



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**RISQUES LIÉS À LA
CONSOMMATION D'ALCOOL**

**MAI 2018
CSS N° 9438**



.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

Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

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

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

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

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

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9438

Risques liés à la consommation d'alcool

This report aims at providing population with specific recommendations on low-risk alcohol drinking.

Version validée par le Collège de
Mai 2018¹

I INTRODUCTION ET QUESTION

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a reçu en juillet 2017 de Mme la Ministre Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, une demande d'élaboration de directives en matière de « *low-risk alcohol drinking* ». En juin de la même année, le CSS a également reçu un courrier de l'Observatoire de la Santé de la Province du Hainaut, qui souhaitait avoir des recommandations de consommation d'alcool hebdomadaire à ne pas dépasser, à pouvoir diffuser au grand public. Il ressort de ces demandes la nécessité de disposer de recommandations claires pour la Belgique, sachant que plusieurs pays européens ont récemment élaboré de telles directives.

La Ministre souhaite avoir un message univoque du CSS, qui permette au citoyen d'être informé des risques pour sa santé de la consommation d'alcool afin d'être en mesure d'adapter celle-ci.

Les recommandations doivent :

- envisager les différents types de consommation : journalière, ivresse ponctuelle, *binge drinking*, etc. ;
- toucher les différents groupes cibles : jeunes, femmes enceintes, personnes âgées, etc. ;
- tenir compte des malentendus et fausses informations liées à la consommation d'alcool ;
- s'adresser tant à la population générale qu'aux professionnels de la santé.

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.

II RECOMMANDATIONS

1 Préambule

Le CSS considère qu'une « **unité standard d'alcool** » correspond à 12,7 ml d'alcool pur, c'est-à-dire 10g d'alcool (pour de plus amples explications, cf. Point IV.1).

Table 1 : Définition de l'unité standard d'alcool

une unité standard d'alcool = 12,7 ml d'alcool pur = 10 g d'alcool						
Exemple de boissons et de volumes	Verre de bière (5 %) de 25 cl	Verre de vin (12 %) de 10 cl	Verre d'apéritif (25 %) de 5 cl	Verre d'alcool fort (35 %) de 3,5 cl	Verre de bière (5 %) de 33 cl	Verre de bière forte (8 à 12 %) de 25 cl
Unité standard correspondante	1	1	1	1	1,3	1,6 à 2,4

2 Recommandations principales

Pour limiter les risques pour la santé liés à la consommation d'alcool, le CSS recommande 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.

Pour sensibiliser le public et les professionnels de la santé et renforcer l'impact de cette directive, le CSS recommande par ailleurs d'accompagner celle-ci d'autres mesures qui viseraient à limiter l'offre, et principalement :

- interdiction complète de la publicité et du sponsoring liés à l'alcool ;
- adaptation de l'étiquetage des boissons alcoolisées par l'ajout des informations suivantes :
 - o indications nutritionnelles (au minimum le nombre de calories par 100 ml),
 - o nombre d'unités d'alcool par contenant,
 - o mention « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » à la place de l'actuel slogan « notre savoir-faire se déguste avec sagesse » ;
- mise en œuvre d'une politique de prix diversifiée, avec comme mesures possibles :
 - o prix minimum par unité d'alcool vendue au détail,
 - o interdiction d'offrir des boissons alcoolisées gratuitement ou à prix considérablement réduit,
 - o augmentation des taxes et accises ;
- réduire la disponibilité et l'offre de boissons alcoolisées (par ex. interdiction de vente d'alcool dans les stations-service, via des distributeurs automatiques et les magasins de nuit) ;
- garantir une mise à disposition gratuite d'eau du robinet dans l'HORECA.

3 Recommandations spécifiques

En cas de consommation d'alcool, le CSS préconise par ailleurs de :

- limiter la quantité totale d'alcool consommée en une occasion et proscrire le *binge drinking* (plus de 4 unités standards pour les femmes et 6 unités standards pour les hommes, en moins de 2 heures), qui est associé à un risque accru de morbidité et d'alcool-dépendance ;
- boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- s'assurer d'avoir des personnes de confiance à proximité et de pouvoir rentrer chez soi en toute sécurité.

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.

Certains groupes de populations courent plus de risques d'effets négatifs suite à la consommation de boissons alcoolisées. Par conséquent, ils doivent prêter une attention particulière à leur consommation et demander conseil à un professionnel de la santé. Il s'agit notamment des personnes suivantes :

- les personnes de plus de 65 ans ;
- les jeunes adultes entre 18 et 24 ans (qui sont les plus enclins à adopter une consommation à risque comme le *binge drinking*, ce qui peut avoir des répercussions cognitives durables) ;
- les personnes qui prennent des médicaments (particulièrement en cas de médicaments psychotropes) ;
- les personnes qui consomment d'autres drogues ;
- les personnes ayant des problèmes de santé ;
- les personnes ayant des problèmes de santé mentale (influence négative de l'alcool sur la comorbidité psychique) ;
- les personnes ayant un faible poids corporel ;
- les personnes avec des antécédents familiaux de problèmes liés à l'alcool ;
- après un by-pass gastro-intestinal.

Le CSS recommande également aux femmes enceintes, à celles qui souhaitent le devenir et aux femmes qui allaitent de ne pas boire d'alcool.

Enfin, pour limiter les risques pour la santé de la consommation d'alcool dans la population, le CSS recommande aux autorités compétentes d'agir selon les axes suivants :

- adapter la législation sur la vente, l'offre et la distribution, notamment auprès des jeunes de 16 à 18 ans, sur base des recommandations du CSS ;
- renforcer structurellement l'éducation, la prévention et la réduction des risques (informations de santé et éducation à la santé via divers canaux) ;

- ne plus lier les espaces de campagnes de prévention aux espaces de publicité pour l'alcool² et fournir des espaces de prévention garantis et indépendants ;
- faciliter l'accès à l'information (groupes d'entraide, sites internet) ;
- soutenir les personnes qui diminuent leur consommation ou tentent d'y mettre un terme (détection précoce³ et interventions brèves en première ligne et offre suffisante de soins spécialisés) ;
- favoriser auprès de la population un auto-monitoring régulier des habitudes de boisson, avec l'aide en particulier du médecin généraliste ;
- financer la recherche scientifique sur les conséquences de la consommation d'alcool, et l'évaluation des effets des interventions et des mesures politiques ;
- interdire les collaborations entre les travailleurs de santé, les autorités publiques d'une part et les producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées d'autre part ;
- reconnaître la fonction et titre d' « alcoologue » diplômé, sur base des formations existantes (en Fédération Wallonie-Bruxelles : certificat interuniversitaire organisé par la SSMG, l'ULB, l'UCL et l'ULg) et assurer une formation de base et continue en alcoologie suffisante pour tous les médecins et autres professions de santé ;
- sensibiliser à la loi du 14/11/1939 qui interdit notamment de servir des boissons enivrantes à une personne manifestement ivre.

Pour un véritable effet sur la population, ces mesures doivent être combinées, continues, maintenues à long terme et s'adresser à l'ensemble de la population. Une coordination nationale s'avère donc indispensable.

Pour obtenir plus d'informations concernant la consommation d'alcool, il est également indiqué de se référer aux sites www.infordrogues.be, www.jeunesetalcool.be, www.aide-alcool.be, www.reseualcool.be.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*⁴

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Alcohol Drinking	Alcohol consumption	Alcoholgebruik	Consommation d'alcool	Alkoholkonsum
Alcohol Drinking/adverse effects	Adverse effects	Schadelijke effecten	Effets secondaires	Negative Auswirkungen
	Standard unit	Standaardeenheid	Unité standard	Standardeinheit
Reference Values	Reference values	Maatstaven voor gebruik	Repères de consommation	Referenzwerte für den Konsum
Guidelines Risk Assessment	Guidelines	Richtlijnen	Directives	Richtlinien
	Risk assessment	Risicobeoordeling	Evaluation du risque	Risikobewertung
Policy Making	Policy	Beleid	Politique	Politik
Public Health / standards	Public health	Volksgesondheid	Santé publique	Volksgesundheit
Pregnancy	Pregnancy	Zwangerschap	Grossesse	Schwangerschaft
Adolescent	Young people	Jongeren	Jeunes	Jugendliche
Binge Drinking	Binge Drinking	Bingedrinken	Biture express	Rauschtrinken

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>.

² Comme c'est le cas actuellement en fédération Wallonie-Bruxelles

³ Par exemple à l'aide de l'outil « Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève » publié par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2014) ; voir aussi <http://www.ssmg.be/cellules-specifiques/alcool>

⁴ 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 ».

Liste des abréviations utilisées

AICR	<i>American Institute for Cancer Research</i>
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAMH	<i>Centre for Addiction and Mental Health</i>
CIRC	Centre international de Recherche sur le Cancer
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DALY	<i>Disability adjusted life years</i> (années de vie corrigées de l'incapacité)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
HR	<i>Hazard Ratio</i>
IC	Intervalle de confiance
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases</i>
ISP	Institut Scientifique de Santé publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RARHA	<i>Reducing alcohol related harm</i>
RCT	<i>Randomized controlled trial</i> (essai randomisé contrôlé)
RR	Risque relatif
VAD	<i>Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs</i>

III 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 cardiologie, hépatologie, gastro-entérologie, médecine générale, prévention, psychologie, psychiatrie, santé publique 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, ainsi que sur l'opinion des experts. Plus spécifiquement, les experts du CSS ont été amenés à tenir compte des résultats de la recherche européenne concernant la réduction des dommages liés à l'alcool (*Reducing alcohol related harm* ;

RARHA: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/eu_scoping_paper_cnapa_en.pdf), conformément à ce qui a été suggéré par la Ministre dans la demande d'avis.

