficace en matière d'alcool, il convient de promouvoir une approche intégrée, dans laquelle les différentes parties prenantes, telles que les pouvoirs publics, les établissements de soins de santé, les écoles et les clubs sportifs, collaborent. Aux Pays-Bas, le '*Nationaal Preventieakkoord*' a été lancé en 2018 dans le but de réduire l'obésité, le tabagisme et la consommation problématique d'alcool. Cet accord est le fruit d'une collaboration entre les autorités néerlandaises, 70 organisations de la société civile, des établissements de soins de santé et le monde des entreprises.

La situation aux Pays-Bas, telle que présentée dans les chiffres de 2022, montre que malgré les efforts déployés, les objectifs visés n'ont pas été atteints et que le nombre de buveurs a à peine diminué (<https://nos.nl/artikel/2420676-overgewicht-roken-en-drinken-in-drie-jaar-nauwelijks-gedaald>). Le CSS préconise une approche indépendante, évitant la collaboration avec l'industrie de l'alcool en raison des conflits d'intérêts évidents. En effet, l'industrie vise à augmenter les ventes, notamment en encourageant la consommation d'alcool. Les mesures préventives de l'industrie visent donc surtout à améliorer leur image et minent la crédibilité de leurs intentions de s'engager dans une prévention efficace.

Du point de vue de la santé, le CSS suit le principe de l'OMS selon lequel « moins il y en a, mieux c'est », ce qui va à l'encontre des objectifs de l'industrie. Ce point de vue est renforcé par l'interruption de la concertation menée dans le cadre de l'*Alcoholtafel* en octobre 2022 aux Pays-Bas, après le constat que cette concertation n'a pas abouti aux mesures supplémentaires nécessaires pour atteindre les objectifs du *Nationaal Preventieakkoord*. Le *Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid* (STAP) et la *Nederlandse Vereniging voor Drank- en Horeca Inspecteurs* avaient déjà annoncé publiquement qu'ils suspendaient leur participation à cette concertation⁹.

⁹ En 2013, la Drank- en Horecawet néerlandaise a inclus la possibilité pour les communes de réglementer les *happy hours* et les promotions de prix (supérieures à 30 %) dans le secteur du commerce de détail. Si cette première compétence a été utilisée régulièrement, la seconde ne l'a pas été en raison des objections du secteur de la grande distribution. Un règlement national sur la publicité fixait la limite à 50 %, mais certaines communes ont adopté des règlements locaux prévoyant une limite à 30 %. Pour remédier à cette confusion, en 2018, le secrétaire d'État Paul Blokhuys a annoncé qu'il limiterait à maximum 25 % les promotions de prix sur les boissons alcoolisées proposées par les détaillants et ce au niveau national. Cette mesure a été reprise dans l'*Alcoholwet*, qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2021. L'objectif était de prévenir la consommation problématique d'alcool en

À l'instar de l'objectif 1.1 du Plan Tabac (2022), le CSS plaide également pour l'établissement de lignes directrices belges pour les contacts entre l'industrie de l'alcool et les instances et services publics dans le but de ne plus impliquer l'industrie dans la préparation et de la mise en œuvre de la politique de santé publique. Dans ce contexte, nous rappelons l'action 26 du Plan Alcool (2023), qui prévoit l'instauration d'un système de registre transversal de transparence ou de lobby au sein du gouvernement fédéral.

3. Action 68 : Effets d'un changement de prix sur l'accessibilité de l'alcool

3.1. Introduction et question

Les mesures visant à limiter la consommation d'alcool, notamment une politique légale des prix, contribuent à protéger la santé publique et le bien-être social. En Belgique, la consommation moyenne d'alcool par personne a diminué de 5,4 % entre 2010 et 2019, mais elle n'a pas évolué entre 2017 et 2019. Depuis lors, une augmentation du nombre d'adultes consommant de l'alcool chaque semaine a été observée (48 % en 2018 contre 54 % en 2023), tandis qu'une diminution du nombre d'adultes buvant de l'alcool chaque mois (24 % contre 22 %) ou moins d'une fois par mois (15 % contre 11 %) a été constatée (Sciensano, 2023). Les comportements de consommation nocifs (plus de 20 g/jour d'éthanol chez les femmes, plus de 40 g/jour d'éthanol chez les hommes) chez les adolescents et les jeunes ont augmenté au fil du temps (OMS, 2023). La récente étude de cohorte Belhealth de Sciensano (2023) a révélé que 18 % des adultes belges buvaient plus de 10 verres d'alcool par semaine (la quantité recommandée dans l'avis 9438 du CSS (CSS, 2018)).

Dans l'avis 9438 « Risques liés à la consommation d'alcool » de mai 2018, le CSS recommandait déjà d'introduire des politiques de prix diversifiées et de

- Fixer un prix minimum par unité d'alcool vendue au détail,
- Interdire l'offre de boissons alcoolisées gratuites ou à des prix fortement réduits,
- Augmenter les taxes et les droits d'accise.

La question posée au CSS concerne l'action 68 du Plan Interfédéral Alcool et est destinée à déterminer l'impact de l'imposition d'un prix minimum sur l'accessibilité de l'alcool auprès de certains publics (étude du type de produit sur lesquels cette mesure aurait un impact et de la catégorie de public touché pour mieux estimer la plus-value, l'opportunité d'une telle mesure). Cet avis pourrait être complémentaire à l'avis qui sera rendu par un groupe de travail ad hoc spécifique sur la question du prix minimum (avec des représentants du SPF Économie, du SPF Finances et du SPF Santé Publique) qui a été créé pour mettre en œuvre l'action 68 afin d'analyser la possibilité d'introduire un prix minimum et/ou de présenter divers scénarios concernant le prix de l'alcool (taxes, droits d'accise, etc.) au gouvernement fédéral. Cela peut être lié au 'shift' de santé, dans lequel les bénéfices reviennent au citoyen via un canal différent.

En d'autres termes, les questions posées au CSS sont les suivantes :

Quel serait l'impact sanitaire de l'imposition d'un prix minimum au niveau de l'accessibilité/consommation de certains produits alcoolisés visés, selon la catégorie du public ciblé ?

- Quel est l'avis du CSS sur l'impact d'une modification des prix de certaines catégories d'alcool par rapport à l'accessibilité de celles-ci pour un public visé ? (par exemple, l'imposition d'un prix minimum pour les boissons alcoolisées bons marchés et plus

réduisant l'incitation à l'achat. Cette mesure n'a pas été incluse dans le Nationaal Preventieakkoord, qui n'a pas convenu de mesures légales en raison de l'opposition de l'industrie de l'alcool. La concertation au niveau de l'Alcoholtafel a été arrêtée en 2022.

accessibles aux jeunes permettrait-elle de réduire l'accès à ces boissons et donc leur consommation) ?

- Quelles sont les bonnes pratiques en la matière à l'étranger ? Quels ont été les effets sanitaires de ces éventuelles politiques de prix ?
- De telles mesures de prix sont-elles applicables au contexte géographique belge (achats possibles aux frontières) ?

3.2. Effets d'un changement de prix sur l'accessibilité de l'alcool

Une modification du prix de l'alcool peut avoir un impact significatif sur son accessibilité, surtout chez les jeunes. Plus particulièrement, l'imposition d'un prix unitaire minimum (PUM) rendra les boissons alcoolisées à bas prix plus chères et affectera donc principalement les gros consommateurs d'alcool qui ont tendance à consommer de l'alcool moins cher. Étant donné que les jeunes ont généralement un budget limité et consomment donc des boissons alcoolisées bon marché, la mise en œuvre du PUM devrait permettre de réduire l'accès à ces boissons pour les jeunes également, et donc de réduire leur consommation. Cela peut contribuer à réduire les problèmes et les risques liés à l'alcool chez les jeunes.

Une enquête menée auprès de jeunes a montré qu'une augmentation sélective des prix des boissons fortement alcoolisées par le biais du PUM a entraîné une réduction de 28 % de la consommation (Chaaban et al. 2022). Les jeunes ont indiqué qu'ils ne voulaient dépenser qu'un montant maximum pour les boissons alcoolisées. La réduction de l'absorption d'éthanol obtenue grâce à l'introduction d'un PUM ciblée a été plus importante que celle obtenue avec un PUM uniforme appliquée à toutes les boissons alcoolisées, quelle que soit leur concentration d'éthanol (réduction de la consommation de 5 %) ou avec des mesures fiscales ciblées (réduction de la consommation de 16 %). Ces résultats sont basés sur des données recueillies dans le cadre d'une enquête sur les préférences et le comportement des consommateurs et ne reposent pas sur la même base solide que les analyses fondées sur des données de marché réelles, mais de telles données concernant spécifiquement les jeunes font défaut dans la littérature scientifique. Néanmoins, l'introduction du PUM reste une mesure valable qui a démontré des effets positifs sur la santé (voir les exemples ci-dessous) et qui pourrait également avoir des effets positifs chez les jeunes.

3.3. Effets attendus sur la santé d'une politique de prix adaptée

Après avoir examiné divers modèles de simulation, l'OMS (2022) décrit les résultats constants selon lesquels l'introduction d'un PUM, en particulier pour les boissons les moins chères, peut entraîner des réductions significatives de la consommation globale d'alcool et des dommages qui y sont liés. Des niveaux plus élevés du PUM entraînent des avantages plus importants, bien que l'impact soit moins spécifiquement ciblé sur les gros buveurs. Les différences socio-économiques présentent un schéma similaire, des niveaux plus élevés de PUM entraînant des améliorations globales de la santé, mais avec une proportion plus faible de ces avantages pour les groupes les plus défavorisés. La modélisation suggère que le PUM incite davantage les gros buveurs à réduire leur consommation, ce qui permet de sauver des vies et de réduire les coûts des soins de santé, de la criminalité et de l'absentéisme au travail dus à l'alcool. L'effet du PUM sur les inégalités en matière de santé est favorable, en particulier au niveau des groupes à faible revenu. Dans l'ensemble, les données de modélisation suggèrent que le PUM est susceptible d'obtenir de meilleurs résultats qu'une simple augmentation de la taxation de l'alcool.