Le groupe de travail a rassemblé les différents rapports et directives publiés sur le sujet en Belgique et à l'étranger ces dernières années. Plusieurs rapports ont été utilisés comme base de travail :

- Xi B, Veeranki SP, Zhao M, Ma C, Yan Y, Mi J. Relationship of Alcohol Consumption to All-Cause, Cardiovascular, and Cancer-Related Mortality in U.S. Adults. *J Am Coll Cardiol* 2017;70(8):913-22.
- Roerecke M, Rehm J. Alcohol intake revisited: risks and benefits. *Curr Atheroscler Rep* 2012; 14:556-562.
- Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017.
- UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines, 2016.
- VAD. Richtlijn voor alcoholgebruik, 2016.
- VAD. Dossier Alcohol, 2016.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail (et par les groupes de travail permanents en charge du domaine santé mentale et du domaine nutrition et santé, y compris la sécurité alimentaire), le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

IV ELABORATION ET ARGUMENTATION

1 Définition

Afin de pouvoir fournir au public des recommandations claires pour une consommation d'alcool à faible risque pour la santé, il est d'abord important de définir ce qu'on entend par unité d'alcool.

Le CSS considère qu'une unité standard d'alcool correspond à 10 g d'alcool, soit 12,7 ml d'alcool pur. Cette quantité correspond à environ 250 ml de bière (à 5 % d'alcool), 100 ml de vin (à 12 % d'alcool) et 35 ml de spiritueux (à 40 % d'alcool). Il s'agit de quantités standard, qui ne sont pas respectées lors de l'utilisation de verres de plus grande contenance (bières de 33 cl par exemple) et/ou de la consommation de boissons dont la concentration d'alcool est supérieure (bières fortes par exemple). La tendance actuelle du marché est en effet de vendre de plus grands contenants, et des bières ou des vins plus fortement dosés en alcool. D'autre part, les unités standards ne sont pas définies de la même manière dans les différents pays européens, ce qui signifie que chaque recommandation doit être interprétée autrement (Mongan & Long, 2015).

La quantité d'alcool (en grammes) de n'importe quelle consommation peut être calculée en multipliant le degré d'alcool de la boisson par le volume (exprimé en litre) et par 0,8 (la densité d'alcool).

Table 2: nombre de ml par consommation, pourcentage d'alcool, nombre de ml d'alcool, nombre de grammes d'alcool et nombre d'unités standards par type de consommation.

	ml par verre, cannette ou bouteille	Pourcentage d'alcool	Nombre de ml d'alcool	Nombre de gramme d'alcool	Nombre d'unités standards
Verre de bière	250	5 %	12,5	10	1
Petite bouteille de bière	330	5 %	16,5	13,2	1,3
½ litre de bière	500	5 %	25	20	2
Verre de vin	100	12 %	12	9,6	1
Bouteille de vin	750	12 %	90	72	7
Verre de porto	60	20 %	12	9,6	1
Bouteille de porto	750	20 %	150	120	12
Boisson mixte (petite bouteille)	275	5,6 %	15,4	12,32	1,2
Shooter	20	20 %	4	3,2	0,3
Verre alcool fort	35	35 %	12,25	9,8	1
Bouteille alcool fort	750	35 %	262,5	210	21

2 Consommation d'alcool en Belgique

Selon l'enquête de santé de 2013 (Gisle, 2014), 82 % des belges âgés de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool l'année précédente. Ce taux est stable depuis 1997. Les buveurs hebdomadaires ont une consommation moyenne de 11 verres d'alcool par semaine (comme en 2008) et la surconsommation hebdomadaire (plus de 14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres par semaine pour les hommes) concerne 13 % des buveurs hebdomadaires (ce qui représente 6 % de la population totale âgée de 15 ans et plus). On constate à ce niveau une tendance à la baisse (respectivement 14 % et 9 % en 2008). Il y a 14 % de consommateurs quotidiens (12 % en 2008). La consommation d'alcool au quotidien est plus fréquente à mesure que l'on progresse en âge (1 % chez les 15-24 ans, 25 % chez

les 55-74 ans). 10,5 % des individus ont une consommation problématique d'alcool (10 % en 2008). 8 % présente une hyper-alcoolisation hebdomadaire (boire 6 verres ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois par semaine), et on constate à ce niveau une progression chez les jeunes de 15 à 24 ans (de 12 % en 2008 à 14 % en 2013).

Selon cette enquête de santé, les jeunes de 15 à 24 ans, et en particulier les jeunes hommes, forment un groupe à risque important, pour lequel les actions devraient être menées en priorité.

Table 3 : Evolution de la consommation d'alcool selon l'enquête de santé

	2008	2013
Consommation année précédente chez les > 15 ans	80 %	82 %
Consommation moyenne des buveurs hebdomadaires	11 verres	
Surconsommation hebdomadaire (F : > 14 ; H : > 21)	8 %	6 %
Consommation quotidienne	12 %	14 %
Consommation problématique	10 %	10,5 %
Hyper-alcoolisation hebdomadaire (> 6 verres au moins une fois par semaine)	8 %	9 %
Hyperalcoholisation hebdomadaire chez les 15-24 ans	12 %	14 %

F : Femmes ; H : Hommes

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 (De Ridder et al., 2016) montre quant à elle que la consommation moyenne habituelle dans la population de boissons alcoolisées chez les 14-64 ans est de 155 grammes de boissons alcoolisées par jour. La consommation habituelle de boissons alcoolisées est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge. La bière est consommée en plus grande quantité (94 g par jour) que le vin (47 g par jour). Les hommes boivent de plus grandes quantités de bière que les femmes, mais consomment une quantité égale de vin. En Flandre, on consomme deux fois plus de bière par jour (113 g par jour) qu'en Wallonie (53 g par jour). Au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente, la consommation de vin augmente.

La *factsheet* de la VAD (Möbius & De Donder, 2017) indique que la consommation reste constante sur les dix dernières années. La consommation problématique augmente quant à elle ces dernières années, et le nombre d'hospitalisation pour un trouble lié à l'alcool a augmenté de 13 %. La consommation pouvait être considérée comme problématique pour 500.000 personnes en Flandre. Par ailleurs, 33 % des femmes ont bu de l'alcool pendant leur grossesse, et 43 % pendant l'allaitement.

Enfin, les revenus des accises nous permettent aussi de constater que la consommation globale d'alcool en Belgique n'a pas beaucoup évolué ces dernières années (données du SPF Finances) :

Table 4 : Nombre moyen de litre d'alcool consommé par habitant de plus de 15 ans

Année	Alcool	Bière	Vin	Mousseux	Autres	Total
2013	1,42	4,60	3,08	0,79	0,44	10,33
2014	1,47	4,72	3,13	0,84	0,41	10,57
2015	1,47	4,60	3,13	0,84	0,32	10,36

3 Risques pour la santé de la consommation d'alcool

En résumé :

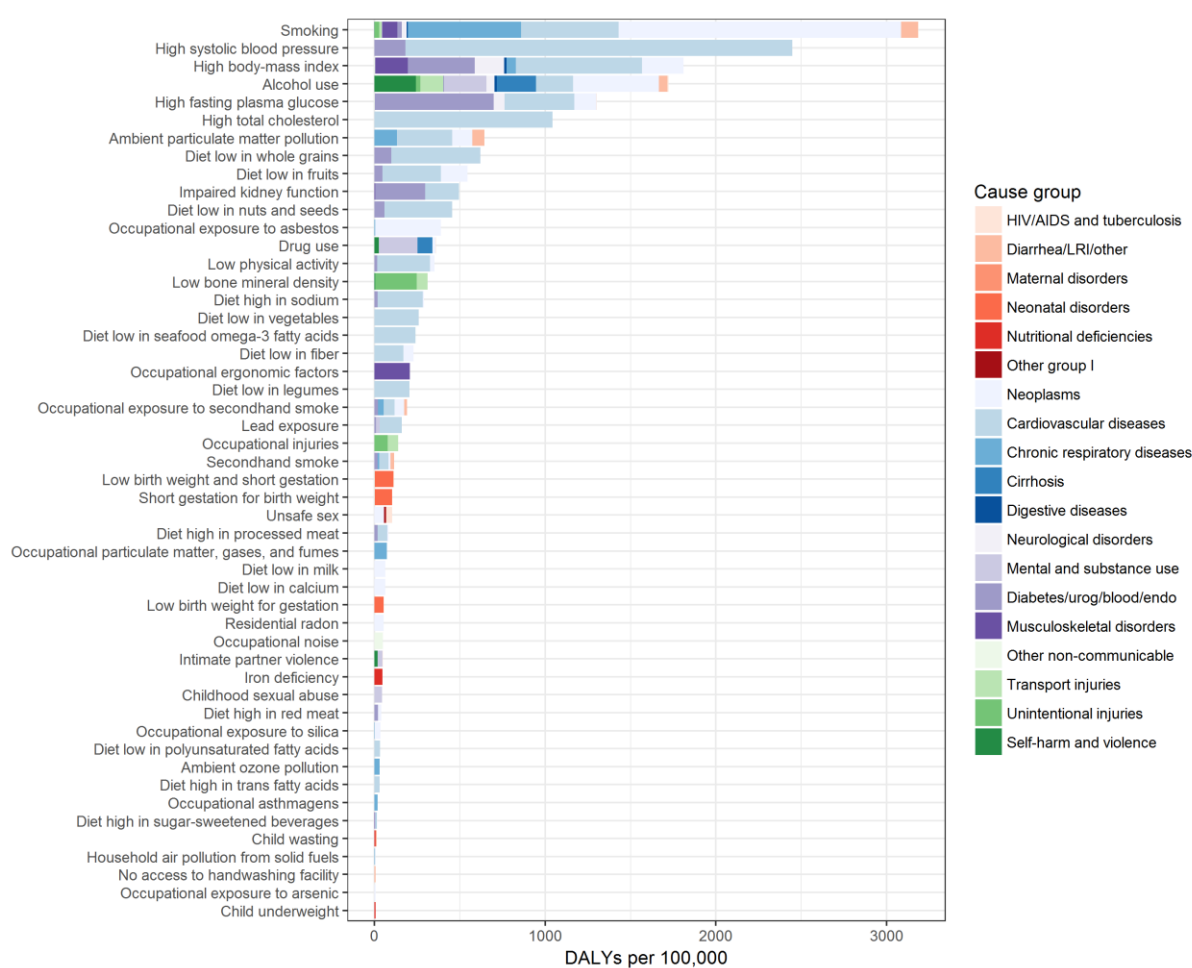
- L'alcool est la 4^{ème} cause de mortalité et de morbidité chez les personnes âgées de 15 ans et plus en Belgique ;
- l'alcool joue un rôle dans l'apparition ou l'évolution de maladies cardiovasculaires, de maladies vasculaires cérébrales, de différentes formes de cancer, de troubles de la mémoire, d'affections du pancréas et du foie ;
- l'hyperlcoolisation (*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.).

3.1 Introduction

La littérature scientifique contient de nombreuses informations sur les divers liens entre la consommation d'alcool et la santé. Bien qu'il existe un consensus en ce qui concerne l'influence négative d'une consommation excessive d'alcool sur divers problèmes de santé, l'utilité ou la nocivité d'une consommation modérée fait encore l'objet d'un grand désaccord parmi les scientifiques. Cette absence d'unanimité est probablement due en grande partie à des problèmes méthodologiques qui se posent lors de l'étude du sujet. Les populations étudiées sont souvent très différentes ; la mesure de la consommation d'alcool diffère souvent d'une étude à l'autre et n'est pas toujours aussi précise et valide. Les liens avec la maladie ne peuvent être déduits correctement que d'études de cohortes prospectives. Les études interventionnelles randomisées contrôlées (RCT) ayant pour critères d'évaluation la maladie et le décès sont particulièrement rares. Globalement, l'impact de la consommation d'alcool sur la santé publique est considéré comme fortement défavorable, ce qui explique pourquoi l'Organisation mondiale de la Santé s'y intéresse amplement depuis longtemps déjà (OMS, 2014). Des estimations récentes réalisées dans le cadre de la *Global Burden of Disease Study* (GBD, 2016) classent la consommation d'alcool parmi les causes principales de décès et de charge de morbidité.

La figure 1 montre la part relative des différents facteurs de risque liés aux habitudes de vie, au métabolisme et à l'environnement sur la charge de morbidité, exprimée en années de vie corrigées de l'incapacité (*Disability-adjusted life years* - DALY), en Belgique. Les DALY sont la somme des années de vie perdues du fait d'une mortalité prématurée (avant 75 ans) et de celles qui le sont du fait des années vécues sans être en pleine santé. La consommation d'alcool est la quatrième cause, par ordre d'importance, des DALY.

Figure 1. Part des facteurs de risque dans la charge de morbidité (DALY) en Belgique, 2016.



3.2 Risques pour la santé

3.2.1 Santé somatique

En 2012, Roerecke et Rehm ont publié un aperçu des résultats d'études épidémiologiques relatives à l'impact de la consommation d'alcool sur les maladies cardiovasculaires, les maladies vasculaires cérébrales, le diabète, le cancer et les maladies infectieuses (Roerecke & Rehm, 2012).

Une méta-analyse de 44 études a permis de constater qu'une consommation modérée d'alcool (≤ 2 verres/jour pour les hommes ; ≤ 1 verre/jour pour les femmes) s'accompagnait d'une diminution du risque de maladie cardiovasculaire par rapport aux personnes qui ne consomment pas d'alcool durant toute leur vie. Le risque relatif (RR) de décès dû à une maladie cardiovasculaire variait de 0,86 à 0,89 chez les hommes et de 0,84 à 1,03 chez les femmes ; le risque relatif de morbidité cardiovasculaire variait de 0,75 à 0,77 chez les hommes et de 0,54 à 0,61 chez les femmes (Roerecke & Rehm, 2012). Dans un article plus récent, ces auteurs montrent qu'il n'existe pas de niveau de consommation sûr et que la consommation d'alcool ne devrait pas être encouragée (Rehm & Roerecke, 2017).

Une méta-analyse de 26 études a permis de constater qu'une consommation d'alcool ≤ 1 verre/jour s'accompagnait d'une diminution du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique (RR de 0,86 pour les cas fatals et de 0,85 pour les cas non fatals chez les hommes ; RR de 0,66 pour les cas fatals et de 0,82 pour les cas non fatals chez les femmes) ;

aucun effet n'a été observé en cas de consommation d'alcool ≥ 3 verres/jour (Patra et al., 2010).

En revanche, il a été conclu, sur la base de la littérature, qu'il existe des preuves convaincantes et cohérentes permettant d'admettre un effet nocif de la consommation d'alcool sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, même à partir d'une consommation d'alcool modérée (1 ou 2 unités/jour).

Des études observationnelles et interventionnelles montrent un lien favorable entre une consommation modérée d'alcool (< 2 verres/jour) et le diabète de type 2. La diminution du risque était d'environ 40 % (IC 95 % : 31-48) chez les femmes et de 13 % (IC 95 % : 0-24) chez les hommes. La consommation de ≥ 4 verres d'alcool/jour était associée au même risque que chez les personnes qui n'avaient pas consommé d'alcool durant toute leur vie (Baliunas et al., 2009).

Des méta-analyses qui tiennent compte du type d'études et d'autres caractéristiques de l'étude révèlent que la consommation faible d'alcool ne possède pas d'avantage en termes de mortalité nette, par rapport à l'abstinence à vie ou à une consommation occasionnelle d'alcool (Stockwell et al., 2016). Dans leur méta-analyse récente, Zhao et al. (2017) ont conclu que l'hypothèse selon laquelle la consommation d'alcool possède un effet protecteur sur les maladies coronariennes ne peut pas être confirmée, étant donné que les études sont associées à de nombreux biais méthodologiques (« *abstainer bias* », « *healthy survivor bias* », etc.).

Des liens ont depuis longtemps été mis en évidence entre la consommation d'alcool et certains types de cancer. En 2010, le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) a donné un bon aperçu de cette étude, avec une attention particulière pour le cancer colorectal, le cancer de l'œsophage, le cancer du larynx et le cancer de l'oropharynx ; un lien avec le cancer du sein a également été mis en évidence (CIRC, 2010). Ces conclusions ont été confirmées en 2015 dans le Code européen contre le cancer (Scoccianti et al., 2015).

Le tableau 5 présente les résultats d'une méta-analyse, ainsi que le RR de certaines formes de cancer dans trois catégories de consommation d'alcool par rapport aux non-consommateurs (Bagnardi et al., 2015).

La consommation faible d'alcool est définie comme $\leq 12,5$ g d'alcool/jour, la consommation modérée comme $> 12,5 \leq 50$ g d'alcool/jour et la consommation élevée comme > 50 g d'alcool/jour.

Table 5 : risque relatif (intervalle de confiance à 95 %) du développement de certains cancers en fonction de la consommation d'alcool

Type de cancer	Non-consommateur	Consommation faible	Consommation modérée	Consommation élevée
Oropharynx	1,0	1,13 (1,0 - 1,26)	1,83 (1,62 - 2,07)	5,13 (4,31 - 6,10)
Œsophage	1,0	1,26 (1,06 - 1,50)	2,23 (1,87 - 2,65)	4,95 (3,86 - 6,34)
Larynx	1,0	0,87 (0,68 - 1,11)	1,44 (1,25 - 1,66)	2,65 (2,19 - 3,19)
Foie	1,0	1,00 (0,85 - 1,18)	1,08 (0,97 - 1,20)	2,07 (1,66 - 2,58)
Sein	1,0	1,04 (1,01 - 1,07)	1,23 (1,19 - 1,28)	1,61 (1,33 - 1,94)
Côlon-rectum	1,0	0,99 (0,95 - 1,04)	1,17 (1,11 - 1,24)	1,44 (1,25 - 1,65)

Les associations entre la consommation d'alcool et ces formes de cancer sont généralement continues et pratiquement linéaires (Rehm et al., 2010 ; Baan et al., 2007) ; en d'autres termes, plus la consommation d'alcool est élevée, plus le risque est élevé ; il apparaît ne pas exister de seuil sous lequel il n'y aurait aucun risque ; même la consommation d'une seule boisson alcoolisée par jour s'accompagne d'une augmentation du risque (Hamajima et al., 2002). Ces conclusions sont confirmées dans un rapport récent de l'*American Society of Clinical Oncology* (Loconte et al., 2017).