Actuellement, des formes de Minimum Pricing (y compris le PUM) sont appliquées en Écosse, au Pays de Galles, en Irlande, au Canada, en Australie, au Belarus, en Russie, au Kazakhstan, au Kirghizstan, en Ouzbékistan, en Moldavie, en Ukraine, en Arménie et en Slovaquie. C'est en Écosse que l'on trouve le plus d'informations sur l'introduction et les effets du PUM ; le Pays de Galles et le Canada ont également fait l'objet d'études plus approfondies

dans ce contexte. En comparaison, on en sait beaucoup moins sur les autres pays. Nous considérons donc l'Écosse comme l'exemple le plus élaboré, mais nous nous référons également aux analyses de modélisation de nos voisins immédiats, la France et les Pays-Bas, pour illustrer les effets (attendus) sur la santé.

3.3.1. Exemple de l'Écosse

En 2018, l'Écosse a introduit un PUM pour l'alcool afin de réduire la consommation d'alcool. Le PUM a été fixé à 50 pence par unité d'alcool pur (8 g; équivalent à 58 centimes d'euro), quel que soit le type de boisson (Public Health Scotland, 2023). Cela a entraîné une augmentation directe moyenne de 3,5 à 6 pence par unité d'alcool, en particulier pour les alcools de qualité inférieure. Tant les producteurs que les vendeurs ont généralement bien respecté cette réglementation sur les prix, ce qui s'est traduit par un niveau de conformité élevé (*high compliance*).

La consommation d'alcool dans les supermarchés a diminué de 3 % en trois ans, alors qu'aucune réduction n'a été observée dans le secteur horeca. Cet effet a été particulièrement visible chez les gros buveurs (plus de 20 unités par semaine), dont la consommation a diminué jusqu'à 14,8 % chez les 5 % des plus gros buveurs (O'Donnell et al., 2019). On a également noté un glissement partiel vers des boissons moins alcoolisées. Aucune différence de la consommation n'a été observée chez les 70 % des buveurs qui buvaient le moins.

En termes de problèmes liés à l'alcool et de problèmes sociaux, les résultats ont été positifs, avec une baisse de la mortalité (13,4 %) et des hospitalisations (4,1 %) (Maharaj et al. 2023, Wyper et al., 2023). Bien que l'impact n'ait pas été significatif pour l'ensemble de la population, il a été synonyme d'avantages importants au niveau de plusieurs groupes vulnérables, et plus particulièrement celui des hommes et les buveurs dans les régions les plus pauvres.

L'industrie de l'alcool et le secteur horeca n'ont pas subi de conséquences négatives liées à cette réglementation des prix : une légère augmentation des prix s'est accompagnée d'une légère diminution des ventes. Les prévisions prévoyaient que l'introduction d'un PUM de 50 pence entraînerait une augmentation de 0,7 % de la valeur totale du marché écossais de l'alcool (Angus et al. 2016). Les évaluations confirment ces prévisions et montrent que l'effet sur la rentabilité aussi bien des détaillants que des producteurs a été négligeable. Il est intéressant de noter que le PUM n'a pas entraîné de fermeture d'entreprise, de diminution de l'emploi ou de réduction des investissements (Frontier Economics, 2019). En outre, il n'y a pas eu de glissement vers la consommation de drogues illégales ni d'augmentation des ventes à l'étranger (Public Health Scotland, 2023).

Malgré ces effets positifs, aucune réduction des accidents de la route ou de la criminalité liés à l'alcool n'a été observée. Il a également été constaté que le changement de prix n'avait aucun effet sur la santé des personnes dépendantes à l'alcool, qui dépensaient en fait plus d'argent pour acheter de l'alcool en raison de leur comportement addictif. Cette situation suscite des inquiétudes, en particulier pour ce groupe cible, qui doit être abordé en accordant une attention particulière à l'offre en matière d'aide.

Cinq ans après l'introduction du PUM pour l'alcool et l'annonce des résultats, les autorités écossaises ont organisé une consultation publique sur le maintien du PUM et sur une éventuelle nouvelle augmentation des prix à la fin de l'année 2023 (Scottish Government, 2023). Dans l'attente des résultats, les autorités ont élaboré plusieurs scénarios (maintien du PUM, maintien au niveau actuel de 50 pence par unité, réduction ou augmentation du PUM). À partir de ces scénarios, les autorités écossaises penchent pour une augmentation du PUM à 65 pence par unité, reconnaissant que cela pourrait réduire de manière significative les dommages, en particulier parmi les populations défavorisées, et que l'interférence sur le marché est équilibrée. Les entreprises et les consommateurs considèrent que des niveaux plus élevés sont trop invasifs. Les autorités reconnaissent que toute augmentation aura des conséquences sur les entreprises, mais des données probantes suggèrent que le PUM n'a généralement pas eu d'effet négatif sur l'industrie de l'alcool.

À l'instar de l'Écosse, le Pays de Galles a lui aussi introduit le même PUM en 2020 (Anderson et al. 2021). À court terme, la hausse des prix et la baisse des achats ont été similaires à celles observées en Écosse. La différence entre le Pays de Galles et l'ouest de l'Angleterre, à titre de contrôle, a été une augmentation des prix de 8,2 % et une réduction de 8,6 % des achats par adulte et par ménage par jour. En Écosse et au Pays de Galles, les réductions des achats globaux d'alcool ont été largement limitées aux ménages qui achetaient le plus d'alcool. Ces exemples montrent que le PUM est une mesure politique efficace pour réduire les achats d'alcool destinés à une consommation (domestique) et obtenir des effets positifs (sur la santé).

3.3.2. Exemple de la France

Sur la base de données d'achat représentatives de la consommation au domicile en France, une analyse et une modélisation approfondies ont été réalisées pour quantifier l'impact de différents scénarios de réforme des prix de l'alcool (Étilé et al. 2022). Les résultats montrent qu'un PUM de 50 eurocents par unité d'alcool pur offre des avantages significatifs par rapport aux réformes fiscales. Une taxe trop faible sur l'alcool entraînerait une augmentation de la consommation d'alcool par les ménages, notamment en ce qui concerne la consommation de spiritueux, dont le prix diminuerait en conséquence.

La mise en œuvre d'un PUM entraînerait une diminution de 15 % des achats d'alcool par les ménages, une réduction de 17 % de la consommation d'alcool et une diminution de 22 % du nombre de décès par cancer dus à l'alcool. Cette politique serait plus efficace qu'une taxe élevée sur l'alcool car elle réduirait la quantité totale d'alcool achetée, quel que soit le type d'alcool. En particulier, cela exercerait une influence considérable sur les ménages consommant plus de deux unités d'alcool par adulte et par jour. En effet, ces ménages ont tendance à consommer des produits moins chers, qui sont précisément la cible d'un PUM.

Bien qu'à court terme, un PUM puisse entraîner une perte de 90 euros par an et par ménage qui achète beaucoup d'alcool, cette perte serait réduite à long terme en raison de la diminution de la dépendance à l'alcool et des gains escomptés en matière de santé. La perte moyenne de bien-être estimée pour les ménages aisés est de 43 euros, contre 35 euros pour les ménages modestes. Ces pertes peuvent être mises en balance avec la réduction attendue des coûts sociaux globaux de la consommation d'alcool.

Un PUM augmenterait les bénéfices des petits producteurs de vin (+39 %), au détriment des producteurs industriels et des distributeurs (-39 %). Il encouragerait la concurrence sur les prix entre les différents types d'alcool et favoriserait une consommation d'alcool plus saine. En encourageant les consommateurs à faire des choix plus réfléchis, on pourrait assister à une évolution vers des boissons de qualité, ce qui pourrait avoir des effets positifs pour l'horeca. On ne s'attend pas à ce que l'introduction d'un PUM ait un impact négatif sur le secteur horeca.

Par essence, cet exemple montre que l'introduction d'un PUM, comme cela a été récemment encouragé au niveau politique, présente des avantages significatifs en matière de santé publique, des avantages connexes, en particulier pour les producteurs de boissons indépendants, et a un impact presque neutre sur les recettes de l'État (<https://www.euractiv.fr/section/sante/news/un-depute-de-la-majorite-veut-un-prix-minimum-par-unite-dalcool/>).

3.3.3. Exemple des Pays-Bas

Dans le cadre d'une analyse sociale des coûts-bénéfices aux Pays-Bas, différentes formes de politiques de prix ont été calculées : augmentation de 50 % des droits d'accises, variation

des PUM (de 30 à 65 centimes d'euro par unité) et combinaison d'augmentation des droits d'accises et de PUM (de Wit et al. 2021).

Les scénarios prévoyant une augmentation de 50 % des droits d'accises ont entraîné à la fois des bénéfices supplémentaires pour la santé et des coûts directs pour la société en raison de l'augmentation du prix de l'alcool. Les coûts les plus importants sont supportés par les consommateurs d'alcool, qui perdent le surplus du consommateur (c'est-à-dire la différence entre le prix du marché d'un produit et son évaluation par le consommateur). Les consommateurs sacrifient donc une certaine prospérité, bien que la question se pose de savoir si le groupe cible du PUM, à savoir les gros buveurs, connaît réellement cette prospérité, ceci du fait que les décisions de consommation ne sont plus mûrement réfléchies et que toutes les conséquences de la consommation ne sont pas prises en compte. Les coûts les plus importants sont attendus au niveau de l'augmentation des droits d'accises, suivie par l'introduction simultanée de l'augmentation des droits d'accises et du PUM. Seule une politique PUM permet d'obtenir les coûts les plus bas. Une intensification de la politique en matière de consommation d'alcool entraîne une augmentation de ces charges pour le consommateur.

Les effets sur les taxes et les droits d'accises sont positifs en cas d'augmentation des droits d'accises, mais négatifs si l'on se contente d'un PUM, étant donné qu'une consommation d'alcool plus faible entraîne une diminution des droits d'accises et de la TVA. Les droits d'accises augmentent les coûts des fournisseurs d'alcool en raison de la baisse de la consommation. Une augmentation de 50 % des droits d'accise avec PUM apporte des avantages aux fournisseurs grâce à une marge supplémentaire, mais avec un PUM faible de 45 centimes d'euro, ces avantages ne compensent pas encore les coûts dus à la réduction de la consommation globale d'alcool à la suite des augmentations de prix. En revanche, l'introduction seule d'un PUM, sans augmentation des droits d'accises, apporte toujours des avantages aux fournisseurs.

En contrepartie du coût du prix de l'alcool supporté par les consommateurs et les producteurs (uniquement en cas d'augmentation des droits d'accises), la société dans son ensemble en retire des avantages évidents, tels que la réduction du nombre d'accidents de la route et de la criminalité et de la violence liées à l'alcool, ainsi que l'amélioration de la productivité du travail. Les résultats de l'analyse montrent également une réduction des coûts, principalement dans le domaine des soins de santé (entre 1 et 4,6 milliards d'euros sur 50 ans), ainsi que dans les domaines de la police, de la justice et de l'enseignement. Ces économies augmentent dans le cadre de scénarios politiques plus radicaux.