En 2007, le Fonds mondial de recherche contre le cancer et l'*American Institute for Cancer Research* (AICR) ont formulé les recommandations suivantes (van't Veer & Kampman, 2007) :

- « En cas de consommation d'alcool, se limiter à une boisson par jour pour les femmes et à deux pour les hommes » ;
- « Pour réduire le risque de cancer, il est préférable de ne pas boire du tout d'alcool ».

Le lien de causalité entre la consommation d'alcool et les maladies infectieuses est incertain. Une étude récente a apporté plus de clarté sur ce point et il est désormais généralement admis que la consommation d'alcool possède un lien avec la tuberculose, le HIV/SIDA, d'autres IST et la pneumonie (Rehm et al., 2009 ; Shuper et al., 2010). Ces liens sont clairs en cas de consommation d'alcool élevée ; toutefois, l'existence d'un seuil sous lequel il n'existerait aucun risque est encore incertaine (Romeo et al., 2010).

La consommation d'alcool possède également un lien avec d'autres problèmes de santé tels que la gastrite, les maladies hépatiques et la pancréatite, entre autres ; ce lien est d'autant plus marqué que la consommation d'alcool est élevée (Irving et al., 2009 ; Rehm et al., 2010).

L'alcool agit directement sur le cerveau et le système nerveux. Les utilisateurs problématiques ont souvent des troubles neurocognitifs, dont des troubles dysexécutifs et/ou des troubles de la concentration et de la mémoire. C'est surtout la mémoire à court terme qui est affectée. A long terme l'impact de l'alcool sur le système nerveux se retrouve dans diverses maladies telles que la polyneuropathie (troubles nerveux périphériques) et le syndrome de Wernicke-Korsakoff. Le delirium tremens est une complication du sevrage (Suzanne et Kril, 2014).

Une étude prospective franco-canadienne (Schwarzinger et al., 2018) montre aussi que les troubles liés à l'alcool sont un facteur de risque majeur pour tous les types de démence, et particulièrement la démence précoce.

Des publications récentes ont par ailleurs montré que les modalités de comportement à risque chez les jeunes, comme le *binge drinking* (qui vise une ébriété rapide), entraînent des conséquences cérébrales durables (Campanella et al., 2013 ; Petit et al., 2013 ; Maurage et al., 2014). Pour définir le *binge drinking*, Naassila (2018) propose d'utiliser la définition de l'Institut américain sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA), c'est-à-dire la consommation d'au moins 7 verres chez les hommes et 6 verres chez les femmes en moins de deux heures et avec une alcoolémie atteinte d'au moins 0,8g/l. Cette conversion n'a cependant pas pris en compte le taux d'alcoolémie de 0,8 ‰. Si on tient compte de ce taux, on parlera plutôt de 4 verres pour les femmes et de 6 verres pour les hommes.

Un rapport (Xi et al., 2017) sur la relation entre la consommation d'alcool et la mortalité totale, la mortalité cardiovasculaire et la mortalité due au cancer parmi la population adulte aux États-Unis est paru en 2017. Les données reposent sur des observations prospectives au sein des groupes étudiés qui ont pris part aux enquêtes NHANES de 1997 à 2009 (n = 333.247) et sur plus de 2,7 millions de personnes-années de suivi.

La référence est le groupe de personnes qui n'a pratiquement jamais consommé d'alcool (< 12 consommations sur toute leur vie). Par rapport à ce groupe, les personnes qui consomment peu d'alcool (< 3 verres/semaine) présentaient une mortalité totale plus faible (Hazard Ratio (HR) : 0,79 ; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,76-0,82), une mortalité cardiovasculaire plus faible (HR 0,74 ; IC 95 % : 0,69-0,80) et une mortalité due au cancer plus faible (HR : 0,86 ; IC 95 % : 0,80-0,93), indépendamment de l'âge, du sexe, de la race,

de la scolarisation, de l'état civil, de l'indice de masse corporel, de l'activité physique, du tabagisme, de la prévalence de l'hypertension, des maladies cardiovasculaires, des AVC, du cancer et du diabète.

Une consommation modérée d'alcool (> 3 ≤ 14 verres/semaine pour les hommes et > 3 ≤ 7 verres/semaine pour les femmes) s'accompagnait également d'une mortalité totale plus faible (HR 0,78 ; IC 95 % : 0,74-0,82), d'une mortalité cardiovasculaire plus faible (HR 0,71 ; IC 95 % : 0,64-0,78) et d'une mortalité due au cancer plus faible (HR : 0,87 ; IC 95 % : 0,80-0,96), indépendamment des variables précitées.

En revanche, une mortalité totale plus élevée (HR : 1,11 ; IC 95 % : 1,04-1,19) et une mortalité due au cancer plus élevée (HR 1,27 ; IC 95 % : 1,13-1,42) ont été observées chez les adultes ayant une consommation d'alcool élevée (> 14 verres/semaine pour les hommes ; > 7 verres/semaine pour les femmes), indépendamment des variables précitées. Le « *binge drinking* » s'accompagnait également d'une mortalité totale et d'une mortalité due au cancer accrues.

Récemment (Wood et al., 2018), une étude prospective à grande échelle (600.000 patients ; 19 pays ; 83 centres) sur l'usage de l'alcool, la mortalité totale et les maladies cardiovasculaires a permis de conclure que les normes sur la consommation d'alcool à faible risque doivent être inférieures à ce qui est actuellement proposé dans de nombreuses recommandations. Dans cette étude, le risque le plus faible de mortalité totale chez les consommateurs d'alcool était < 100 g d'alcool par semaine. Le seul bénéfice cardiovasculaire de la consommation d'alcool mis en évidence dans cette étude est la prévention de l'infarctus du myocarde ; hormis ce bénéfice la morbidité augmente avec la consommation.

3.2.2 *Santé mentale*

Une consommation problématique d'alcool est dénommée dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) comme un « trouble de l'usage de l'alcool ». Les conséquences de ce trouble de l'usage de l'alcool en matière de santé mentale sont liées à une maladie cérébrale chronique caractérisée par une consommation compulsive d'alcool, une perte de contrôle de la consommation d'alcool et un état émotionnel négatif en l'absence d'utilisation. Pour être diagnostiqué comme tel, les individus doivent répondre à certains critères décrits dans le DSM. En vertu du DSM-5, la version actuelle du DSM, toute personne répondant à deux des 11 critères au cours de la même période des 12 derniers mois reçoit un diagnostic de trouble de l'usage d'alcool. La sévérité (légère, modérée ou sévère) est basée sur le nombre de critères rencontrés (respectivement 2-3, 4-5, > 6) (NIAAA, 2017).

L'ICD-10 parle de dépendance à l'alcool quand trois critères ou plus ont été présents en même temps durant l'année écoulée.

3.2.3 *Sécurité et aspects socio-économiques*

La consommation d'alcool est aussi la cause de nombreux accidents sur la route, à domicile et au travail, ainsi que de divers problèmes familiaux et sociaux (Rehm et al., 2009).

La consommation problématique d'alcool peut en effet occasionner des dégâts à l'environnement social du consommateur tels que les membres de la famille, les amis, les collègues ou les inconnus (WHO, 2014). Citons par exemple les blessures intentionnelles (maltraitance ou meurtre) et non-intentionnelles (accident de travail, de la circulation, etc.), la négligence ou les abus, le non-respect de ses obligations sociales (en tant que parent, travailleur, etc.), la dégradation des biens, les effets toxiques infligés à autrui, l'impact sur la qualité de vie ou sur la sérénité de son environnement (p.ex. ne pas pouvoir trouver le sommeil ou être constamment inquiet par les actions du buveur, etc.), les dégâts à la famille (séparation, difficultés conjugales, problèmes financiers, pauvreté, etc.).

Il y a, dans la famille, cinq grands piliers sur lesquels la consommation d'alcool peut avoir un impact, à savoir: le mariage et la relation conjugale ; la vie de famille et le fonctionnement familial ; les troubles psychiques associés et autres troubles induits chez les proches parents ; l'éducation ; la santé physique, cognitive et mentale des enfants (Hutchinson et al., 2014).

La santé, la sécurité et la productivité du travailleur et de son environnement peuvent également être impactés par la consommation d'alcool, tant à l'extérieur que sur le lieu-même du travail. Les consommateurs problématiques sont plus souvent malades et absents, sont plus impliqués dans des accidents du travail et présentent moins (Anderson et al., 2012). L'absentéisme pour maladie et/ou l'absence sur le lieu de travail chez les personnes présentant un problème de consommation d'alcool sont deux à six fois supérieurs à la moyenne (Devaux, 2015).

Conduire en voiture sous l'influence de l'alcool est l'une des principales causes d'accident de la circulation en Europe (Van Thienen, 2013). Dès un taux d'alcoolémie de 0,5 ‰ à 0,8 ‰, les performances de conduite sont détériorées (Meessmann & Boets, 2014). Conduire sous influence de l'alcool mène à un risque accru d'accident. Le risque augmente de façon exponentielle avec des taux d'alcoolémies supérieurs. Chez une personne présentant un taux d'alcoolémie de 0,5 ‰, le risque d'accident est environ 40 % supérieur à celui d'un conducteur sobre. Pour 1,0 ‰, le risque est quasiment quatre fois supérieur et pour un taux d'alcoolémie de 1,5 ‰, le risque d'accident est même jusqu'à plus de 20 fois supérieur à celui d'un conducteur sobre (SWOV, 2011). La gravité des accidents de la circulation augmente en fonction de la quantité d'alcool ingérée par le conducteur. Le risque d'accident mortel augmente de 2,5 fois pour un taux de 0,5 ‰, de 4,5 fois pour un taux de 0,8 ‰ et de 16 fois pour un taux de 1,5 ‰ (Van Thienen, 2013).

L'alcool joue un rôle important en cas d'agression et d'autres formes de criminalité, plus particulièrement lors d'infractions violentes. La consommation d'alcool augmente la fréquence et l'ampleur du comportement agressif, et l'effet augmente avec la dose ingérée (Lammers et al., 2014). Une enquête montre que dans environ la moitié de tous les faits criminels, l'auteur est sous l'influence de l'alcool (Beck & Heinz, 2013). De tous les patients arrivant dans les services d'urgences des hôpitaux avec des blessures consécutives à des actes de violence, cela est corrélé - dans 63 % des cas - avec une consommation d'alcool chez la victime, l'auteur des faits ou les deux (Cherpitel et al., 2012). Dans environ la moitié des faits de violence sexuelle qui ont été ou non rapportés, la consommation d'alcool a joué un rôle chez l'auteur des faits, chez la victime ou chez les deux (Abbey, 2011; Kraanen & Emmelkamp, 2011).

Le rapport sur le coût social des drogues (Lievens et al., 2016) indique qu'en 2012, les coûts directs (soins de santé par exemple) et indirects (perte de productivité par exemple) de l'alcool étaient estimés à 2,1 milliards. Outre les coûts directs et indirects, 175.329 années en bonne santé sont aussi perdues en raison de l'abus d'alcool (ce qui équivaldrait à un coût de plus de 6 milliards €).

Les recettes apportées à l'Etat (via la TVA et les accises), qui sont de l'ordre de 1,8 milliard, ne peuvent donc pas être comparées aux coûts, car cette comparaison ne prend pas en compte la valeur de la (qualité de) vie perdue.

4 Directives sur la consommation

Table 6 : Synthèse des directives internationales

En résumé :	
CIRC / AICR	Pas d'alcool Si consommation : H : 2 / jour F : 1 / jour
CSS 9285, 2016	Si consommation : H : 2 / jour F : 1 / jour
Gezondheidsraad Pays Bas, 2015	Pas d'alcool Si consommation : 1 / jour
VAD	10 / semaine Sur plusieurs jours Plusieurs jours sans alcool
Royaume-Unis	11 / semaine Minimum sur 3 jours Plusieurs jours sans alcool
France, 2017	10 / semaine Maximum 2 / jours Plusieurs jours sans alcool
Recommandations communes :	
<ul style="list-style-type: none"> - Femmes enceintes ou allaitantes, jeunes < 18 ans ; circonstances particulières (conduite, efforts physiques, etc.) : pas d'alcool. - Groupes cibles spécifiques (jeunes < 25 ans, personnes âgées, problèmes de santé, etc.) : demander avis à un professionnel de la santé. - Recommandations comportementales (boire lentement, boire de l'eau, etc.). - Importance d'accompagner ces repères de consommation d'autres mesures pour limiter l'offre (publicité, prix, disponibilité, étiquetage, etc.). - Pour mettre en place ces mesures de manière cohérente, nécessité d'élaborer un plan d'action global. 	

F : Femmes ; H : Hommes

4.1 Introduction

Pour déterminer la quantité d'alcool qu'il est possible de boire en limitant les risques pour la santé, les professionnels de la santé utilisent actuellement souvent les repères de 14 unités d'alcool par semaine pour les femmes, et 21 pour les hommes. Plusieurs pays européens ont cependant récemment revu les critères de consommation à bas risque, notamment parce que le risque de cancer avait été jusqu'ici sous-estimé.

La "Joint action Rarha" (2016) a élaboré des principes de bonnes pratiques pour élaborer des directives sur la consommation à bas risque. Ils ont d'abord identifié pourquoi les recommandations en termes de consommation d'alcool étaient différentes au sein des pays européens pour chercher ensuite comment on pourrait atteindre un consensus concernant la consommation à bas risque.

Pour cela, ils ont calculé la mortalité attribuable à l'alcool dans plusieurs pays, selon la méthodologie utilisée en Australie (Joint action RARHA, 2015).

Ils sont arrivés à la conclusion que la mortalité attribuable à l'alcool était de 1 % dans tous les pays lorsqu'on consomme en moyenne durant sa vie 10 grammes d'alcool par jour, malgré les différences de quantités et de modalités de consommation d'alcool selon les pays. Ils considèrent donc que la mortalité attribuable à l'alcool peut être utilisée pour évaluer le risque lié à l'alcool, considérant par ailleurs l'apparition de ce risque comme un seuil à ne pas dépasser pour rester dans les limites d'une consommation à bas risque.

Le groupe cible des jeunes a par ailleurs été pris en compte séparément, et la bonne pratique considère que pour ce groupe les directives doivent se concentrer plus sur les conséquences à court terme (même si les risques à long terme doivent aussi être soulignés) et il faut se concentrer sur les risques des épisodes de forte consommation.

Les résultats de plusieurs directives publiées ces dernières années, et utiles pour élaborer l'avis du CSS, sont présentés ci-dessous.

4.2 Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France

En France, un groupe d'experts de Santé Publique France et de l'Institut National du Cancer a publié un avis en mai 2017 (Santé Publique France, 2017). Cet avis détaillé est notamment étayé par deux études externalisées, dont l'une concerne l'analyse des risques de la relation entre la consommation d'alcool et la santé spécifiquement pour la France, et a été menée par le *Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)* (Toronto, Canada). Cette étude a utilisé comme méthodologie les recommandations faites dans le cadre de l'étude RARHA. Cette analyse des risques basée sur des données spécifiques pour la France estime le « *lifetime risk* » de mortalité attribuable à la consommation d'alcool. Les résultats montrent que le « *lifetime risk* » de mortalité attribuable à la consommation d'alcool augmente plus rapidement chez les femmes que chez les hommes et atteint déjà 1 % en cas de consommation d'alcool de 15 g/jour pour les femmes et de 25 g/jour pour les hommes. Une certaine « protection » a été observée en cas de consommation de 0 à < 5 g/jour. Ce type d'observations aurait été fait dans tous les pays où ce modèle d'évaluation des risques est utilisé, bien que l'effet protecteur à la valeur limite de < 5 g/jour varie fortement d'un pays à l'autre, probablement en fonction de la part de la mortalité cardiovasculaire dans la mortalité totale.

En outre, une étude qualitative portant sur la perception, par la population française, du risque de la consommation d'alcool et des recommandations à ce sujet a été externalisée.

Comme dans les autres pays, les experts préconisent de nouveaux repères à la baisse, en particulier en raison du risque de cancer qui avait été négligé dans les recommandations initiales. Selon ce rapport, toute consommation d'alcool est à risque pour la santé, et les risques liés à la consommation d'alcool au cours de la vie augmentent avec la quantité consommée :

- à long terme, la consommation d'alcool est une cause de morbidité et de mortalité pour certaines maladies chroniques comme la cirrhose du foie, certains cancers comme ceux des voies aérodigestives, du foie et du sein et certaines maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle et l'AVC ;
- à court terme, la consommation d'alcool est responsable de traumatismes intentionnels et non intentionnels, notamment des accidents pouvant causer des blessures (et la mort dans certains cas), la mauvaise évaluation des situations à risque et la perte du contrôle de soi.

C'est en particulier vrai en cas de consommation ponctuelle importante.

En ce qui concerne la consommation d'alcool et les habitudes en matière d'alcool, le groupe d'experts français parvient aux recommandations suivantes :

- En cas de consommation d'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de la vie :
 - o de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ;
 - o d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.
- Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour leur santé et celle de leur enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.
- Pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour la santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.
- Il est recommandé de ne pas consommer d'alcool en cas :
 - o de conduite automobile ;
 - o de manipulation d'outils ou de machines ;
 - o de pratique de certains sports ;
 - o de consommation de certains médicaments ;
 - o d'existence de certaines pathologies.

Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé de :

- réduire la quantité totale d'alcool bue ;
- boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- éviter les lieux et les activités à risque ;
- s'assurer que l'on a des personnes que l'on connaît près de soi et que l'on peut rentrer chez soi en toute sécurité.

4.3 Directive *Goede Voeding* 2015 du *Gezondheidsraad Nederland* (Gezondheidsraad, 2015)

Au cours des dernières années, le *Gezondheidsraad Nederland* a réalisé une étude systématique des relations entre l'alimentation et le risque de maladies classées parmi les dix principales maladies aux Pays-Bas en termes de mortalité, d'années de vie perdue et de morbidité (maladies coronariennes, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, diabète de type 2, bronchopneumopathie chronique obstructive, cancer du sein, cancer du côlon, cancer du poumon, démence et déclin cognitif, dépression). Seuls des études de cohorte, des essais randomisés contrôlés et des méta-analyses ont été inclus dans l'étude. L'étude s'est également intéressée aux boissons alcoolisées.

Le *Gezondheidsraad Nederland* a conclu qu'il peut être montré de manière convaincante qu'une consommation élevée d'alcool (> 30 g/jour) augmente le risque d'AVC et que le « *binge drinking* » (≥ 60 g/occasion) augmente le risque de maladie coronarienne. En outre, une consommation élevée d'alcool est associée à un risque accru de cancer du sein et de cancer du côlon.

Il peut être admis qu'une consommation modérée d'alcool (> 0 à < 15 g/jour) est associée à un risque plus faible de maladies cardiovasculaires, de diabète et de démence, mais aussi que le risque de cancer du sein augmente déjà en cas de consommation modérée d'alcool.

Le *Gezondheidsraad Nederland* signale, en outre, que la littérature internationale révèle qu'en plus des maladies chroniques décrites, la consommation d'alcool entraîne un risque accru d'accidents, de dépendance, de problèmes psychosociaux, de cirrhose hépatique et de tumeurs du cou et de la tête.

La directive de synthèse du *Gezondheidsraad Nederland* concernant la consommation d'alcool est :

« Ne buvez pas d'alcool ou, en tout cas, pas plus d'un verre par jour ».

4.4 Consommation d'alcool au Royaume-Uni

Le *UK Chief Medical Officers* a élaboré des directives de consommation à bas risque, sur base du rapport d'un « *Guidelines development group* » (qui a utilisé les travaux de Stockwell (Stockwell et al., 2016) et ceux de l'Université de Sheffield (« *Sheffield Alcohol Policy Model* », eux-mêmes basés sur les travaux sur l'évaluation du risque de l'Australie et du Canada). Selon cette directive, de nouvelles preuves permettent d'affirmer que :

- le bénéfice de petites quantités d'alcool est moindre que ce que l'on pensait auparavant ;
- la consommation d'alcool augmente le risque de plusieurs cancers ;
- si on consomme jusque ou au-dessus de la limite, l'effet protecteur est annulé et le risque de mourir d'une affection liée à l'alcool est au moins de 1 %. Ce niveau de risque serait équivalent à d'autres activités qui sont comprises comme n'étant pas complètement sûres mais quand même entreprises ;
- il faut non seulement une directive de consommation hebdomadaire, mais aussi une recommandation sur la nécessité d'éviter une consommation excessive.

La directive du « *Chief Medical Officers* » recommande donc, pour les adultes qui consomment régulièrement de l'alcool (c'est-à-dire de manière hebdomadaire) de :

- ne pas boire plus de 11 unités par semaine⁵ ;
- si on consomme néanmoins 11 unités par semaine, répartir cette consommation sur au moins 3 jours ;
- si on veut réduire la quantité consommée, il peut être utile d'avoir plusieurs jours sans alcool chaque semaine.

Elle recommande aussi, pour les hommes et les femmes qui veulent minimiser le risque lors d'épisodes de consommation uniques de :

- limiter la quantité totale d'alcool bue à une occasion ;
- boire plus lentement, boire en mangeant, alterner avec de l'eau ;
- planifier pour éviter les problèmes (s'assurer de pouvoir rentrer chez soi de manière sûre, ou d'être accompagné de personnes de confiance).

Cependant, les experts ne déterminent pas un nombre spécifique d'unités pour une occasion car les différences au niveau des risques à court terme peuvent être importantes d'un individu à l'autre et peuvent aussi fortement différer en fonction de plusieurs facteurs.

Certains groupes de personnes sont par ailleurs plus susceptibles d'être affectés par l'alcool et devraient être prudents quant à leur niveau de consommation, comme ceux qui sont à risque de chuter, qui prennent des médicaments qui peuvent interagir avec l'alcool, ou qui ont des problèmes de santé physique ou mentale que l'alcool pourrait exacerber.

Il est aussi recommandé aux femmes enceintes ou qui allaitent de ne pas boire d'alcool.

4.5 Belgique

4.5.1 Avis du CSS:

Les jeunes et l'alcool (CSS 8109, 2006)

L'avis du CSS 8109, dont le but était de fournir des recommandations concernant l'usage de l'alcool chez les jeunes, affirmait en 2006 « qu'il n'y a pas de preuve scientifique pour une quantité maximale en dessous de laquelle la consommation d'alcool est sans danger ». C'est encore moins le cas pour les jeunes et les enfants, qui constituent un groupe très vulnérable.

⁵ La recommandation est en fait de 14 unités standards selon les normes en vigueur au RU (1 unité standard = 8 g ou 10 ml d'alcool pur), ce qui équivaut à 11 unités selon les normes en vigueur dans cet avis (1 unité = 10 gr / 12,7 ml)

Alcool et grossesse (CSS 8462, 2009)

L'avis du CSS sur les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement indiquait qu'il « est impossible, sur base des données actuelles, de garantir une limite en dessous de laquelle une consommation d'alcool par la mère durant la grossesse serait sans danger pour l'enfant à naître ». La recommandation était donc :

- Aux femmes en âge de procréer, avant une grossesse :
 - si vous souhaitez une grossesse, arrêtez totalement la consommation d'alcool ;
 - sachant qu'un nombre considérable de grossesses ne sont pas planifiées, les professionnels de la santé devraient informer les femmes en âge de procréer des risques encourus et les aider à tout faire pour réduire au maximum une exposition prénatale à l'alcool.
- Aux femmes enceintes :
 - ne buvez pas d'alcool durant votre grossesse, à quelque moment que ce soit ;
 - si vous avez déjà consommé de l'alcool alors que vous êtes enceinte, arrêtez pour diminuer les risques futurs ;
 - chaque grossesse est différente et ce n'est pas parce que vous avez eu un enfant en bonne santé alors que vous aviez consommé de l'alcool que celui que vous portez ne risque rien.
- Aux femmes allaitantes :
 - évitez autant que possible la consommation d'alcool ;
 - si vous choisissez néanmoins de consommer de l'alcool, adaptez vos horaires de tétées : retardez la tétée (période d'attente variable selon la quantité d'alcool consommé et du poids de la mère ; p.ex. pour 1 verre consommé en 30 min au moins par une femme de 70 kg, il est conseillé d'attendre au moins 2 h avant d'allaiter) ou alors exprimez le lait avant la consommation d'alcool.

Recommandations nutritionnelles pour la Belgique (CSS 9285, 2016)

Dans les Recommandations nutritionnelles pour la Belgique (CSS 9285, 2016), le lien entre la consommation d'alcool et la santé est abordé de manière sommaire. Les adultes désirant consommer de l'alcool devraient limiter leur consommation à < 4 % de leurs besoins énergétiques. Pour une personne dont les besoins énergétiques se situent entre 2000 et 2500 kcal/j, cela signifie pas plus de 80 - 100 kcal provenant de l'alcool. Compte tenu de l'apport énergétique de l'alcool, cela correspond à environ < 10 à 15 g d'alcool. Une bouteille de bière (250 ml), un verre de vin (120 ml) ou un verre de spiritueux (40 ml) correspond à environ 12 g d'alcool. Par conséquent, les quantités d'alcool consommées devraient se limiter à < 10 g/j (une consommation) pour les femmes et < 20 g/j (deux consommations) pour les hommes (CSS, 2016).

4.5.2 *Directive du Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)*

En 2016, le *Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs* a publié une nouvelle directive, reposant sur des bases scientifiques, relative à la consommation d'alcool (VAD, 2016). Cette directive est basée sur un rapport détaillé concernant l'impact de l'alcool, les schémas de consommation et les risques pour la population et pour des groupes à risque spécifiques. Ce rapport repose quant à lui sur des données issues de la littérature internationale (De Doncker et al., 2015).

La directive s'adresse aux femmes et aux hommes de plus de 18 ans. Il est recommandé aux jeunes de moins de 18 ans de ne pas boire d'alcool. Les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent ne devraient pas boire d'alcool. Il est recommandé ce qui suit à la population adulte :

« Pour limiter les risques de la consommation d'alcool, il est préférable de ne pas boire plus de 10 verres standard par semaine.