Cette analyse coûts-bénéfices néerlandaise, qui mesure les effets financiers et non financiers et tient compte de la rente du consommateur, montre que tous les scénarios permettent d'améliorer la santé et de réduire les coûts globaux. Si toutes les formes de politique des prix réduisent la consommation d'alcool, le PUM est considéré comme le plus efficace pour atteindre les groupes cibles qui consomment beaucoup d'alcool et de l'alcool bon marché. Ce sont principalement les groupes à faibles revenus (personnes avec un statut socio-économique inférieur) qui ont tendance à acheter de l'alcool moins cher, de sorte qu'en vertu de cette politique, les effets sur la santé toucheront aussi principalement ces groupes. Le programme PUM pourrait ainsi réduire les disparités socio-économiques en matière de santé.

Malgré ces découvertes, il y avait néanmoins un manque de soutien de la part de la population. En conséquence, les Pays-Bas ont opté pour une autre approche en augmentant les droits d'accise sur toutes les boissons alcoolisées de 8% (Douane 2023). Initialement, il était envisagé d'augmenter ces droits de 16%, mais cela a été réduit de moitié par un amendement à la Deuxième Chambre (2023).

3.3.4 Modélisation de l'OMS avec extrapolation à la Belgique

Outre l'instauration d'un PUM légal, l'augmentation des taxes sur les produits alcoolisés peut également constituer une mesure efficace pour réduire la consommation d'alcool. L'OMS souligne que l'alcool est actuellement très abordable dans la région européenne de l'OMS, où les taxes ont souvent un impact limité sur les prix de détail. Pour réduire la consommation nocive d'alcool, l'OMS propose d'augmenter sensiblement les taxes sur l'alcool, un des '*best buys*' pour y parvenir. Selon une étude de l'OMS de 2022 (Neufeld et al. 2022), la part des taxes est généralement faible, en particulier sur le vin. Une augmentation d'au moins 25 %, similaire à un tiers de la part de la taxe recommandée pour les cigarettes, pourrait avoir des effets bénéfiques importants sur la santé (prévention de 40 000 décès dans la région européenne de l'OMS, estimation ponctuelle de 40 033, intervalle de confiance à 95 % : 38 054 - 46 097). L'étude de modélisation estime qu'une part de droits d'accise de 15 % et le maintien d'un prix par unité d'alcool permettraient d'éviter plus de 130 000 décès par an (estimation ponctuelle 132 906, intervalle de confiance à 95 % 124 691 - 151 674). Ce modèle repose sur un ensemble de facteurs divers, comprenant les recommandations de l'OMS, ainsi que les données provenant d'autres pays et régions où des mesures similaires ont prouvé leur efficacité, et peut être extrapolé à la Belgique.

Les analyses de sensibilité confirment que l'augmentation des taxes sur l'alcool a des effets bénéfiques importants sur la santé publique. L'OMS souligne que l'alcool, comme le tabac, n'est pas une marchandise ordinaire et préconise l'élaboration d'un niveau de taxation recommandé dans le prix à la consommation de l'alcool comme une étape importante.

3.3.5. Durabilité des effets

On peut considérer que, dans un premier temps, une hausse soudaine des prix sous la forme d'un PUM créera un effet de choc, auquel les gens s'adapteront avec le temps, ce qui laisse à penser que son effet sur l'achat et la consommation d'alcool sera temporaire. Cependant, rien ne prouve que la population écossaise ait perçu la hausse des prix comme choquante, car cette politique a été largement acceptée ou est passée inaperçue (Public Health Scotland 2023). Il n'est pas non plus prouvé que les consommateurs reprennent leurs anciennes habitudes de consommation, ce qui signifie que la PUM peut être efficace à long terme. L'Écosse et le Pays de Galles investissent déjà dans des programmes de recherche en cours qui fourniront des preuves empiriques supplémentaires dans les prochaines années. Ces efforts continus peuvent non seulement contribuer à affiner les mesures politiques, mais aussi à mieux comprendre la viabilité et l'efficacité du PUM à long terme.

3.4. Application d'une politique de prix adaptée en Belgique

3.4.1. Le contexte géographique belge

Le consommateur est naturellement enclin à chercher à obtenir des produits au prix le plus bas possible en y consacrant le moins de temps et d'argent possible. En général, à moins qu'il n'y ait des différences de prix significatives, ils s'approvisionnent auprès du fournisseur le plus proche. Les raisons économiques ne sont pas les seules à jouer un rôle et des facteurs non économiques interviennent également, tels que la recherche de variété dans les activités quotidiennes et le shopping pour le plaisir pendant ses heures de loisirs. Compte tenu du contexte géographique de la Belgique, il convient également de s'interroger sur les facteurs qui influencent le comportement des consommateurs lorsqu'ils achètent de l'alcool de l'autre côté de la frontière.

Le phénomène des achats transfrontaliers d'alcool est illustré dans l'étude de Bygvrå (2009) sur les Danois en Allemagne. Depuis que le Danemark a rejoint la Communauté économique européenne (CEE) en 1973, les Danois se rendent en Allemagne pour acheter des boissons alcoolisées moins chères que chez eux. Les modifications des franchises fiscales et des

rapports de prix ont mené à des ajustements dans le comportement d'achat des consommateurs. Cependant, la distance par rapport à la frontière joue un rôle crucial dans les achats transfrontaliers d'alcool. Dans l'ensemble, il apparaît que les personnes qui se situent à moins de 25 km de la frontière ont un comportement sensiblement différent de celui de ceux qui habitent plus loin de la frontière. Cette distance de 25 km semble constituer une limite au niveau des achats effectifs et des achats récréatifs. L'étude, basée sur des entretiens en face à face menés à huit points de mesure entre 1986 et 2003, conclut que cette distance joue un rôle décisif dans la détermination du comportement d'achat lorsqu'il s'agit d'acheter de l'alcool de l'autre côté de la frontière.

La moitié des Belges vivent à moins de 50 km d'une frontière nationale, ce qui facilite les achats dans les pays voisins. Le nombre de Belges qui franchissent délibérément la frontière pour acheter de l'alcool n'est pas clair. Toutefois, il est important de noter que le PUM n'augmente que le prix des boissons alcoolisées bon marché, contrairement à la mise en œuvre de la hausse des taxes sur l'alcool (qui pourrait stimuler les ventes transfrontalières). Cela rend les achats transfrontaliers moins attrayants, comme on le constate également dans le sud de l'Écosse (Public Health Scotland 2023). Dans ce pays, l'introduction du PUM n'a pas modifié les achats transfrontaliers effectués en Angleterre. Cela montre que l'augmentation spécifique des prix des boissons alcoolisées bon marché ne rend pas les gens plus enclins à acheter des produits transfrontaliers, même dans les régions où ce phénomène était déjà présent auparavant. L'influence des mesures de prix semble donc être un facteur important pour orienter le comportement des consommateurs lors de l'achat d'alcool au-delà de la frontière nationale, en plus des considérations géographiques et liées à la distance déjà mentionnées plus haut.

3.4.2. Exemples concrets

En appliquant l'exemple de l'Écosse à la Belgique, un PUM de 50 pence britanniques par unité (8g) correspondrait à 58 eurocents (en tenant compte du taux de change du 5 janvier 2024 de 1 livre britannique = 1,16 euro), ou 65 pence par unité (10g), soit 75 cents. Étant donné que l'Écosse et la Belgique utilisent des définitions différentes de l'unité d'alcool, il est essentiel d'en tenir compte dans l'exercice d'extrapolation. L'Institut Trimbos utilise la formule suivante pour calculer l'unité standard (<https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol/alcohol-en-minimum-unit-pricing-mup/wat-is-minimum-unit-pricing-of-mup/>) :

Volume de la boisson en centilitres x pourcentage d'alcool x 0,789 = nombre d'unités par boisson.

Cara Pils : 50cl et 4,4% d'alcool

- Nombre d'unités: $50 \times 0,044 \times 0,789 = 1,74$
- À un PUM de 0,75 €/unité, le prix minimum est de 1,31 € par canette.
- À un PUM de 0,58 €/unité, le prix minimum est de 1,00 € par canette.
- Prix de vente actuel (Colruyt 5/1/2024): 0,45 € par canette :
- augmentation des prix de 190% (PUM 0,75 €/unité) et 124% (PUM 0,58 €/unité)

Everyday Vin blanc BIB : cubi de 300cl et 12,5% d'alcool

- Nombre d'unités: $300 \times 0,125 \times 0,789 = 29,59$
- À un PUM de 0,75 €/unité, le prix minimum est de 22,2 € par cubi
- À un PUM de 0,58 €/unité, le prix minimum est de 17,2 € par cubi
- Prix de vente actuel en magasin (Colruyt 5/1/2024): 8,49 €
- augmentation des prix de 161% (PUM 0,75 €/unité) et 103% (PUM 0,58 €/unité)

Everyday London Dry Gin : 70cl et 38% d'alcool

- Nombre d'unités: $70 \times 0,38 \times 0,789 = 21,0$
- À un PUM de 0,75 €/unité, le prix minimum est de 15,8 € par bouteille
- À un PUM de 0,58 €/unité, le prix minimum est de 12,2 € par bouteille
- Prix de vente actuel en magasin (Colruyt 5/1/2024): 10,99 €
- augmentation des prix de 43,8% (PUM 0,75 €/unité) et 11,1% (PUM 0,58 €/unité)

Marie Galante Puerto Galero Rouge : 300cl et 19% d'alcool

- Nombre d'unités: $300 \times 0,197 \times 0,789 = 46,6$
- À un PUM de 0,72 €/unité, le prix minimum est de 35,0 € par cubi
- À un PUM de 0,58 €/unité, le prix minimum est de 27,0 € par cubi
- Prix de vente actuel en magasin (Colruyt 5/1/2024): 13,9 €
- augmentation des prix de 152% (PUM 0,75 €/unité) et 94,2% (PUM 0,58 €/unité)

Duvel: 8 x 33cl en 8,5% d'alcool

- Nombre d'unités: $33 \times 0,085 \times 0,789 = 2,21$
- À un PUM de 0,75 €/unité, le prix minimum est de 1,66 € par bouteille
- À un PUM de 0,58 €/unité, le prix minimum est de 1,28 € par bouteille
- Prix de vente actuel (Colruyt 26/1/2024) : $11,85/8 = 1,44$ € par bouteille
- augmentation des prix de 15,2% (PUM 0,75 €/unité) et -11% (PUM 0,58 €/unité)

Omer: 6 x 33cl en 8,0% alcool

- Nombre d'unités: $33 \times 0,080 \times 0,789 = 2,08$
- À un PUM de 0,75 €/unité, le prix minimum est de 1,56 € par bouteille
- À un PUM de 0,58 €/unité, le prix minimum est de 1,21 € par bouteille
- Prix de vente actuel en magasin (Colruyt 26/1/2024): $8,98/6 = 1,50$ € par bouteille
- augmentation des prix de 4,0% (PUM 0,75 €/unité) et -19,3% (PUM 0,58 €/unité)

Le PUM n'a pas d'impact négatif sur les producteurs d'alcool, car le prix de la plupart des boissons alcoolisées, en particulier celles des classes moyennes et supérieures, ne sera pas du tout affecté par cette augmentation, tout comme les prix dans l'horeca en général.