Si vous ne souhaitez courir aucun risque, il est préférable de ne pas boire d'alcool. Si vous consommez de l'alcool, répartissez votre consommation sur plusieurs jours de la semaine et ne buvez pas certains jours. »

La directive mentionne que « certains groupes de la population sont davantage exposés au risque d'effets négatifs de la consommation d'alcool. Ils doivent dès lors faire preuve de prudence dans leur consommation et, de préférence, demander un accompagnement : personnes âgées, jeunes adultes de 18 à 24 ans, personnes qui prennent des médicaments, personnes qui consomment d'autres drogues, personnes atteintes de problèmes de santé, personnes atteintes de problèmes psychiques, personnes de faible poids corporel, personnes ayant des antécédents familiaux de problèmes d'alcool. »

La directive recommande de « ne pas boire d'alcool si vous conduisez un véhicule ; avant, pendant et immédiatement après des efforts physiques ou la pratique d'un sport ; si vous utilisez des machines, des appareils électriques, des échelles, etc. ; avant et pendant le travail ; lorsque vous êtes responsable de la sécurité d'autrui ; durant des activités exigeant votre vigilance et certaines aptitudes. »

4.6 Recommandations générales

Ces directives et rapports sur la consommation d'alcool font aussi des recommandations concernant les stratégies à mettre en place pour accompagner ces repères de consommation, de manière à ce qu'ils aient un impact sur la santé de la population.

En 2015, l'OCDE recommandait aux gouvernements désireux de lutter contre la consommation nocive d'alcool de recourir à diverses mesures qui ont montré leur efficacité, et qui peuvent prendre la forme de conseils aux gros buveurs, d'une augmentation des taxes, d'un relèvement des prix, d'un durcissement de la réglementation sur la vente de boissons alcoolisées ou d'un renforcement des contrôles visant l'alcool au volant (OCDE, 2015).

Au niveau européen, les rapports de la *Joint action Rarha* indiquent que les directives concernant la consommation ne suffisent pas pour modifier le comportement, et doivent être accompagnées d'autres mesures concernant la disponibilité, le prix, la publicité. Selon ce rapport, il faut aussi fournir une information aux consommateurs sur les contenants d'alcool, du même type que sur les contenants alimentaires. Des avertissements sanitaires devraient également y figurer, de même que les façons de réduire les risques liés à la consommation d'alcool. Pour les jeunes, il faut aussi une action intégrée, qui renforce et améliore la connaissance des limites d'âge pour la consommation.

En France, le rapport de Santé Publique France indique aussi que les repères de consommation ne sont « qu'un élément d'un discours public unifié qui se veut prévenir les risques liés à la consommation d'alcool tout en ne niant pas les intérêts économiques associés. Pour être cohérent, ce discours doit également être lié à des actions sur la fiscalité, sur la disponibilité des produits et leur promotion, ainsi que des actions d'éducation, de communication et de marketing social ».

En Belgique, plusieurs rapports (le rapport de la Politique Scientifique sur le coût social des drogues (Lievens et al., 2016), l'enquête de santé de l'ISP (Gisle & Demarest, 2014), le rapport du KCE (Mistiaen et al., 2015), le rapport de la FEDITO Bruxelloise (2016), le rapport de la VAD (2016), le rapport du groupe « Jeunes, alcool & société ») recommandent tous depuis plusieurs années de mettre en place un plan d'action alcool global qui permette de mettre en œuvre des actions cohérentes à différents niveaux.

En 2006 déjà, le CSS recommandait aussi de mettre en place un plan national d'action alcool et de « déployer une approche multisectorielle ; ce qui signifie une combinaison de mesures politiques et d'interventions interpersonnelles ». L'avis 8109 partait du principe énoncé par l'OMS (2001), selon lequel « les politiques sanitaires relatives à l'alcool doivent être guidées par les intérêts de la santé publique, sans interférence d'intérêts commerciaux » (OMS, 2001), et énonçait déjà toute une série de recommandations concernant le prix, la disponibilité, la publicité, l'étiquetage, la prévention, l'alcool au volant, l'intervention et la recherche. Force est de constater que, plus de 10 ans plus tard, peu de ces recommandations ont été suivies, et elles sont donc toujours d'actualité.

La Politique Scientifique a par ailleurs récemment publié un rapport sur la loi de 2009 concernant la vente et le service d'alcool aux jeunes (Van Havere et al., 2017), qui indique aussi que « la nécessité de développer des politiques globales en matière d'alcool dans les pays européens n'est plus à prouver. Sur le plan sanitaire, celles-ci devraient se concentrer principalement sur le prix de l'alcool et les restrictions en matière de disponibilité et de marketing ». Plutôt que de se focaliser sur le cadre légal, insuffisant face à la norme sociale de consommation, les auteurs de ce rapport insistent sur l'importance de l'éducation (notamment par les parents) et de la prévention. Ils mentionnent également les problèmes de la disponibilité de l'alcool et de l'absence de régulation de la publicité, qui permet de développer des stratégies adressées aux jeunes.

La publicité, qui est actuellement omniprésente, a notamment un impact considérable sur les consommateurs, plus particulièrement les jeunes. De très nombreux messages publicitaires confirment la consommation d'alcool comme norme sociale : convivialité, amusement, décompression, solidarité/amitié, etc. Même en présence d'activités saines, tels que le sport, il est impossible d'échapper à la publicité pour l'alcool.

Anderson et al. (2009), ont à ce sujet réalisé une revue de la littérature de 13 études longitudinales menées aux États-Unis, en Allemagne, en Nouvelle-Zélande et en Belgique, études portant au total sur plus de 38.000 jeunes. Cette synthèse évalue l'association entre l'exposition à la publicité sur l'alcool dans les médias (télévision, presse, affichages publicitaires, radio), la promotion d'alcool et les comportements déclarés d'alcoolisation chez les jeunes. Douze études sur les 13 examinées montrent d'une part un lien significatif entre l'exposition à la publicité et l'initiation de la consommation d'alcool chez les adolescents non buveurs, et d'autre part, une augmentation de la consommation chez les jeunes déjà buveurs. Plus l'exposition publicitaire est importante et plus la consommation est élevée chez les buveurs. Citons également l'étude de McClure et al. (2013) menée aux États-Unis auprès de 1.734 jeunes âgés de moins de 21 ans. Les résultats révèlent que le « *binge drinking* » est associé à des expositions régulières à des publicités pour l'alcool : présence dans les films, possession d'objets à l'effigie des marques d'alcool etc. Ainsi, outre l'influence des pairs, des parents et de l'environnement, les auteurs concluent que l'exposition aux activités marketing des alcooliers influence aussi les comportements d'alcoolisation excessive.

Par ailleurs, l'étiquetage des boissons alcoolisées ne répond pas encore aux mêmes exigences que tout produit alimentaire, mises en place pour informer suffisamment le consommateur sur ce qu'il consomme. Les informations nutritionnelles devraient être indiquées sur tous les contenants d'alcool, auxquelles peut être ajouté le nombre d'unités standards d'alcool contenu.

Enfin, des expériences menées en Irlande et en Ecosse montrent des effets positifs sur la consommation problématique d'un prix minimum fixé au détail pour l'alcool, qui serait plus efficace pour réduire la consommation problématique qu'une augmentation générale des taxes et accises, surtout chez les consommateurs avec le revenu le plus faible (impact si le prix minimum est de 0,5 € à 0,6 € par unité) (Holmes et al., 2014 ; Crawford et al., 2012 ;

Kmietowicz, 2010 ; Chalmers, 2014 ; Meier et al., 2016 ; Rice & Drummond, 2012 ; Wise, 2014). On ne connaît cependant pas l'impact de cette politique sur le marché noir ou le déplacement de la consommation vers d'autres psychotropes.

V REFERENCES

Abbey A. Alcohol's role in sexual violence perpetration: theoretical explanations, existing evidence and future directions. *Drug Alcohol Rev* 2011;30(5):481-9.

Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol* 2009;44(3):229-43.

Anderson P, Moller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe; 2017. Internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf

Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol* 2007;8(4):292-3.

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer* 2015;112(3):580-93.

Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2009;32(11):2123-32.

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

Campanella S, Peigneux P, Petit G, Lallemand F, Saeremans M, Noel X, et al. Increased cortical activity in binge drinkers during working memory task: a preliminary assessment through a functional magnetic resonance imaging study. *PLoS One* 2013;8(4):e62260.

Chalmers J. Alcohol minimum unit pricing and socioeconomic status. *Lancet* 2014;383(9929):1616-7.

Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Room R, Borges G. Attribution of alcohol to violence-related injury: self and other's drinking in the event. *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73(2):277-84.

Crawford MJ, Parry AM, Weston AR, Seretis D, Zauter-Tutt M, Hussain A, et al. Relationship between price paid for off-trade alcohol, alcohol consumption and income in England: a cross-sectional survey. *Alcohol Alcohol* 2012;47(6):738-42.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement. Bruxelles: CSS; 2009. Avis 8462.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Les jeunes et l'alcool. Bruxelles: CSS; 2006. Avis n° 8109.

CSS – Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations nutritionnelles pour la Belgique – 2016.Bruxelles: CSS; 2016. Avis 9285.

De Doncker J, De Donder E, Möbius D. Alcohol rapport. Wettelijk depot Nr: D/2015/6030/28; 2015. p118.

de la Monte SM, Kril JJ. Human alcohol-related neuropathology. *Acta Neuropathol* 2014;127(1):71-90.

De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Lebacq T, Moyersoen I, Ost C & Teppers E. De consumptie van voedingsmiddelen en de inname van voedingsstoffen. In: Bel S, Tafforeau J, editors. Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. Rapport 4. WIV-ISP, Brussel; 2016.

Devaux M. Social disparities in alcohol drinking. In: Sassi F, editor. Tackling Harmful Alcohol Use. *Economics And Public Health Policy* 2015; Parijs: p.61-80.

Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/24.

Gisle L. Alcoholgebruik. In: Gisle L, Demarest S, editors. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en Leefstijl. WIV-ISP, Brussel, 2014.

Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1260-344.

Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, Jr., et al. Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer* 2002;87(11):1234-45.

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.

Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A, et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet* 2014;383(9929):1655-64.

Hutchinson D, Mattick R, Braunstein D, Maloney E, Wilson J. The Impact of Alcohol Use Disorders on Family Life: A Review of the Empirical Literature 2014; NDARC Technical Report No. 325. Sidney: National Drug And Alcohol Research Centre. Internet:

<https://www.drugsandalcohol.ie/22394/1/The%20impact%20of%20alcohol%20use%20disorders%20on%20family%20life.pdf>

IAR - International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: alcohol consumption and ethyl carbamate. Lyon: IARC; 2010.

Internet: <https://biblio.ugent.be/publication/8551332/file/8551338.pdf>.

Irving HM, Samokhvalov AV, Rehm J. Alcohol as a risk factor for pancreatitis. A systematic review and meta-analysis. JOP 2009;10(4):387-92.

Kmietowicz Z. NICE recommends minimum price for alcohol to curb high risk drinking. BMJ 2010;340:c2927.

Kraanen FL, Emmelkamp PM. Substance misuse and substance use disorders in sex offenders: a review. Clin Psychol Rev 2011;31(3):478-89.

Lammers SM, Soe-Agnie SE, De Haan HA, Bakkum GAM, Pomp ER, Nijman HJM. Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. Tijdschrift voor psychiatrie 2014;56(1):32-9. Internet: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-1-artikel-lammers.pdf>

LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg AJ. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2018;36(1):83-93.

Maurage P. Effets cérébraux du binge drinking chez les jeunes : l'éclairage des neurosciences, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2014;62(3):177-85.

McClure AC, Stoolmiller M, Tanski SE, Engels RC, Sargent JD. Alcohol marketing receptivity, marketing-specific cognitions, and underage binge drinking. Alcohol Clin Exp Res 2013;37 Suppl 1:E404-13.

Meesmann U, Boets S. Rijden onder invloed van alcohol en drugs Resultaten van de driejaarlijkse attitudemeting over verkeersveiligheid van het BIVV 2014. Brussel, België: Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid – Kenniscentrum Verkeersveiligheid.

Internet:<http://www.vias.be/publications/Rijden%20onder%20invloed%20van%20alcohol%20en%20drugs/Rijden%20onder%20invloed%20van%20alcohol%20en%20drugs%20-%20Attitudemeting%20over%20verkeersveiligheid.pdf>

Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. Estimated Effects of Different Alcohol Taxation and Price Policies on Health Inequalities: A Mathematical Modelling Study. PLoS Med 2016;13(2):e1001963.

Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC et al. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: KCE - Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE Reports 258. D/2015/10.273/116; 2015.

Möbius D, De Donder E. VAD - Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. Factsheet alcohol. Brussel; 2017.

Mongan, D., & Long, J. (2015). Standard drink measures throughout Europe; peoples' understanding of standard drinks and their use in drinking guidelines, alcohol surveys and labelling.

Retrieved from

<http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Deliverables/Attachments/14/WP5%20Background%20paper%20Standard%20drink%20measures%20HRB.pdf>

Naassila, M. Le binge drinking. Toujours aussi problématique et pas de solutions en vue, un peu de courage ! *Alcoologie et addictologie*. 2018 ; 40 (1) : 3-5.

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use Disorder 2017; USA. Internet: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders>

OCDE. 2015. Lutter contre la consommation nocive d'alcool. Politiques économiques et de santé publique

Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010;10:258.

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

Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010;105(5):817-43.

Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373(9682):2223-33.

Rehm J, Roerecke M. Cardiovascular effects of alcohol consumption. *Trends Cardiovasc Med* 2017;27(8):534-8.

Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry C, Lonroth K, et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health* 2009;9:450.

Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 2010;29(4):437-45.

Rice P, Drummond C. The price of a drink: the potential of alcohol minimum unit pricing as a public health measure in the UK. *Br J Psychiatry* 2012;201(3):169-71.

Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010;171(6):633-44.

Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2012;107(7):1246-60.

Roerecke M, Rehm J. Alcohol intake revisited: risks and benefits. *Curr Atheroscler Rep* 2012; 14:556-562.

Romeo J, Warnberg J, Marcos A. Drinking pattern and socio-cultural aspects on immune response: an overview. *Proc Nutr Soc* 2010;69(3):341-6.

Samokhvalov AV, Popova S, Room R, Ramonas M, Rehm J. Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2010;34(11):1871-8.

Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017.

Schwarzinger M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health* 2018;3(3):e124-e32.

Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault MC, Espina C, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiol* 2015;39 Suppl 1:S67-74.

Scottish Government. Final business and regulatory impact assessment for minimum price per unit of alcohol as contained in alcohol (minimum pricing)(Scotland) bill. Framework for action : changing Scotland's relationship with alcohol; 2012..

Shuper PA, Neuman M, Kanteres F, Baliunas D, Joharchi N, Rehm J. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS--a systematic review. *Alcohol Alcohol* 2010;45(2):159-66.

Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs* 2016;77(2):185-98.

SWOV - Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid. SWOV-Factsheet Rijden onder invloed van alcohol 2011. Leidschendam. Internet: file:///C:/Users/pht/Downloads/SWOV_Factsheet_Alcohol_2011.pdf

VAD – Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs. Richtlijn voor alcoholgebruik 2016. Brussel: VAD. Internet: <http://www.vad.be/assets/richtlijn-voor-alcoholgebruik>.

Van Havere T, Dirx N, Vander Laenen F, De Clercq B, Buijs T, Mathys C et al. The Law of 2009 concerning the selling and serving of alcohol to youths: from state of the art to assessment (ALCOLAW). Final Report. Brussels: Belgian Science Policy 2017.

Van Thienen B, Stinckens K. Verkeer op punt: alcoholprocedure 2013. Kortrijk-Heule; UGA.

van't Veer P, Kampman E: Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC, World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research; 2007.

WHO – World Health Organization, Global status report on alcohol and health 2014; Luxembourg.

Internet:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1&ua=1

WHO – World Health Organization, Hengeveld MW. De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994.

Wise J. Minimum alcohol price would target harmful drinkers, study shows. BMJ 2014;348:g1450.

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 599912 current drinkers in 83 prospective studies. Lancet 2018; 391: 1513-23

Xi B, Veeranki SP, Zhao M, Ma C, Yan Y, Mi J. Relationship of Alcohol Consumption to All-Cause, Cardiovascular, and Cancer-Related Mortality in U.S. Adults. J Am Coll Cardiol 2017;70(8):913-22.

Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Alcohol Consumption and Mortality From Coronary Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies. J Stud Alcohol Drugs 2017;78(3):375-86.

VI COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

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

ALEXANDRE Sébastien	Directeur	FEDITO Bruxelles
BOGDANOWICZ Emilia	Psychologie, psychothérapie, assuétudes	Le Pélican
DE BACKER Guy	Médecine préventive, santé publique, épidémiologie	UGent
DE DONDER Else	Promotion de la santé, prévention, épidémiologie	VAD
DE DUVE Martin	Santé Publique	Univers Santé
DEBUSSCHER Eva	Psychiatrie	
DOM Geert	Neuropsychologie, psychiatrie	UAntwerpen
DOR Bernard	Médecine générale	SSMG
GEIRNAERT Marijs	Promotion de la santé, prévention	VAD
GENIN Laurence	Psychologie clinique, assuétude	Le Pélican
GUSTOT Thierry	Gastroentérologie	Erasme
IMPE Pieter	Thérapie du comportement	KARUS
LAMY Dominique	Médecine générale	UCL
MATHEI Catharina	Médecine générale	KUL
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	UZ Brussel
ORBAN Thomas	Médecine générale	SSMG
PINTO Emmanuel	Psychiatrie	ISoSL
STÄRKEL Peter	Hépatologie	Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCL)
VAN DEUN Paul	Psychologie clinique, assuétudes	VAD, De Spiegel
VERBANCK Paul	Psychiatrie	CHU Brugmann
ZEEUWS Dieter	Psychiatrie	

Les experts suivants ont été entendus mais n'ont pas participé à l'approbation de l'avis.

BROUILLARD Benoit	FEDITO Wallonne
COUTEAU Marie-José	Observatoire de la santé du Hainaut

Les administrations suivantes ont été entendues :

CAPOUET Mathieu	SPF Santé Publique
HUART Katia	SPF Santé Publique

Le groupe de travail permanent en charge du domaine santé mentale et le groupe de travail permanent en charge du domaine nutrition et santé, y compris la sécurité alimentaire ont approuvé l'avis. 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.



service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**