IV. RECOMMANDATIONS

1. Recommandations relatives au message d'avertissement marketing (action 22)

1.1. Interdiction du marketing pour l'alcool

Le CSS souhaite en premier lieu réitérer sa recommandation de 2018 d'interdire complètement le marketing lié à l'alcool et souligne qu'il s'agit de la méthode la plus efficace pour réduire la consommation d'alcool et les méfaits liés à celle-ci.

La publicité doit être considérée de manière très large. Il ne s'agit pas seulement de la publicité payante à la radio, à la télévision, dans la presse écrite et sur les panneaux d'affichage, mais aussi les nouvelles formes de marketing (voir point 1.2.1). Le paysage du marketing numérique présente en effet de nouveaux risques et défis, nécessitant des réglementations et des restrictions exhaustives pour garantir la clarté de la communication et de l'interprétation de leur intention juridique. Il est aussi essentiel de prendre des mesures concrètes pour contrôler et faire respecter ces réglementations dans ce contexte en constante évolution.

1.2. Restrictions strictes du marketing pour l'alcool

Si une interdiction générale n'est pas réalisable (ce que le CSS regretterait), un encadrement législatif doit être mis en place (**pas d'auto-régulation !**) concernant certaines formes qui requièrent une attention particulière et pour lesquelles des restrictions doivent être prévues. Il est donc important d'en premier lieu limiter le **volume** du marketing de l'alcool, et ensuite d'en réglementer le **contenu**. Comme indiqué au point 1.2.1, nous sommes en effet très exposés au marketing de l'alcool, consciemment mais surtout inconsciemment.

1.2.1. Réduction du volume de marketing pour l'alcool

Afin de réduire le volume du marketing pour l'alcool, le CSS recommande donc de :

- 1) **réduire la publicité intégrée (y compris le sponsoring sportif et le placement de produits)**, car il exerce inconsciemment une influence sur les individus et renforce les associations positives avec les marques d'alcool. Si ce type de publicité est utilisé, il **faudrait indiquer clairement** (de manière visible et compréhensible) qu'on est exposé à un message de marketing et un avertissement sanitaire devrait être ajouté (voir ci-dessous) ;
- 2) **surveiller la conception des algorithmes et l'utilisation des données à des fins publicitaires** et limiter la publicité personnalisée et le ciblage géographique. Le ciblage est souvent utilisé pour cibler les publics plus vulnérables ;
- 3) **imposer des restrictions aux contenus générés par les utilisateurs et à l'encouragement de l'engagement par les marques d'alcool**. L'encouragement à la création par les individus de leur propre contenu lié à la consommation d'alcool sur les médias sociaux (via la participation à des concours, mentionner des marques, taguer des amis...) peut entraîner la diffusion de contenu sur la consommation d'alcool difficile à réguler et susceptible de promouvoir des pratiques de consommation. Les médias sociaux doivent aussi être impliqués dans cette régulation de contenu, puisque leur modèle favorise la normalisation de l'alcool en facilitant l'exposition à la consommation des autres, ce qui encourage le comportement ;
- 4) **limiter l'offre de produits dérivés et de produits alcoolisés gratuits** (y compris quand le consommateur achète un produit alcoolisé, comme les offres de type 1+1 gratuits), comme cela a déjà été en partie annoncé dans l'action 23 du plan actuel de lutte contre l'alcoolisme. Ces offres contribuent à la normalisation de l'alcool et font qu'il est difficile pour les consommateurs d'y résister. Le fait d'offrir un produit "gratuitement" abaisse considérablement le seuil d'utilisation, car il semble n'y avoir que des avantages et aucun coût pour le consommateur (voir également les mesures relatives au prix au point 3 des recommandations) ;
- 5) **protéger les mineurs** contre les influences néfastes du marketing de l'alcool. Les mesures actuellement prévues dans le plan alcool sont jugées insuffisantes, étant donné que les jeunes sont souvent exposés à des contenus initialement conçus pour un public adulte (comme des émissions familiales sponsorisées par des marques d'alcool).

1.2.2 Réglementation du contenu des messages publicitaires

La consommation d'alcool dans la publicité est souvent présentée de façon désirable et comme la norme. La publicité pour l'alcool peut présenter la consommation d'alcool comme un comportement positif et souhaitable, contribuant ainsi à la normalisation de la consommation d'alcool. En outre, elle est présentée comme un signe de réussite sexuelle et sociale et comme le moyen de trouver le bonheur. Ces récits contribuent à donner une image déformée de l'alcool et à minimiser ses risques et ses effets néfastes. C'est pourquoi le **CSS**

recommande l'interdiction de l'utilisation de ces stratégies émotionnelles et de mettre l'accent sur l'information. Ainsi, s'il existe, **le marketing de l'alcool devrait se limiter à donner des informations sur le produit** (en utilisant une liste « blanche » positive de ce qui peut être dit).

En conclusion, il est recommandé de surtout limiter la quantité mais aussi le contenu de la publicité pour l'alcool.

1.3. Message d'avertissement

1.3.1. Message

En outre, le CSS préconise l'ajout d'un message d'avertissement sanitaire à tous les éléments du marketing mix qui sont encore autorisés, afin de souligner les risques de la consommation d'alcool et de fournir des outils concrets pour réduire la consommation d'alcool.

Les avertissements sanitaires ne peuvent en aucun cas être élaborés par ou avec l'ingérence de l'industrie de l'alcool (pas d'**autorégulation**).

Ces avertissements doivent délivrer des messages sur les dommages possibles pour la santé liés à la consommation d'alcool. Ils doivent être compris dans un système de rotation, être indiqués de manière clairement visible, et facilement compréhensibles.

Afin de former un ensemble cohérent, le CSS recommande que les messages sanitaires à associer aux publicités soient également obligatoires sur les étiquettes des produits alcoolisés (un message par bouteille, cannette...).

Même si les données issues de la littérature scientifique ne permettent pas d'établir de manière univoque l'effet de ces messages sur la santé (en raison notamment du manque d'expériences répondant suffisamment aux critères de qualité en termes de contenu et de visibilité des messages), les quelques données disponibles (jointes à celles déjà disponibles dans le domaine du tabac) sont encourageantes à ce sujet. Cela serait par ailleurs conforme aux recommandations de l'OMS, et permettrait, surtout, de respecter le droit des consommateurs d'être correctement informés sur les risques associés aux produits qu'ils souhaitent consommer.

Au niveau de la forme : les messages associés au marketing (en incluant les étiquettes) doivent être placés dans un cadre distinct occupant au moins 20 % de la surface de la publicité ou de l'étiquette, avec une police de caractères spécifique (à déterminer, selon le format de la communication), en majuscules et en gras, avec une combinaison de couleurs spécifique (fond contrastant), avec une taille de caractères telle qu'ils occupent la plus grande partie possible de la surface réservée au texte de l'avertissement. La lecture doit être horizontale.

Au niveau du contenu, ils doivent répondre aux critères suivants :

- mentionner des risques spécifiques, à court et long terme, physique et mentaux,
- mentionner un seul risque par message,
- viser des groupes cibles généraux et spécifiques,
- utiliser des termes de causalité clairs (« augmente le risque » ou « cause »),
- avoir une formulation positive,
- et inviter à l'action,
- sous forme personnelle afin que les gens se sentent plus interpellés.

Le message sanitaire dans les publicités devrait donc être structuré comme suit : question, message sanitaire et appel à l'action. Lorsque le message est utilisé sur l'étiquette d'une bouteille, le message sanitaire peut aussi être utilisé seul.

Le CSS insiste également sur la nécessité d'afficher un pictogramme résumant le message avec chaque message sanitaire, pour faciliter la compréhension (notamment des personnes peu scolarisées, analphabètes, ou parlant une autre langue).

Chaque message sanitaire doit être accompagné d'une référence au site web par le biais du nom complet et du code QR (voir 2.5).

Messages à utiliser :

Risques	Phrase d'introduction	Message de santé	Appel à l'action
Risques à court terme			
Perturbation du sommeil	Vous préférez être bien reposé ?	L'alcool perturbe votre sommeil	Buvez le moins d'alcool possible
Pertes de mémoire	Vous aimez avoir les idées claires ?	L'alcool altère votre mémoire	Buvez le moins d'alcool possible
Prise de poids	Vous préférez un poids sain ?	L'alcool augmente votre risque d'obésité	Buvez le moins d'alcool possible
Grossesse	Désir d'enfant ?	L'alcool est nocif pour votre bébé à naître.	Ne buvez pas d'alcool
Allaitement	Allaitez-vous ?	L'alcool est nocif pour votre bébé	Ne buvez pas d'alcool
Conduite	Envie d'être en sécurité sur la route ?	L'alcool réduit votre réactivité dans la circulation.	Ne buvez pas d'alcool
Agression	Pas envie de vous disputer ?	L'alcool altère votre comportement	Buvez le moins d'alcool possible
Risques à long terme			
Démence	Peur d'oublier ?	L'alcool augmente votre risque de démence	Buvez le moins possible d'alcool
Maladies cardiovasculaires	Souhaitez-vous vivre longtemps et en bonne santé ?	L'alcool augmente votre risque de maladies cardiovasculaires	Buvez le moins d'alcool possible
Lésions du foie et du pancréas	Voulez-vous garder votre foie en bonne santé ?	L'alcool est nocif pour votre foie	Buvez le moins d'alcool possible

Cancer	Souhaitez-vous vivre longtemps et en bonne santé ?	L'alcool augmente votre risque de cancer	Buvez le moins d'alcool possible
Dépression	Aimez-vous vous sentir bien dans votre peau ?	L'alcool augmente votre risque de dépression	Buvez le moins d'alcool possible
Addiction	Aimez-vous garder le contrôle ?	L'alcool est addictif	Buvez le moins d'alcool possible
AVC	Souhaitez-vous vivre longtemps et en bonne santé ?	L'alcool augmente votre risque d'accident vasculaire cérébral	Buvez le moins d'alcool possible
Lésions cérébrales	Préoccupé par votre avenir ?	La consommation d'alcool avant l'âge de 18 ans peut endommager votre cerveau	Ne buvez pas d'alcool

L'objectif de l'avertissement sanitaire est d'augmenter la conscience des consommateurs du fait que la consommation d'alcool présente un risque pour la santé.

La tâche des autorités consiste à déterminer, dans le cadre d'un **exercice de validation** :

- quels avertissements provoquent cet effet,
- si ces messages sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés à une phrase d'introduction et/ou à un appel à l'action,
- auprès de quel groupe cible (notamment en tenant compte des données sociodémographiques (genre, âge, situation socio-économique) et de la consommation actuelle d'alcool).

Idéalement, chaque avertissement devrait être accompagné d'une icône, qui serait validée par ce même panel de test.

Systeme de rotation :

15 messages au maximum sont retenus au terme de cet exercice de validation.

Parmi ceux-ci, certains avertissements sont déjà plus connus que d'autres (avertissements déjà connus : grossesse, allaitement, aptitude à la conduite et lésions hépatiques). Les avertissements moins connus doivent apparaître plus souvent.

Un ensemble de 5 messages est utilisé pendant 6 mois. Ensuite, une autre série de 5 messages est utilisée.

Pour chaque série, 1 message plus familier et 4 messages moins familiers sont utilisés à chaque fois.

Par ailleurs, les messages doivent refléter les recherches les plus solides disponibles sur les effets nocifs de l'alcool. Le CSS recommande d'évaluer annuellement si **une mise à jour** est nécessaire.

1.3.2. Informations sanitaires à ajouter sur l'étiquette

Outre ces messages sanitaires, le CSS recommande qu'une **obligation soit également mise en place concernant les autres informations à indiquer sur les étiquettes** :

- **Nombre d'unités de la consommation** (informations sur la taille des portions) exprimé en verres standards et en grammes d'alcool par consommation. En effet, il différents types de boissons et aux différentes quantités, les consommateurs apprendront à mieux évaluer ce qu'est un verre standard.
- **La valeur nutritionnelle et la valeur énergétique** devraient être ajoutés afin que les consommateurs puissent mieux évaluer l'impact sur leur santé (en le présentant de manière claire : par exemple, équivalence en morceaux de sucres).
- **L'âge minimum légal de consommation, si celui-ci est augmenté à 18 ans** (il n'est en effet pas recommandé d'indiquer qu'il est autorisé de boire dès l'âge de 16 ans). Pour créer plus de conformité, il serait préférable d'augmenter l'âge de la consommation de toutes les boissons alcoolisées à 18 ans (voir avis 9438 et point 2 ci-dessous).

La forme donnée à ces informations doit aussi répondre à des conditions claires : **l'emplacement** doit être déterminé, **la taille** de l'étiquette doit correspondre à un pourcentage minimum de la taille de l'emballage (par exemple : en dessous de 6 % : 10 % de la surface, au-dessus de 6 % : 20 % de la surface ; ou un seul pourcentage global de surface), l'information doit être clairement **séparée** des autres informations sur l'étiquette, écrite **en majuscules et en gras** et sur fond **contrastant** dans les **langues officielles** du pays et mieux affichée avec des **pictogrammes reconnaissables**.

Le public cible de l'information sur l'étiquette est **l'ensemble des consommateurs**.

L'étiquette doit également faire référence à **un site web** par le biais du nom complet et du code QR. Ce site web doit contenir différentes informations (voir 1.3.3)

Proposition de ce qui devrait figurer sur l'étiquette

Contexte : étiquette sur une bière forte titrant 8% d'alcool dans une bouteille de 33cl

A l'avant de la bouteille :

1. Nombre de verres standards et valeur indicative ; valeur nutritive

2,1 verres standards = 21gr

Valeur nutritive 240 kcal

La limite d'âge lorsqu'elle est portée à 18 ans

2. Message d'avertissement (voir exemples plus haut)

3. Pictogramme :



Au dos de la bouteille:

1.3.3. Site web

Il est fait référence à un site web attrayant disponible dans les trois langues nationales et qui redirige immédiatement vers un site web existant et bien entretenu (par exemple <https://infordrogues.be/informations/produits/alcool/>) afin de garantir la mise à jour des informations.

Le nom complet du site web ainsi que le code QR doivent être obligatoirement mentionnés sur tout le matériel de marketing.

Le site doit fournir :

- 1) Des informations concernant la **base scientifique** des avertissements sanitaires,

Les preuves scientifiques peuvent être fournies par le CSS une fois que la décision a été prise sur les avertissements sanitaires à utiliser.

- 2) Informations sur les recommandations de prévention actuelles des 10 verres standards

Il convient de se référer à la ligne directrice actuelle tout en soulignant qu'il s'agit d'un compromis qui implique un certain risque¹⁰ :

La recommandation principale est **de limiter sa consommation d'alcool, car toute consommation d'alcool a un impact sur la santé.**

Il est également recommandé de :

- **ne pas consommer d'alcool avant 18 ans ;**
- ne pas boire plus de 10 unités standards d'alcool par semaine, à répartir sur plusieurs jours ;
- prévoir plusieurs jours dans la semaine sans alcool ;
- pour les femmes enceintes, celles qui souhaitent le devenir et les femmes qui allaitent, il est recommandé de ne pas boire de boissons alcoolisées.

- 3) Des conseils **de réduction des risques**

Pour ceux qui boivent de l'alcool, un certain nombre de conseils sont donnés sur la manière de consommer de l'alcool moins souvent :

- Chaque verre d'alcool devrait être suivi d'une boisson non alcoolisée.
- Chaque diminution de votre consommation sera bonne pour votre santé.
- Consulter un·e spécialiste peut vous aider à réduire votre consommation.
- Boire lentement permet de mieux maîtriser sa consommation.
- Si vous avez l'intention de boire prévoyez de vous fixer une limite, en quantité et en argent.
- Limiter la quantité totale d'alcool consommée en une occasion et proscrire le binge drinking (plus de 4 verres standards pour les femmes et 6 verres standards pour les hommes).

¹⁰ La révision des recommandations de consommation émises en 2018 par le CSS ne fait pas l'objet du présent avis, mais le CSS souhaite les réexaminer régulièrement et les adapter si nécessaire, considérant notamment les évolutions récentes émises par plusieurs Autorités de Santé Publique dont l'OMS.

hommes, en moins de 2 heures). Il est faux de penser que ne pas boire quelques jours donne le droit de boire beaucoup sur une seule et même journée.

Outre le respect des législations en la matière, le CSS recommande aussi **de ne pas boire d'alcool dans les circonstances suivantes** :

- en cas de conduite d'un véhicule ;
- avant, pendant et immédiatement après des efforts physiques et sportifs ;
- en cas de travail avec des machines, des appareils électriques, des échelles, etc. ;
- avant et pendant le travail ;
- en cas de responsabilité de la sécurité d'autrui ;
- pendant les activités nécessitant de la vigilance et des compétences ;
- comme médication par exemple contre le stress, la dépression, l'insomnie, etc.

4) Une orientation vers l'aide disponible

Il convient de se référer aux sites web suivants lorsque l'on cherche de l'aide pour soi-même ou pour les autres :

- Aide-alcool.be et Alcoholhulp.be (information, test et aide en ligne).
- Infor Drogues (<https://infordrogues.be/informations/produits/alcool/>) et Drugslijn
- <https://www.reseualcool.be> (référence d'alcoologues)

1.3.4. Campagne

De manière générale, les interventions de promotion de la santé ne doivent pas être isolées, mais être combinées de manière à ce que leur effet conjoint soit supérieur à la somme de leurs parties. La mise en œuvre des avertissements sanitaires doit donc s'accompagner d'une **campagne de santé publique** informant largement les individus des risques liés à la consommation d'alcool et des recommandations en matière de consommation à moindre risque, afin que ces messages ne soient qu'un rappel de ce qui a été dit ailleurs. Le CSS recommande donc que l'introduction d'avertissements relatifs à la santé sur le matériel de marketing fasse l'objet d'une campagne de communication afin que les consommateurs soient également plus attentifs à cet aspect.

2. Recommandations visant à retarder l'âge de la première consommation

2.1. Renforcer la réglementation et l'application de la loi:

- a. **Interdire la vente, le service et l'offre d'alcool aux moins de 18 ans et adapter la législation en conséquence;**
- b. **Fixer une limite d'âge minimum identique pour toutes les boissons alcoolisées;**
- c. **Superviser l'application des règles relatives à la vente et à la consommation d'alcool en dessous de l'âge minimum légal :**
 - Former les travailleurs du secteur horeca, du commerce ...
 - Appliquer des sanctions aux vendeurs/fournisseurs en cas d'infractions.

2.2. Adapter l'environnement physique et social :

- Restrictions supplémentaires sur l'accès aux boissons alcoolisées. Promouvoir des politiques qui limitent **la disponibilité physique de l'alcool** en particulier dans les environnements à risque élevé, notamment les clubs sportifs ;
- **Interdiction du marketing** (voir détails point 1).

2.3. Investissement intensif dans la sensibilisation et la prévention

- a. Investir dans des programmes de **sensibilisation et d'éducation sur les risques de la consommation d'alcool et les compétences**, à destination des jeunes, des parents, et de la société dans son ensemble, afin de promouvoir un changement de comportement.

Un message provenant de diverses sources, telles que les professionnels de la santé, la publicité et d'autres médias, est plus efficace que lorsqu'il est émis par une seule source. Par conséquent, il est nécessaire de renforcer les initiatives existantes (y compris la mise en place d'avertissements sanitaires), grâce à des campagnes gouvernementales de marketing social et d'éducation du public, fournissant des informations similaires.

Il est particulièrement recommandé que les messages véhiculés par les avertissements sanitaires soient diffusés à travers divers canaux (médecins, leaders d'opinion, journalistes, campagnes de prévention dans les médias, ligne d'aide téléphonique, journées d'informations dans les écoles secondaires). Cette approche permettrait d'intégrer ces messages dans une stratégie de lutte globale contre l'alcool, augmentant ainsi leur efficacité et leur crédibilité.

- b. **Promouvoir la santé mentale** des jeunes, incluant le développement des compétences sociales et la gestion des émotions et du stress, en tant que composante intégrale des initiatives de prévention, par le biais d'une communication positive et motivante.

2.4. Intervention et soutien précoces

- a. Mettre en œuvre des programmes d'intervention précoce afin d'identifier rapidement les problèmes d'alcool chez les jeunes et pouvoir apporter un soutien adéquat aux personnes concernées.
- b. Renforcer la prise en charge des utilisateurs fréquents et des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool.

2.5. Participation des jeunes

- a. Impliquer activement les jeunes dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces mesures. Leur participation directe peut fournir des informations précieuses, garantir que les mesures correspondent à leurs besoins et renforcer leur efficacité.

2.6. Approche intégrée

L'augmentation de l'âge de première consommation va de pair avec la diminution globale de la consommation d'alcool dans la société. Pour cela, il faut prendre des mesures dans différents domaines de manière coordonnée, car c'est ensemble qu'elles vont participer à réduire la consommation d'alcool, conformément aux trois « *best buys* » de l'OMS pour l'alcool (l'augmentation des prix, la restriction de la disponibilité et l'interdiction ou la restriction du marketing de l'alcool).

Afin de renforcer l'effet de ces mesures, le CSS recommande encore de (voir également l'avis 9438) :

- Prévoir la mise à **disposition gratuite d'eau du robinet** dans l'HORECA (certainement quand de l'alcool est commandé) ;
- Optimisation des systèmes d'enregistrement : investir dans le développement et la mise en œuvre d'un système d'enregistrement adéquat en Belgique afin **de surveiller les effets des mesures** préventives (notamment, message d'avertissement, prix etc.) et de tirer des conclusions sur la base des données collectées ;
- Encourager **une approche intégrée** de la prévention de l'alcool, dans laquelle différentes parties prenantes telles que le gouvernement, les établissements de santé, les écoles et les clubs sportifs travaillent ensemble.

3. Recommandations relatives au prix minimum de l'alcool (action 68)

Les pratiques et les simulations sur les politiques de prix de l'alcool à l'étranger montrent clairement les effets sur la santé. Le PUM est notamment considéré comme étant le plus efficace pour réduire la consommation des groupes cibles à faibles revenus, qui bénéficieront alors aussi des effets les plus importants sur la santé.

En ce qui concerne le prix minimum de l'alcool, la CSS réitère les recommandations suivantes de 2018 et recommande de :

- **fixer un prix minimum par unité d'alcool** vendu au détail (par exemple : 75 cents);
- **Interdire l'offre de boissons alcoolisées gratuites ou à des prix fortement réduits ;**
- **augmenter les taxes et les droits d'accise.**

Le CSS met également en évidence les stratégies suivantes du Plan d'action 2023-2025 :

- Interdiction de proposer des boissons alcoolisées gratuites dans le cadre d'une campagne promotionnelle (sauf lorsque le consommateur achète un produit alcoolisé et dans le cadre de dégustations) (action 23).
- Interdiction de la vente d'alcool
 - o dans les distributeurs automatiques ;
 - o dans les stations-service entre 22 heures et 7 heures sur les autoroutes (à l'exclusion des restaurants routiers) ;
 - o dans les hôpitaux : boissons alcoolisées réfrigérées, spiritueux (réfrigérés ou non) ; (sauf cafétéria).

En outre, le CSS recommande :

1. d'appliquer le prix minimum non seulement aux ventes régulières mais aussi aux offres spéciales (*happy hours*, ventes en volume, etc.) et aux distributions gratuites (fût gratuit, *blurring*, etc.) ;
2. Indexer annuellement le prix minimum ;
3. de mener activement des campagnes d'information pour informer et guider les entreprises, en particulier les détaillants indépendants, sur la mise en œuvre des réglementations relatives aux prix minimums (faciliter la réglementation et promouvoir le respect des règles).

Il est également important d'examiner le phénomène de « *blurring* » dans le contexte de la consommation d'alcool. Le « *blurring* » fait référence à des situations dans lesquelles les frontières entre les points de vente d'alcool traditionnels et d'autres lieux non traditionnels sont estompées. Un exemple concret est l'offre d'un verre de cava chez le coiffeur. Ces pratiques peuvent donner l'occasion de consommer de l'alcool dans des endroits inattendus, ce qui en accroît l'accessibilité.

V. REFERENCES

- ACD – Algemene Cel Drugsbeleid. Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie. 2022. Internet: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2022_12_14_interfederale_strategie_tabak_en_bijlage_final_nl.pdf
- ACD – Algemene Cel Drugsbeleid. Interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028. Actieplan 2023-2025. 2023. Internet: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/20230329_imcvg_tvd_cimsp_rtd_1_alcoholplan_-_annexe_2.pdf
- Alcohol Health Alliance UK. Drinking in the dark: how alcohol labelling is failing consumers. 2020. Internet: <https://ahauk.org/wp-content/uploads/2020/08/DRINKING-IN-THE-DARK.pdf>
- Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R. et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health* 2023;8(1):e6-e7.
- Anderson P, O'Donnell A, Kaner E, Llopis EJ, Manthey J, Rehm J. Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses. *Lancet Public Health* 2021;6:e557-e65.
- Angus C, Holmes J, Pryce R, Meier P, Brennan A (2016b). Model-based appraisal of the comparative impact of minimum unit pricing and taxation policies in Scotland: an adaptation of the Sheffield alcohol policy model version 3. Sheffield: The University of Sheffield; 2016. Internet: <https://core.ac.uk/download/pdf/34724945.pdf>
- Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:449-61.
- Bachmayer S, Strizek J, Uhl A . Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2021. Wien: Gesundheit Ös-terreich; 2021.
- Basset B, Villemur AL, Gallopel-Morvan K, Rigaud A, Savy M. Avertissements sanitaires : la résistance du lobby de l'alcool. Paris : Association France Addictions (Numéro 52); 2022. Internet : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2022/09/Decryptages-N-52-Avertissements-sanitaires.pdf>
- Bates S, Holmes J, Gavens L, de Matos EG, Li J, Ward B et al. Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC Public Health* 2018; 18;688.
- Behrendt S, Wittchen H-U, Höfler M, Lieb R, Chooi Ping Low N, Rehm J et al. Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10-year longitudinal community study in Germany. *Addiction* 2008;103:1638-47.
- Beusink M. Master thesis: Nix onder de 18? De invloed van ouders en peers op het alcoholgebruik van jonge adolescenten. Universiteit Utrecht; 2018. Internet: <https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/33889/Beusink,%20M.%20-%20Scriptie.pdf?sequence=2>
- Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction* 2004;99,1520-8.
- Brachowicz N, Vall Castello J. Is changing the minimum legal drinking age an effective policy tool? *Health Econ* 2019;28(12):1483-90.

- Braekman E, Fiers S. Baromètre de la prévention: alcool. Bruxelles: Sciensano; 2022.
- Braekman E, Hermans L. Preventiebarometer: gezondheidsvaardigheden en verwachtingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Brussel, België: Sciensano; 2023. Rapportnummer: D/2023.14.440/80 . Internet: <https://doi.org/10.25608/v8y6-jd64>
- Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:1039-44.
- Bygvrå S. Distance and cross-border shopping for alcohol. *NAD – Nord Stud Alcohol Drugs* 2009;26:141-63.
- Carpenter C, Dobkin C. The Minimum Legal Drinking Age and Crime. *Rev Econ Stat* 2015;97(2):521-4.
- Carpenter C, Dobkin C. The Minimum Legal Drinking Age and Public Health. *J Econ Perspect* 2011;25(2):133-56.
- Chaaban J, Haddad J, Ghandour L, Chalak A. Impact of minimum unit pricing on youth alcohol consumption: insights from Lebanon. *Health Policy Plan* 2022;37:760-70.
- Cho HS, Yang Y. Relationship Between Alcohol Consumption and Risky Sexual Behaviors Among Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *Int J Public Health* 2023;68:1605669.
- Clarke N, Pechey E, Kosıte D, König LM, Mantzari E, Blackwell AKM et al. Impact of health warning labels on selection and consumption of food and alcohol products: systematic review with meta-analysis. *Health Psychol Rev* 2021;15(3):430-53.
- Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey D, Hambarsoomians K. Early adolescent exposure to alcohol advertising and its relationship to underage drinking. *J Adolesc Health* 2007; 40(6):527–34.
- Coomber K, Martino F, Barbour IR, Mayshak R, Miller PG. Do consumers ‘Get the facts’? A survey of alcohol warning label recognition in Australia. *BMC Public Health* 2015;15: 816.
- Courtney KE, Li I, Tapert SF. The Effect of Alcohol Use on Neuroimaging Correlates of Cognitive and Emotional Processing in Human Adolescence. *Neuropsychol* 2019;33(6):781–794.
- Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav* 2007;86(2):189-99.
- Critchlow N, MacKintosh AM, Thomas C, Hooper L, Vohra J. Awareness of alcohol marketing, ownership of 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.
- Crunelle C. Wat verslaafd zijn zo hardnekkig maakt. *Tijdschrift Verslaving & Herstel* 2021;1(2).
- CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Risques liés à la consommation d’alcool. Bruxelles : CSS; 2018. Avis N°9438.
- CSS - Conseil Supérieur de la Santé. Alcool (éthanol) dans les compléments alimentaires (et autres préparations à effet sur la santé) consommés par les jeunes: prise en compte des seuils de risque. Bruxelles: CSS; 2023. Avis n° 9702.

Davies EL, Foxcroft DR, Puljevic C, Ferris JA, Winstock AR. Global comparisons of responses to alcohol health information labels: a cross-sectional study of people who drink alcohol from 29 countries. *Addict Behav* 2022;131:107330.

Dawson DA, Goldstein RB, Chou P, Ruan WJ, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(12):2149-60.

Decorte T, Kramer R, Vlaemynck M, De Donder E., de Duve M. Assessment of alternative models for regulation of alcohol marketing in Belgium. Final Report. Brussels : Belgian Science Policy 2019 –289 p.

Deleener J. Alcohol campaigns in Flanders – lessons learned. VAD 2019. Internet: <https://euspr.org/wp-content/uploads/2019/07/Jonathan-deleener-EUSPR.pdf>

De Wit A, Visscher K, Over E, van Gelder N, Everaars B, van Gils P et al. Minimum Unit Pricing voor alcohol – Onderzoek naar de haalbaarheid van invoering in Nederland. Bilthoven: RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2021. rapport 2021–0014. Internet: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2021-0014.pdf>

DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:745-50.

Dimova ED, Mitchell D. Rapid review of the literature on the impact of health messages and product information on alcohol labelling. *Drugs: education, prevention and policy* 2022;29:451-63.

Douane Ministerie van Financiën. Tarievenlijst Accijns en verbruikersbelastingen 2023. <https://download.belastingdienst.nl/douane/docs/tarievenlijst-accijns-acc0552z92fd.pdf>

Doyle A. Review of alcohol marketing restrictions in seven European countries. *Drugnet Ireland* 2022;83:13-14. Internet: https://www.drugsandalcohol.ie/37394/1/HRB_Drugnet_Issue_83.pdf

Ellickson PL, Collins RL, Hambarsoomians K, McCaffrey DF. Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction* 2005;100(2):235–46.

Erickson DJ, Smolenski DJ, Toomey TL, Carlin BP, Wagenaar AC. Do alcohol compliance checks decrease underage sales at neighboring establishments? *J Stud Alcohol Drugs* 2013;74:852–8.

Étilé F, Bonnet C, Julia C, Lecocq S, Orozco V, Boizot-Szantaï C et al. Rapport de recherche : Effets économiques et épidémiologiques de politiques de prix des boissons alcoolisées. 2022. Internet: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/288897.pdf>

Fisher LB, Miles IW, Austin SB, Camargo CA Jr, Colditz GA. Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: findings from a prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(10):959–96.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Resultaten van de zomercampagne ‘mystery shoppers’ van de FOD Volksgezondheid: verbod op verkoop van alcohol en tabak aan minderjarigen wordt slecht nageleefd. 2023. Internet: <https://www.health.belgium.be/nl/news/resultaten-van-de-zomercampagne-mystery-shoppers#article>

Frontier Economics Ltd. Minimum unit alcohol pricing: Evaluating the impacts on the alcoholic drinks industry in Scotland: baseline evidence and initial impacts. 2019. Internet: <https://www.frontier-economics.com/media/uiin0kso/minimum-unit-alcohol-pricing-2019.pdf>

Giesbrecht N, Reisdorfer E, Rios I. Alcohol Health Warning Labels: A Rapid Review with Action Recommendations. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11676.

Gr – Gezondheidsraad Nederland. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad 2015; publicatie nr. 2015/24.

Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *J Subst Abuse* 1997;9:103-10.

Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;392:1015-35.

Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. *Tob Control* 2011; 20(5):327-37

Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006 ;160(7):739-46.

Hobin E, Jansen R, Vanderlee L, Berenbaum E. Un étiquetage amélioré des contenants de boissons alcoolisées : une revue systématique. Ottawa: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2022. Internet: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-02/CCSA-Enhanced-Alcohol-Container-Labels-Systematic-Review-Report-fr.pdf>

Hobin E, Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, Greenfield TK et al. Effects of strengthening alcohol labels on attention, message processing, and perceived effectiveness: A quasi-experimental study in Yukon, Canada. *Int J Drug Policy* 2020;77:102666.

Hoel S, Eriksen BM, Breidablik HJ, Meland E. Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. *Scand J Public Health* 2004;32(5):361-7.

Jiloha RC. Prevention, early intervention, and harm reduction of substance use in adolescents. *Indian J Psychiatry* 2017; 59(1):111–8.

Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res* 2018;39(1):87-96.

Karčiauskas J. Lithuania social briefing: How Alcohol Consumption Habits are Changing in Lithuania. *China-CEE Institute* 2023;64(3):1-7.

Kokole D, Anderson P, Jané-Llopis E. Nature and potential impact of alcohol health warning labels: a scoping review. *Nutrients*. 2021;13:3065.

Lemmers L, van Dalen W, Voogt C, Monshouwer K, de Jong C. Van de jaren '90 tot nu. Wat heeft 30 jaar alcoholbeleid onze jongeren gebracht? Utrecht: Trimbos Instituut; 2023. Internet: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/03/AF2042-Factsheet-De-effecten-van-30-jaar-alcoholbeleid-en-jongeren-Trimbos-instituut.pdf>

MacGregor A, Sharp C, Mabelis J, Corbett J. An evaluation of the implementation of, and compliance with, the objectives of the Licensing (Scotland) Act 2005. Second Interim Report Summary. NHS Health Scotland; 2012. Internet: <https://committees.aberdeency.gov.uk/documents/s24367/Evaluation%20of%20the%20Implementation%20of%20the%20Objectives%20of%20the%20Licensing%20Scotland%20Act%202005.pdf>

Maharaj T, Angus C, Fitzgerald N, Allen K, Stewart S, MacHale S et al. Impact of minimum unit pricing on alcohol-related hospital outcomes: systematic review. *BMJ Open* 2023;13(2) :e065220.

Maurage P, Pesenti M, Philippot P, Joassin F, Campanella S. Latent deleterious effects of binge drinking over a short period of time revealed only by electrophysiological measures. *J Psychiatry Neurosci* 2009;34(2):111-8.

Maynard O, Blackwell A, Munafò M, Attwood A. Know your limits : labelling interventions to reduce alcohol consumption. *Alcohol Research UK*; 2018. Internet: https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/sr-acuk-craft/documents/FinalReport_0150.pdf

Mcneill A, Gravely S, Hitchman SC, Bauld L, Hammond D, Hartmann-Boyce J. Tobacco packaging design for reducing tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4(4):CD011244.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nationaal Preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland. 2018. Internet: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>

Miščikienė L, Midttun NG, Galkus L, Belian G, Petkevičienė J, Vaitkevičiūtė J et al. Review of the Lithuanian Alcohol Control Legislation in 1990-2020. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(10):3454.

Neufeld M, Rovira P, Ferreira-Borges C, Kilian C, Sassi F, Veryga A et al. Impact of introducing a minimum alcohol tax share in retail prices on alcohol-attributable mortality in the WHO European Region: a modelling study. *Lancet Reg Health Eur* 2022;15:100325.

Newton NC, Debenham J, Slade T, Smout A, Grummitt L, Sunderland M et al. Effect of Selective Personality-Targeted Alcohol Use Prevention on 7-Year Alcohol-Related Outcomes Among High-risk Adolescents: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2022;5(11):e2242544.

Newton NC, Stapinski LA, Slade T, Sunderland M, Barrett EL, Champion KE et al. The 7-year effectiveness of school-based alcohol use prevention from adolescence to early adulthood: a randomized controlled trial of universal, selective, and combined interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2022;61(4):520-32.

Newton-Homes G, Cook S, Martin G, Foulds JA, Boden JM. Comparison of age of first drink and age of first intoxication as predictors of substance use and mental health problems in adulthood. *Drug Alcohol Depend* 2019;194:238-43.

Nienhuis, K, Van der Lely N, Van Hoof JJ. Ten Years of Alcohol Intoxication in Adolescents and Treatment in Paediatric Departments in Dutch Hospitals. *J Addict Res* 2017;1.

O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ* 2019;366:l5274.

OMS – Organisation mondiale de la santé - région européenne. Cadre d'action européen sur l'alcool 2022-2025. Tel Aviv: comité régional pour l'Europe (eur/rc72/12); 2022.

Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T et al. Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final. Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. Internet: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canada_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_fr_0.pdf

Petit G, Kornreich C, Verbanck P, Cimochovska A, Campanella S. Why is adolescence a key period of alcohol initiation and who is prone to develop long-term problem use? A review of current available data. *Socioaff Neurosci Psychol* 2013;3:21890.

Petit G, Maurage P, Kornreich C, Verbanck P, Campanella, S. Binge drinking in adolescents: a review of neurophysiological and neuroimaging research. *Alcohol Alcohol* 2014;49(2):198-206.

Petticrew M, Douglas N, Knai C, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Health information on alcoholic beverage containers: has the english alcohol industry's commitment to improve labelling been met? *Addiction* 2016;111(1):51-5.

Public Health Scotland. Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: final report. A synthesis of the evidence. 2023. Internet: <https://publichealthscotland.scot/media/20366/evaluating-the-impact-of-minimum-unit-pricing-for-alcohol-in-scotland-final-report.pdf>

Roodbeen RTJ, Dijkstra RI, Schelleman-Offermans K, Friele R, van de Mheen D. Examining the Intended and Unintended Impacts of Raising a Minimum Legal Drinking Age on Primary and Secondary Societal Harm and Violence from a Contextual Policy Perspective: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(4):1999.

Roodbeen RTJ, Kruize A, Bieleman B, Friele R, van de Mheen D, Schelleman-Offermans K. The Right Time and Place: A New Approach for Prioritizing Alcohol Enforcement and Prevention Efforts by Combining the Prevalence and the Success Rate for Minors Purchasing Alcohol Themselves. *J Stud Alcohol Drugs* 2020;81(6):719-24.

Rosiers J. VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2021-2022. Brussel: VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs; 2023. Internet: <https://www.vad.be/assets/4786>.

Rossow I. The alcohol advertising ban in Norway: Effects on recorded alcohol sales. *Drug Alcohol Rev* 2021;40(7):1392-5.

Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol* 2021;22(8):1071-80.

Sánchez-Puertas R, Vaca-Gallegos S, López-Núñez C, Ruisoto P. Prevention of Alcohol Consumption Programs for Children and Youth: A Narrative and Critical Review of Recent Publications. *Front Psychol* 2022;13:821867.

Schaller K, Kahnert S, Garcia-verdugo R, Treede I, Graen L, Ouedraogo N. Alkoholatlas Deutschland 2022. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ); 2022. Internet: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2022_dp.pdf

Schelleman-Offermans K, Roodbeen RTJ, Lemmens PHM. Increased minimum legal age for the sale of alcohol in the Netherlands as of 2014: The effect on alcohol sellers' compliance after one and two years. *Int J Drug Policy* 2017;49:8-14.

Sciensano. (2023). Belgische gezondheidsindicatoren. Belgisch Bulletin der Volksgezondheid, 2. Geraadpleegd op 23 februari 2023, van https://www.sciensano.be/sites/default/files/bulletin_2_belhealth_nl.pdf

Scottish Government – Minister for Drugs and Alcohol Policy. Alcohol – minimum unit pricing – continuation and future pricing: consultation. 2023. Internet: <https://www.gov.scot/publications/alcohol-minimum-unit-pricing-mup-continuation-future-pricing-consultation/pages/2/#:~:text=The%20Scottish%20Government%20proposes%20setting,have%20been%20seen%20at%2050ppu>

Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson AL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot Int* 2009;24(1):16–25.

SIPES – Service d'Information, Promotion, Éducation Santé. Consommation hebdomadaire d'alcool. 2022. Internet: https://www.ulb.be/medias/fichier/hbsc2022-alcool-4_1698235973846-pdf

Smit K, Voogt C. Etikettering van alcoholhoudende dranken. Onderzoek naar de mogelijkheid van verplichte etikettering van alcoholhoudende dranken in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut; 2021. Internet: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1927-Etikettering-van-alcoholhoudende-dranken.pdf>

Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. Arch of Pediatr Adolesc Med 2006;160:18–24.

Spear LP. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. Nat Rev Neurosci 2018;19(4):197-214.

Stacy AW, Zogg JB, Unger JB, Dent CW. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. A J Health Behav 2004;28(6):498–509.

Stafford LD, Salmon J. Alcohol health warnings can influence the speed of consumption. Z Gesundh Wiss 2017; 25(2):147-54.

Staub C, Siegrist M. How health warning labels on wine and vodka bottles influence perceived risk, rejection, and acceptance. BMC Public Health 2022; Jan 24;22(1):157.

Stautz K, Frings D, Albery IP, Moss AC, Marteau TM. Impact of alcohol-promoting and alcohol-warning advertisements on alcohol consumption, affect, and implicit cognition in heavy-drinking young adults: A laboratory-based randomized controlled trial. Br J Health Psychol 2017;22(1):128-50.

Stockwell T, Zhao J, Macdonald S. Who under-reports their alcohol consumption in telephone surveys and by how much? An application of the 'yesterday method' in a national Canadian substance use survey. Addiction 2014;109(10):1657-66.

Stockwell T. The Yukon alcohol labelling experiment: Impacts on alcohol sales despite industry interference. In Third WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (FADAB). Geneva, Switzerland: WHO; 2021.

Strandheim A, Holmen TL, Coombes L, Bentzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents – a population review of 8983 young people, 13–19 years in North-Trøndelag, Norway: the Young-HUNT Study. Child Adolesc Psychiatry Ment health 2009;3(18).

Thienpondt A, Van Cauwenberg J, Van Damme J, Deforche B. Process evaluation of the Belgian one-month-without alcohol campaign 'Tournée Minérale': a mixed method approach. BMC Public Health 2024a;24:383.

Thienpondt A, Van Cauwenberg J, Van Damme J, Nagelhout, G, Deforche B. Effect evaluation of the one-month-abstinence campaign 'Tournée Minérale' on alcohol consumption in Belgian adults: a nonrandomized control group design. JMIR public health and surveillance 2024b. Under review.

Tricas-Sauras S, Kaczmarek A, San Martin L. RARHA Consumer survey on communication of alcohol associated risks. European Alcohol Policy Alliance; 2015. Internet: <https://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/27/WP5%20Consumer%20survey%20on%20communication%20of%20alcohol%20associated%20risks%20FINAL.pdf>

Universiteit Gent, Vlaanderen, HBSC. Factsheet Risicogedragingen. Studie jongeren en gezondheid 2021/22. Internet: https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/8_Factsheet_Risicogedrag.pdf

VAD – Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. Syntheserapport VAD – leerlingenbevraging. Schooljaar 2021-2022: Bijlage. Internet: <https://www.vad.be/assets/5255>

Van Der Lely N, Hoof JJV, Wolberink I, Nienhuis K. Ten years of alcohol intoxications in adolescents and treatment in paediatric departments in Dutch hospitals. Arch Dis Child 2018;103:A202.2-A202.

Van Havere T. ALCOLAW – The Law of 2009 concerning the selling and serving of alcohol to youths: from state of the art to assessment. Brussels: Belspo – FEDERAL RESEARCH PROGRAM ON DRUGS 2017. Internet: https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR71_ALCOLAW%20policy%20recommendations%20overview_en.pdf

van Hoof J, van Zanten E, van der Lely N. Four Years of Reports of Alcohol-Related Harm to Pediatricians in the Netherlands. J Child Adolesc Subst 2015;24:191–7.

Van Laar MW, van Ooyen-Houben MMJ. Nationale Drug Monitor, jaarbericht 2016. Utrecht, Den Haag: Trimbos-instituut 2016. Internet: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1486-jaarbericht-nationale-drug-monitor-2016.pdf>

van Roozendaal H, Verhulst S, Glazemakers I, De Meulder F, Vander Auwera A, Bael A et al. Characteristics of Adolescents Admitted with Acute Alcohol Intoxication: A Retrospective Multicentre Study in Antwerp, Belgium, in the Period 2015–2021. Children 2023;10(8):1378.

Vanherle R, Kurten S, Achterhof R, Myin-Germeys I, Beullens K. Stay Home, Drink at Home? A Daily Diary Study on College Students' Alcohol and Social Media Use During the COVID-19 Pandemic. Subst Use Misuse 2022;57 (1):86-95.

Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. J Stud Alcohol Suppl 2002;14:206-25.

Wagenaar AC. Presentation at the first European conference on alcohol law enforcement. Rotterdam: Netherlands; 2011.

WHO - World Health Organization. Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs, and behaviours: a narrative review. Geneva: World Health Organization 2022. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351521/9789240041783-eng.pdf?sequence=1>

WHO – World Health Organization. No place for cheap alcohol. The potential value of minimum pricing for protecting lives. 2022. Internet: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058094>

WHO – World Health Organization. Public health review of noncommunicable disease prevention and its determinants: Belgium. 2023. Internet: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058704>

WHO – World Health Organization. Alcohol labelling : A discussion document on policy options. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2017. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350744/WHO-EURO-2017-4124-43883-61793-eng.pdf?Sequence=%201&isallowed=y>

WHO – World Health Organization. Health warning labels on alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices. Geneva: World Health Organization; 2022. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352519/9789240044449-eng.pdf?sequence=1>

Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. Lancet 2018;391:1513-23.

Wyper GMA, Mackay DF, Fraser C, Lewsey J, Robinson M, Beeston C et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *Lancet* 2023;401(10385):1361-70.

Xuan Z, Naimi TS, Kaplan MS, Bagge CL, Few LR, Maisto S et al. Alcohol policies and suicide: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40(10):2043-55.

Zhang X, Liu Y, Li S, Lichtenstein AH, Chen S, Na M et al. Alcohol consumption and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality: a prospective cohort study. *Nut J* 2021;20:13

Zhao J, Stockwell T, Thomas G. An adaptation of the Yesterday Method to correct for under-reporting of alcohol consumption and estimate compliance with Canadian low-risk drinking guidelines. *Can J Public Health* 2015;106(4):e204-e9.

Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E. The Effects of Alcohol Warning Labels on Population Alcohol Consumption: An Interrupted Time Series Analysis of Alcohol Sales in Yukon, Canada. *J Alcohol Drugs* 2020;81(2):225-37.

VI. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Frieda MATTHYS** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD et Els TOBBACK.

BOGDANOWICZ Emilia	Psychologie, psychothérapie, assuétudes	Le Pélican
BOIJ Jelissa	Médecine	Kompas vzw
BOONEN Huub	Psychologie	Integra Limburg - UCLL
CAMPANELLA Salvatore	Psychologie médicale, addiction	ULB – CHU Brugmann
CRUNELLE Cleo	Psychiatrie	VUB, UZ Brussel
DE DONDER Else	Promotion de la santé, prévention, épidémiologie	VAD
DE DUVE Martin	Alcoologie, prévention, promotion de la santé, santé publique	Univers Santé, UC Louvain
DEBUSSCHER Eva	Psychiatrie, addictions	Centrum voor psychiatrie en psychotherapie Pittem
DEVOS Gaëtan	Psychologie	UC Louvain
DOM Geert	Neuropsychologie, psychiatrie	Uantwerpen
FABRY Lauriane	Psychologie	CHU Brugmann
FELTZ Bernard	Philosophie des sciences du vivant et de l'environnement, bioéthique, biologie	UCLouvain
GABRIELS Suzanne	Prévention	Fondation contre le Cancer
GEUENS Maggie	Marketing, communication marketing et comportement du consommateur	UGent
GILS Ann	Prévention et détection précoce	Kom op Tegen Kanker
HANAK Catherine	Psychiatrie	CHU Brugmann
HUDDERS Liselot	Marketing, communication	UGent
KIRKOVE Patricia	Médecine	CH Jean Titeca
KRAMER Ruben	Prévention	VAD
LAMY Dominique	Médecine générale	UCL
LECLERCQ Stéphane	Psychologie	Féda Bxl
LOBOZ Frédéric	Psychologie	Interstices CHU Saint-Pierre asbl

LORANT Vincent	Sociologie	UC Louvain
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	VUB
MAURAGE Pierre	Psychologie	UC Louvain
NEVE Jean	Pharmacothérapie et alimentation	ULB
NIEMEGEERS Peter	Psychiatrie	ZNA
ORBAN Thomas	Médecine générale	Resumes ASBL / Alcooletmoi ASBL
PELEMAN Katleen	Prévention	VAD
PEUSKENS Hendrik	Psychiatrie	Clinique Psychiatrique Alexianen Tienen UPC KULeuven
PINTO Emmanuel	Psychiatrie, addictions	ULiège
POCHET Sophie	Marketing, communication	IHECS
QUERTEMONT Etienne	Psychologie	ULiège
RICHELLE Lou	Médecine générale	ULB
SMITS Tim	Communication marketing	KULeuven
STARKEKEL Peter	Hépto-gastro-entérologie	UC Louvain
VAN DEUN Paul	Psychologie clinique, assuétudes	VAD
VAN HAL Guido	Épidémiologie sociale et politique de santé	UAntwerpen
VERWEYVELT Anne- Sophie	Droit	Kom op tegen Kanker, KU Leuven
ZEEUWS Dieter	Psychiatrie	VUB - UZ Brussel

Le groupe de travail permanent Santé mentale a adopté l'avis. Le groupe de travail permanent était présidé par Frieda MATTHYS et Olivier LUMINET et le secrétariat scientifique par Sylvie GERARD et Els TOBBACK. L'avis a également été soumis au groupe permanent NASSA pour commentaires.

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

DE HALLEUX Stéphanie	SPF Santé Publique
GALANTE Annick	SPF Santé Publique

La traduction a été réalisée en externe.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du *pool* des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement