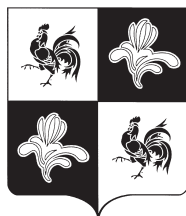


Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



27 mars 2024

SESSION ORDINAIRE 2023-2024

AUDITIONS

relatives à « L'alcoolisme aux prismes du genre »

RAPPORT

fait au nom du Comité d'avis pour l'égalité des chances
entre les hommes et les femmes

par Mme Isabelle EMMERY

SOMMAIRE

1. Désignation de la rapporteuse	3
2. Exposé de Mme Emma Raucent, chargée de recherche pour l'asbl Citoyenneté et Participation	3
3. Exposé de Mme Emilia Bogdanowicz, psychologue et responsable de projets pour l'asbl Le Pélican à l'initiative du projet Aide-Alcool..	6
4. Échange de vues.....	9
5. Approbation du rapport.....	14
6. Annexe	15

Mesdames,
Messieurs,

En date du 21 février 2024, le Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a décidé de procéder à une série d'auditions sur la thématique de « L'alcoolisme aux prismes du genre ».

En date du 27 mars 2024, il a été fait confiance à la présidente et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

1. Désignation de la rapporteuse

À l'unanimité des membres présents, Mme Isabelle Emmerly est désignée en qualité de rapporteuse.

2. Exposé de Mme Emma Raucent, chargée de recherche pour l'asbl Citoyenneté et Participation

Mme Emma Raucent (chargée de recherche pour l'asbl Citoyenneté et Participation) compte aborder les aspects de la thématique tirés de la littérature et de la recherche scientifique, afin de laisser à Mme Emilia Bogdanowicz le soin de parler de la pratique et des remontées de terrain.

Elle explique que ce qui l'a poussée à établir une recherche sur ce sujet est un article suggérant que les femmes rattrapent les hommes dans la consommation d'alcool. D'un point de vue sociologique, il est intéressant d'observer que la consommation de la femme est caractérisée en fonction de celle de l'homme – c'est-à-dire, toujours comparée à un standard masculin. L'intervenante ajoute qu'au-delà de cette réflexion sociologique, elle s'est posé la question de savoir si cette observation est factuellement correcte.

Concernant les statistiques en Belgique sur la consommation d'alcool, elle précise qu'en moyenne, les Belges de plus de 15 ans consomment, par an, un peu moins de dix litres d'alcool pur – ce qui équivaut plus ou moins à deux bières et demi de 5° par jour.

Il existe un différentiel très important entre la consommation des femmes et des hommes puisque la consommation annuelle des hommes est beaucoup plus importante que celle des femmes qui, selon les graphiques montrés par l'intervenante, sont sur une courbe descendante entre 2000 et 2019 – à l'inverse de celle des hommes qui tend à augmenter – pour un peu plus de quinze litres d'alcool par an. On peut donc supposer que les femmes ne rattrapent pas spécialement les hommes au regard de leur consommation annuelle.

Elle ajoute que ce différentiel sexué se présente également, de façon assez forte, pour tous les types de consommation à risque :

- consommation quotidienne;
- hyperalcoolisation hebdomadaire – en consommant plus de six doses d'alcool par occasion;
- consommation problématique d'alcool – en répondant positivement à deux des quatre questions du test évaluant le risque de dépendance à l'alcool.

Ceci étant dit, chaque Région en Belgique observe des chiffres assez variés sur cette problématique. Eu égard à la surconsommation à Bruxelles, pour les hommes, elle se reproduit de génération en génération. Plus l'homme est âgé, plus la surconsommation par semaine est importante. Chez les femmes entre 55 et 75 ans, la surconsommation est également très importante, bien qu'elle n'égale pas la surconsommation chez les hommes.

L'intervenante précise qu'il importe de prendre en compte une série d'autres facteurs et de les croiser avec le genre et avec la variable du sexe pour obtenir une idée plus précise de la consommation en Belgique.

Eu égard au milieu social, il faut savoir que les consommations à risque augmentent avec le niveau d'éducation mais que les dommages à la santé liés à la consommation d'alcool sont généralement plus importants pour les classes sociales basses. En effet, de manière générale, ces classes ont probablement un entourage réduit, moins de moyens sociaux et matériels afin de pouvoir faire face aux risques que comporte cette consommation.

D'autres variables importantes à prendre également en compte sont l'origine ethnique et l'identité sexuelle, qui sont absentes des données statistiques. Or, l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont des facteurs de vulnérabilité qui augmentent le risque de consommation problématique d'alcool.

En ce qui concerne les représentations sociales de la consommation des hommes et des femmes, l'intervenante explique avoir répertorié, dans la littérature scientifique, les différents archétypes de consommateurs à risque, qu'ils soient hommes ou femmes.

Elle cite, à cet égard, une phrase l'ayant particulièrement marquée : « L'alcoolisme de l'homme est parfois pensé comme une tragédie (universelle) de l'Homme; celui de la femme est d'emblée sexué (il ne nous apprendrait rien sur l'Homme). ».

De manière générale, l'alcoolisme de la femme est stigmatisé et caractérisé – ou compris – comme une tare liée à l'homme. Elle cite plusieurs exemples comme la coupable – la femme adultère dont la sexualité serait débridée –, la névrosée/psychotique ou encore la concurrente – cliché de la femme indépendante qui imiterait les hommes.

Or, ces archétypes ne représentent pas une réalité objective. Ce ne sont que des représentations que la population peut se faire de la consommation excessive des hommes et des femmes. Par ailleurs, il arrive que ces archétypes se contredisent entre eux. Elle ajoute qu'ils sont généralement associés soit à l'homme, soit à la femme.

L'intervenante précise que la dernière étude des représentations sociales de la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes en Belgique date de 2015. Elle reprend ces archétypes présents dans les représentations que la population se fait de la consommation d'alcool. Par ailleurs, sur plus de 500 personnes interrogées, il a été observé que les personnes consommant davantage ont tendance à légitimer la consommation des autres.

Par ailleurs, de manière générale, le jugement vis-à-vis des femmes qui ont une consommation excessive est nettement plus négatif. Leur consommation est toujours rattachée, liée et renvoyée à l'ordre sexué qu'elles transgressent – notamment, via l'utilisation de termes tels que « débauche », « exubérance », « facilité », etc.

Le jugement des hommes vis-à-vis de la consommation des hommes est, quant à lui, décrit avec des termes neutres ou liés à l'effet de groupe, tandis que la surconsommation des femmes est décrite avec des termes tels que « tituber », « black-out », « dégradant », « stupide », « pitoyable », etc.

Les femmes associent, de manière générale, la consommation excessive – tant celle des hommes que celle des femmes – à la dépression, l'anxiété, l'isolement et la violence – ainsi que des conduites à risque chez les hommes.

Cependant, contrairement aux hommes qui tendent à légitimer la consommation problématique des autres hommes, les femmes jugent sévèrement la consommation excessive et la dépendance des femmes à l'alcool.

Il importe également de prendre en compte l'effet du poids des normes genrées sur la consommation des hommes et des femmes.

À cet égard, une étude réalisée en France a mis en avant la question des récits intergénérationnels de

femmes dépendantes, expliquant leur consommation d'alcool en lien avec, notamment, le poids de différentes normes de genre.

Ces femmes relient leur alcoolisme aux assignations de genre parfois contradictoires auxquelles elles ont été confrontées. Par exemple, les femmes qui seraient nées après 1940, portant caractéristiquement des aspirations féministes d'émancipation et d'égalité, se sont heurtées à la difficulté, voire à l'impossibilité, d'établir un rapport d'égalité entre elles et leur entourage familial et professionnel masculin.

Ce type d'étude – qu'il serait intéressant de mener en Belgique – permet d'apercevoir la dimension sociale et structurelle de la souffrance des hommes et des femmes qui les mènent à surconsommer de l'alcool. En effet, le poids des normes genrées n'influence pas que les femmes : diverses études l'ont suggéré pour les hommes. Évidemment, cette grille de lecture du genre sur l'alcoolisme n'épuise pas les raisons de cette dépendance mais elle permet, au moins, un regard plus complet sur la consommation de ces personnes.

Concernant les éléments eu égard au traitement des personnes alcoolodépendantes, l'intervenante précise se baser principalement sur une étude, menée par la Police scientifique fédérale (BELSPO), qui suggère que pour le traitement de l'alcoolisme chez les femmes, il existe énormément d'obstacles à la détection et à la prise en charge.

L'un des premiers obstacles est la responsabilité parentale car il n'existe que peu de structures de prise en charge et offrant des services de garde d'enfants. Il importe donc de poser tout un questionnaire juridique sur l'opportunité de préserver le droit des femmes entrant dans une démarche de soins à pouvoir conserver la garde de leurs enfants.

Par ailleurs, il importe de rappeler et de réétudier la question de la stigmatisation sociale – la dernière étude à ce sujet datant de 2015 – qui est également véhiculée par l'entourage des personnes et les prestataires de soins.

L'intervenante observe également une instabilité sur le plan familial. Selon les statistiques, les couples au sein desquels la femme a une consommation excessive ont tendance à se séparer plus rapidement et plus fréquemment que les couples sans dépendance.

Or, les couples où l'homme a une consommation excessive sont beaucoup plus stables – archétype de la femme gardienne qui prend soin de sa famille, tandis que cet archétype n'est pas du tout reflété dans l'hypothèse inverse.

Elle aborde ensuite la question des antécédents, car il existe une prévalence, en matière de dépendance, de femmes qui ont subi une série de violences sexuelles, notamment dans l'enfance – instabilité familiale sur le long terme.

Évidemment, le manque de connaissances formelles et informelles sur ce sujet empêche de nombreuses femmes présentant une dépendance à l'alcool de s'adresser aux services étant en mesure de les aider :

- les médecins ne sont pas toujours outillés pour comprendre ou réorienter ces femmes;
- la présence quasi exclusive d'hommes au sein des services de prise en charge peut les intimider et les empêcher de s'adresser à ces services;
- de manière générale, les foyers plus précaires et les foyers monoparentaux ont tendance à repousser l'accès aux soins pour des questions de priorisation des dépenses – se pose la question du croisement entre la question du genre et la celle de l'origine sociale.

Ces éléments constituent une série d'obstacles auxquels il serait possible de répondre par des politiques concrètes.

Comment adapter la prise en charge à la lumière du genre ? Une série de recherches suggèrent que les hommes et les femmes pris en charge ont parfois tendance à se réapproprier les différents stéréotypes de genre – notamment, les différents archétypes exposés plus haut – afin de justifier leur consommation – soit en la légitimant, soit en la blâmant.

Cela a pour effet de repousser, pour la personne, une compréhension plus profonde et plus personnelle de sa dépendance à l'alcool. Ainsi, une approche sensible au genre permettrait potentiellement à ces personnes de se libérer de ces carcans, de pouvoir exprimer une série de ressentis non valorisés sur le plan du genre – par exemple, la colère, la cruauté chez les femmes, ou la tristesse chez l'homme.

Plusieurs psychologues ont observé que dans certains groupes d'entraide mixtes, certaines patientes adoptent une position de co-thérapeute, ce qui peut parfois maintenir ces femmes dans un modèle de fonctionnement social associé au développement de leur dépendance. Par exemple, une femme qui a eu recours à l'alcool pour supporter une situation de soumission peut adopter une position maternelle dans un groupe d'hommes – position qui l'amène à être valorisée pour le soin qu'elle donne aux autres, afin de repousser à plus tard ses objectifs d'autonomie.

Ainsi se pose une interrogation sur l'opportunité de créer des groupes en non-mixité pour les femmes ou, à tout le moins, si le groupe n'est pas en non-mixité, d'intégrer une prise en compte de ces éventuelles normes de genre qui viendraient entraver la parole de ces personnes.

Toutefois, cette grille de lecture genrée ne peut pas être imposée à ces personnes et à leur vécu. Cela demande un vrai travail de recherche sur la manière d'intégrer cette lecture de genre, tout en ayant pris le temps d'écouter ces patients au regard de leurs besoins et préoccupations individuels.

L'intervenante aborde, en dernier lieu, les différentes recommandations qui reviennent très souvent dans la recherche et la littérature scientifique sur le sujet.

En matière de recherche et de données statistiques, se pose la question de l'accès aux soins. Pourquoi certaines personnes n'ont-elles pas accès aux soins ? Combien de temps prennent-elles pour accéder aux soins ? Existe-t-il un différentiel entre les hommes et les femmes en la matière ? Quels sont les obstacles genrés existants ?

Elle prône également une mise à jour des études qualitatives quant aux représentations sociales de la consommation d'alcool puisque, clairement, les données sont assez pauvres sur le sujet.

Elle recommande également d'établir des études biographiques sur le parcours des personnes alcoolodépendantes afin de comprendre, de façon plus fine et plus profonde, ce phénomène et ce, tant du point de vue des hommes que du point de vue des femmes.

Sur le plan de la prévention et de la détection, elle recommande l'élimination de la stigmatisation sociale par les prestataires de soins, un meilleur accès à l'information et aux services sensibles au genre, ainsi que l'idée de repenser le dispositif de questionnement de la femme enceinte sur sa consommation. En effet, il a été mis en évidence que le dispositif de questionnement mis en place pour interroger la femme enceinte sur sa consommation a tendance à être trop standardisé et superficiel, ce qui peut avoir pour effet une sur-responsabilisation et une stigmatisation de la femme vis-à-vis de cette question.

Il n'existe pas de prise en compte des particularités sociales et psychologiques de la personne. Il faut savoir que le risque de syndrome d'alcoolisation fœtale est plus élevé chez les femmes issues d'une famille violente, celles qui ont un partenaire dépendant à l'alcool, et celles qui ont un niveau d'éducation plus faible – sans accès à l'éducation et aux soins.

Ainsi, au regard de ces paramètres, il est essentiel de repenser ce dispositif de questionnement par rapport aux méthodes de traitement, via un programme de traitement réservé aux femmes.

Elle ajoute qu'est actuellement étudiée l'opportunité de généraliser ce type de pratiques, afin de traiter le stigma, la honte, la violence sexuelle, le trauma, etc., via la présence de conseillères et de femmes expertes. Il est essentiel que ces femmes aient des référentes auxquelles elles puissent s'identifier dans leur parcours.

L'intervenante prône une approche holistique du traitement de ces personnes, qui bénéficierait autant aux hommes qu'aux femmes, via une prise en compte du contexte élargi – amis, communauté, etc. Cela implique soit une participation, notamment, du conjoint dans le parcours et dans le soutien à la personne, soit un potentiel éloignement du conjoint dans le cas où cette relation pose un problème.

Elle recommande également la mise en réseau des différents services d'aide, de prévention, de traitement et de posture, l'établissement de structures accueillant les enfants des patients, ainsi qu'une organisation de proximité et de consultation externe.

3. Exposé de Mme Emilia Bogdanowicz, psychologue et responsable de projets pour l'asbl Le Pélican à l'initiative du projet Aide-Alcool

Mme Emilia Bogdanowicz (psychologue et responsable de projets pour l'asbl Le Pélican à l'initiative du projet Aide-Alcool) explique travailler pour l'asbl Le Pélican, qui est subsidiée par la Commission communautaire française. Il s'agit d'un service ambulatoire qui accompagne les personnes se questionnant sur leur consommation – qu'il s'agisse d'alcool, de médicaments, de drogues, ainsi que de jeux de hasard et d'argent. Il s'agit donc de dépendance aux substances et comportementale.

Les accompagnements proposés peuvent être individuels, en couple ou familiaux. En effet, l'entourage des consommateurs est bien souvent également en grande détresse psychique, sociale, etc. Enfin, des groupes de parole sont également mis en place.

Une des particularités de l'asbl Le Pélican est l'absence de tout corps médical au sein de l'institution, raison pour laquelle le public suivi est un peu différent du public d'autres associations bruxelloises.

Elle explique que la majorité des bénéficiaires reçus cherche une aide au regard de l'alcool.

Enfin, elle aborde les deux sites d'aide en ligne mis en place par l'asbl, à savoir <https://aide-alcool.be/> et <https://joueurs.aide-en-ligne.be/>. Ces deux sites sont construits sur le même schéma.

Aide-Alcool existe depuis 2012, bien que l'aide en ligne se soit beaucoup développée et étendue à partir de 2020. La Flandre avait déjà créé le site <https://www.alcoholhulp.be/> en 2008, lequel obtenait de très bons retours, ce qui a inspiré la création d'Aide-Alcool afin de bénéficier d'un pendant francophone.

Aide-Alcool est actuellement cogéré par deux institutions : Le Pélican et le Centre ALFA situé à Liège – service spécialisé dans la prise en charge des assuétudes. Ainsi, les subsides proviennent tant de la Commission communautaire française que de la Région wallonne.

L'intervenante précise que l'objectif du site est double :

- faciliter l'accès à l'information et aux soins en matière d'alcool;
- offrir une alternative à la consultation en face à face.

Concernant l'accès à l'information, le but de ce site est donc de permettre aux personnes se posant des questions sur leur consommation ou celle d'un proche de trouver une information scientifiquement validée et tant complète que succincte.

Concernant l'accès aux soins, elle explique que le Centre fédéral d'expertise (KCE) a rédigé, en 2016, un rapport intitulé « Consommation problématique d'alcool : trop peu de soutien, trop tard ». Ce rapport établit, sur base de résultats datant de 2016, que la consommation problématique d'alcool concerne 10 % de la population belge. Sur ces 10 %, une personne sur 12 seulement demande des soins, après dix-huit années d'attente en moyenne avant de solliciter cette aide.

C'est donc une importante tranche de la population qui ne se dirige pas vers les services de soins spécialisés. L'idée est donc d'offrir une alternative pour ces personnes et de faciliter leur accès aux soins. Bien que certaines personnes ne souhaitent pas changer leur consommation, il est certain qu'un nombre important de personnes le souhaiteraient sans pour autant savoir comment s'y prendre. Par ailleurs, passer le pas de la porte d'une institution spécialisée dans la prise en charge des addictions est très stigmatisant et donc complexe à assumer.

Ainsi, l'idée n'a jamais été de remplacer l'offre en face-à-face qui existe déjà. Elle a en effet tout son

sens. Il a toujours été question d'offrir une offre complémentaire.

Elle explique que le site est composé de trois parties :

- une partie informative et d'auto-évaluation;
- une partie « self-help » en ligne;
- une partie liée à l'accompagnement en ligne.

La partie informative constitue une porte d'entrée vers l'accompagnement. En effet, le test d'audit qui s'y trouve permet à chaque personne qui se questionne sur sa consommation de déterminer, au travers de dix questions, où elle se situe au regard des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Certes, les recommandations de l'OMS ne sont pas récentes et ne sont actuellement pas d'application en Belgique. Néanmoins, puisqu'il n'existe pas de test en lien avec les recommandations du Conseil supérieur de la santé, ce test d'audit a le mérite d'exister.

Cette partie informative contient deux pages sur les femmes et l'alcool, ce qui n'est pas énorme, certes. Une des thématiques abordées majoritairement au regard de la consommation chez les femmes est, notamment, celle de la vulnérabilité physique – au-delà d'autres thématiques tels les types de consommation, les effets psychologiques, etc.

En effet, les femmes n'ont pas un poids égal face à l'homme au regard de la consommation d'alcool. Un homme et une femme consommant les mêmes quantités ne verront pas les mêmes impacts sur leur corps. L'impact sur la femme sera plus important, notamment en raison d'une enzyme moins présente chez elle, pour une quantité de graisse et d'eau qui ne sont pas réparties de la même manière. Il importe que ce type d'informations soit disponible aux femmes qui se questionnent.

Elle ajoute que les habitudes de consommation des femmes diffèrent de celles des hommes, puisque la consommation des femmes est souvent beaucoup plus solitaire et cachée. En effet, les femmes qui bénéficient du suivi en ligne font part de leur honte importante vis-à-vis de leur consommation. Le « *binge drinking* », notamment, est beaucoup moins répandu au sein de la population féminine, ce qui la conduit à moins d'accès de violence, moins de problèmes avec la justice, etc.

Par ailleurs, la consommation d'alcool chez les femmes entraîne davantage de comorbidités que chez les hommes – qui font souvent face à des

troubles anxieux et dépressifs. En effet, celles-ci font face à de nombreux événements traumatiques.

Enfin, la porte d'entrée vers le soin diffère également, puisqu'il est très rare que les femmes se présentent suite à une décision judiciaire. Elles se présentent souvent de leur propre initiative, après un passage par un professionnel de la santé.

La partie « self-help » proposée sur le site consiste en un programme autonome et gratuit accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les personnes qui souhaitent en bénéficier accèdent à une série d'exercices, qu'elles sont libres de compléter à leur rythme, en accord avec leurs propres objectifs. Il leur est également possible de tenir un journal de consommation.

La partie liée à l'accompagnement en ligne complète la partie « self-help » par la possibilité de se voir attribuer un psychologue et de procéder à ces exercices sous sa supervision. Sur une dizaine de psychologues à Le Pélican, seuls deux d'entre eux sont des hommes. Par ailleurs, toutes et tous sont psychologues cliniciens spécialisés dans la prise en charge des assuétudes.

Que ce soit via un ou une psychologue du Centre ALFA ou de Le Pélican sur le site, il est possible de bénéficier d'un accompagnement psychologique pendant trois mois, à raison d'un rendez-vous par semaine, pendant une heure, par chat en ligne, de manière anonyme et gratuite et ce, pour tous les Belges francophones ou les non-Belges francophones qui résident en Belgique.

Il importe de prendre en compte les nombreux obstacles auxquels font face les bénéficiaires et qui les conduisent à demander de l'aide sur le site. Par exemple, il est possible de bénéficier des chats via un horaire décalé. En effet, de nombreuses bénéficiaires sont des mères monoparentales, qui ne sont parfois disponibles que le mercredi matin et/ou après 20h00 lorsque leurs enfants sont couchés ou encore sur leur temps de midi au travail.

Elle rappelle également que la gratuité est très importante puisque de nombreuses femmes vivent en situation précaire. Ainsi, leur soin ainsi que leur consommation d'alcool ne font pas partie de leurs priorités.

Enfin, le critère le plus important est l'anonymat. Celui-ci n'est pas obligatoire mais il importe d'en conserver la possibilité – via la création d'un pseudonyme en indiquant uniquement l'âge et la commune de résidence. En effet, puisque le sentiment de honte et de culpabilité est encore plus important chez les femmes, il importe de leur laisser la possibilité de recourir aux services de manière anonyme. Elle

ajoute que ces sentiments sont bien souvent couplés à la peur de perdre la garde des enfants, de faire face au regard que la société porte sur elles, etc.

L'intervenante précise qu'un forum privé existe afin que les bénéficiaires de cette aide puissent communiquer entre eux, s'entraider si besoin, sans la participation des membres de l'association – qui n'agissent qu'en tant que modérateurs du forum.

Concernant les chiffres, elle explique qu'en moyenne, le site comptabilise 900.000 visites par an, 35.000 réalisations du test d'audit, 1.200 inscriptions au « self-help » – dont certains Français, ce service étant ouvert à tous les pays –, 500 inscriptions à l'accompagnement en ligne, 1.000 consultations en ligne et 350 demandes d'aide reçues par courriel. Certains demandent de l'aide afin de trouver une ressource proche de chez eux ou qui leur permettrait d'aider un proche. Certains s'inscrivent et demandent de l'aide en ligne via le chat, etc.

Néanmoins, un élément est particulièrement frappant : 56 % des patients qui sollicitent une aide sont des femmes, ce qui n'est pas nécessairement le cas des personnes se présentant au sein des services spécialisés de prise en charge. À cet égard, Le Pélican ne reçoit que 38 % de femmes consommatrices d'alcool pour 62 % d'hommes. C'est pourquoi, cette aide en ligne est primordiale afin de pouvoir toucher efficacement le public féminin.

Par ailleurs, aucun critère d'âge spécifique n'a été décelé dans ces statistiques. Elle ajoute que 50 % d'entre elles ont un diplôme supérieur – universitaire ou non universitaire – et que 70 % d'entre elles travaillent encore. Ainsi, ce site permet de toucher un public différent de celui qui se présente au sein des services.

Le chiffre le plus important pour l'intervenante est celui établissant que 50 % des personnes s'inscrivant à l'aide en ligne n'avaient jamais parlé de leur consommation à un professionnel avant de se rendre sur le site. En effet, en particulier pour une femme, il n'est pas si simple de parler à son médecin d'une consommation problématique, en raison de la stigmatisation qui en découle. Certaines personnes ayant fait cette expérience estiment avoir ressenti du jugement de la part de leur médecin ou une minimisation de leur consommation.

L'intervenante aborde ensuite plus en détail le test d'audit. Celui-ci comporte dix questions et est coté sur 40. À partir de 7 ou 8 sur 40, il existe un petit risque de consommation. À partir de 14 sur 40, la consommation est dite problématique avec un risque de dépendance. À partir de 20 sur 40, une interven-

tion est nécessaire car le cas de dépendance à l'alcool est avéré.

Elle précise que 86 % des hommes et 75 % des femmes ont un audit supérieur à vingt – consommation vraiment problématique avec un risque de dépendance et un besoin d'être aidé. Or, cette réalité n'empêche pas ces personnes de continuer à fonctionner dans leur vie quotidienne.

Pour le reste, 25 % des femmes ayant rempli cet audit ont une consommation un peu moins dangereuse. Par ailleurs, leur manière de consommer est, bien souvent, légèrement différente des hommes.

L'intervenante avertit les commissaires sur ce que cet audit a été établi dans les années 80 sur un schéma très genré – partant du postulat que c'est l'homme qui consomme. C'est pourquoi les questions posées sont davantage liées à leur consommation. Elle cite en exemple la question suivante : « Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? ».

Concernant la fonction de l'alcool, celui-ci vient, de manière générale, répondre à un mal-être ou à un besoin, tant chez les hommes que chez les femmes. Cette consommation n'est pas que récréative, autrement elle ne créerait pas de problématique.

Chez les femmes, bien que l'alcool puisse être une solution à des troubles anxieux ou dépressifs – comme chez les hommes –, on constate que ce dernier leur sert de différentes manières :

- un carburant afin de conserver leur énergie toute la journée – le travail, les enfants, la cadence, etc.;
- un moyen d'affirmer leur virilité face aux autres hommes;
- une solution pour couper la douleur, les pensées ou le sentiment de culpabilité ou de honte;
- un moyen d'exacerber leur libido et leur sexualité – certaines femmes témoignant ne pas prendre de plaisir dans leurs relations sexuelles sans consommer –, ce qui ne fonctionne pas toujours.

L'intervenante rappelle, en conclusion, que le point principal sur lequel il convient d'agir est cette culpabilité et cette honte que les femmes ressentent au regard de leur consommation. Ces sentiments amplifient la difficulté pour elles de mettre un nom sur leur consommation, car elles se sentent constamment en danger et stigmatisées.

4. Échange de vues

Mme Latifa Aït-Baala (MR) rappelle que la société entretient un rapport avec les drogues pour lequel il y a lieu de se poser bien des questions fondamentales au vu d'une série de problématiques qui y sont liées.

Les rapports sociaux de sexe influencent un regard différencié en fonction du genre avec, peut-être, des nuances en fonction des générations, des classes sociales, etc., qui sont liées aussi aux représentations sociales auxquelles les intervenantes ont fait référence.

Or, contrairement aux stupéfiants qui sont des drogues illicites, l'alcool est une drogue licite – au même titre que le tabac – sur laquelle il convient de se pencher, puisque cette consommation permet le financement de nombreuses politiques publiques via, notamment, les accises.

S'il existait un certain tabou autour de l'usage des drogues, la triste actualité vient de le faire voler en éclat. En ce qui concerne la consommation d'alcool, elle est malheureusement aujourd'hui fortement banalisée. Elle fait partie d'une culture, de traditions qui participent à enchanter les papilles gustatives des amateurs. Il n'en demeure pas moins que sa consommation excessive peut être problématique pour les consommatrices et consommateurs, les proches, la société, l'environnement, etc.

En effet, selon une enquête de santé menée par Sciensano, 14 % de la population belge consomme de l'alcool de façon excessive, dépassant la référence de dix unités par semaine. De plus, 45 % des jeunes consommateurs de 15 à 24 ans ont commencé à boire avant l'âge de 16 ans, ce qui est associé à des risques de dommages cérébraux irréversibles et d'accidents mortels.

L'alcool est même à la mode : le « *binge drinking* » – consommation de six unités d'alcool en deux heures –, l'hyperlcoolisation – six unités d'alcool en une seule occasion –, la dépendance, la conduite sous influence et la consommation pendant la grossesse sont autant de comportements à risque associés à la consommation d'alcool. La Belgique présente, en outre, un taux élevé de morbidité liée à l'alcool.

Le rapport transmis par Eurotox et annexé au rapport démontre que l'usage d'alcool a une place importante dans le quotidien des Bruxelloises et Bruxellois et ce, dès le plus jeune âge. En effet, le rapport démontre qu'à Bruxelles, près de 8 % des élèves âgés de 10 à 12 ans ont déjà expérimenté l'alcool.

De manière générale, les hommes sont davantage sujets à l'alcoolisme que les femmes. En Région

bruxelloise, près de 14 % des hommes consomment de l'alcool quotidiennement, contre 9,5 % pour les femmes.

Ces constats doivent pousser les politiques à s'interroger sur le rapport qu'entretient la société à l'égard de l'alcool.

De manière générale, la Belgique s'est dotée d'un Plan interfédéral 2023-2025 pour lutter contre la consommation nocive d'alcool. Les intervenantes estiment-elles que ce plan prend suffisamment en compte la dimension du genre ? En effet, la vulnérabilité des femmes consommatrices d'alcool, qu'elle soit abusive ou non, présente des caractéristiques spécifiques qui doivent être prises en compte. Le sont-elles suffisamment ?

L'intervenante décèle également peu de sensibilisation en matière d'alcool en Région bruxelloise. Pourtant, la prévention est la clef fondamentale en matière de social-santé car tout ce que les pouvoirs publics investissent en amont ne devra pas être financé en aval dans le cadre du curatif.

Pour Le Pélican, le site Aide-Alcool est manifestement bien fait et répond à de vrais enjeux et à des attentes et une demande d'accompagnement au vu des données fournies. L'objectif d'atteindre les femmes semble être concluant. Cela étant, dans une Région où le taux d'analphabétisme et la fracture numérique sont très importants, quels sont les autres canaux de communication qui permettent à l'association de toucher les femmes plus fragilisées ? Comment combler la question du non-recours aux droits ?

Au sens des intervenantes, que doit faire le Gouvernement en matière de sensibilisation – la députée ayant elle-même interpellé le Gouvernement sur la question de la publicité pour l'alcool aux arrêts de bus, de tram, etc. – ce qui lui paraît interpellant.

Dans le quotidien des intervenantes, quels sont les défis spécifiques des femmes alcooliques rencontrés, qui ne se retrouvent pas chez les hommes alcooliques ? Dans quelle mesure existe-t-il une différence d'approche et d'accompagnement en fonction du genre ?

La députée aborde une problématique spécifique soulevée par l'OMS, à savoir la reconnaissance de « l'usage nocif d'alcool » comme l'un des facteurs de violence conjugale et intrafamiliale. Par exemple, lors des grandes célébrations sportives, plusieurs études étrangères ont montré un lien entre l'augmentation des violences conjugales et la surconsommation d'alcool. Comment lutter contre ces violences au sein

même des foyers ? Quelle approche privilégier en la matière ?

La députée a été frappée de lire dans un document de la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (FEDA) que, selon une étude menée à Bruxelles, 19,2 % des étudiants en médecine de dernière année sont favorables à punir les femmes enceintes consommatrices d'alcool. Comment éliminer la stigmatisation des prestataires de soin auxquels il a été fait référence ?

Par ailleurs, on sait combien l'alcool coule à flot lors d'événements festifs et que de trop nombreux abus, notamment sexuels, sont commis à l'égard des femmes en situation de vulnérabilité liée à la consommation d'alcool. Au sein de Le Pélican, des actions de sensibilisation sont-elles menées, dans ce cadre, à l'égard des jeunes filles ?

Enfin, les intervenantes sont-elles associées à un travail spécifique de sensibilisation dans les écoles ? Il semble à la députée que c'est par ce canal qu'il faudrait débiter, dans le cadre de l'éducation au regard d'un produit qui n'est pas anodin.

Mme Leila Agic (PS) explique que lors de cette législature, les députés ont souvent voulu briser les tabous qui entourent les questions relatives à la santé des femmes – qui portent sur de nombreux points. Or, la question de l'alcoolisme est entourée d'un immense tabou et ce, depuis longtemps, en particulier lorsqu'il touche aux femmes.

Pour ce qui concerne la difficulté, pour certaines femmes, de parler à une assistante psychologue, la députée insiste sur la nécessité de groupes de paroles en non-mixité, afin de leur permettre de s'exprimer en toute liberté, entre femmes, au regard de leurs problématiques. De tels groupes existent-ils déjà ?

Elle questionne ensuite les intervenantes sur la question de l'environnement de travail. En effet, dans certains pays, il s'agit d'un élément pouvant favoriser la consommation d'alcool, notamment lors d'événements de « *networking* » où l'on se sent contraint de consommer afin de s'intégrer au groupe et ne pas être stigmatisé.

Par ailleurs, les intervenantes ont-elles identifié des moments clés dans la vie des femmes où celles-ci seraient davantage incitées à basculer dans l'alcoolisme. Elle cite en exemple des mères d'enfants en bas âge, qui ressentiraient le besoin de relâcher la pression après une longue journée.

La députée souhaite connaître l'opinion des intervenantes au regard de la tournée minérale. Comment

la communication autour de ce mois est-elle ressentie ?

Pour ce qui concerne le travail de Le Pélican, elle se demande si la capacité d'accueil du centre est suffisante puisque, de manière générale, le réseau de suivi psychologique est long et souvent saturé. En combien de temps est-il possible de prendre en charge les personnes qui se présentent ?

Par ailleurs, quel est actuellement le soutien reçu de la part de la Commission communautaire française ? L'association demande-t-elle davantage de soutien ?

Enfin, la question de la sensibilisation n'a pas été suffisamment abordée, notamment auprès des écoles, des centres de planning, etc. Quid de l'organisation de campagnes de prévention en la matière ? Les intervenantes sont-elles impliquées dans ce type de campagnes ?

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo) se demande quel type de profil se présente au sein des services physiques – niveau d'études, situation de travail, etc. Les intervenantes n'ont pas fourni d'informations précises en la matière. Disposent-elles de ces informations ?

Tous les publics sont-ils ciblés – notamment, le public bas seuil ? Quels sont les obstacles à leur prise en charge ? Il est un fait que les sites Internet visent davantage les publics ayant un niveau d'instruction plus élevé.

Par ailleurs, le député se demande s'il ne faudrait pas travailler sur la perception de l'alcoolisme par le corps médical. L'alcoolisme étant une maladie, le corps médical devrait y être encore davantage sensibilisé. Quelles sont les raisons pour lesquelles l'alcoolisme n'est-il pas véritablement perçu comme une maladie – pour laquelle, par ailleurs, le patient reste abstinent à vie une fois sorti de l'alcoolisme ?

Il énonce ensuite un rapport de l'UCL stipulant que, sur le campus et en particulier lors de fêtes, le nombre de viols de jeunes femmes est très élevé – de l'ordre de 20 %. Un lien entre consommation d'alcool et viol dans ces lieux ayant été établi, comment travailler avec les étudiants sur la question de l'alcool sans stigmatiser les étudiantes ? Un tel travail a-t-il déjà été mené ? En Communauté française, des réflexions sont menées en la matière mais cela ne progresse pas. Il ne reste qu'à espérer que ce rapport motive les responsables politiques à agir.

Concernant le volet de la publicité, le député considère cette dernière comme particulièrement problématique. Cette réalité a pu être observée dans d'autres cas – notamment, celui du tabac. Aujourd'hui,

est-ce le lobbying du secteur de l'alcool qui empêche les avancées sur le sujet ou est-ce simplement dû à la mentalité générale qui banalise la consommation d'alcool ?

Le député souhaite entendre davantage les intervenantes concernant le lien entre alcool et sexualité – deux sujets considérés comme tabous –, notamment l'impact de cette consommation problématique pour les femmes.

Enfin, concernant la consommation d'alcool durant la grossesse, il existe un véritable préjugé à l'égard des femmes enceintes rencontrant une consommation problématique. Au premier abord, celle-ci suscitera bon nombre de critiques avant même d'envisager qu'elle puisse être considérée comme malade et ayant besoin d'être accompagnée.

Comment aborder cette question sans stigmatiser ces femmes tout en gardant à l'esprit les conséquences possibles sur l'enfant à naître ? Comment impliquer la famille, le conjoint dans cet accompagnement – exercice parfois complexe en raison de cette stigmatisation ? Quels sont les obstacles au travail mené par les associations ?

Mme Emma Raucent (intervenante) explique tout d'abord, concernant le Plan interfédéral 2023-2025, qu'un objectif transversal est d'aborder tous les points du plan au travers du genre, c'est-à-dire en étant sensible aux problématiques de genre. Cela sera-t-il suffisant pour le réaliser ? Tout dépendra de la manière dont chaque entité fédérale et fédérée se saisira de ces objectifs.

Parmi ces objectifs précisément, les femmes enceintes y sont désignées comme des personnes vulnérables. Néanmoins, hormis cela, aucun objectif n'est davantage centré sur cette question de genre. Ainsi, la question reste ouverte.

Mme Emilia Bogdanowicz (intervenante) témoigne que depuis qu'elle a commencé à travailler en matière d'addictions à Bruxelles, les différentes propositions de plans qu'elle a vu se succéder l'ont déçue.

Pour ce qui concerne la fracture numérique, il est un fait que l'aide en ligne ne touche pas l'ensemble de la population, mais ce n'est pas sa vocation. L'idée est de toucher un public qui, autrement, ne ferait pas appel à ces services. Cela permet de lui proposer une offre qui lui corresponde.

Bien que les chiffres mentionnent majoritairement des personnes au niveau d'étude assez élevé, cela ne constitue pas une vérité générale. L'intervenante

a, par exemple, déjà conversé par chat avec une personne écrivant de manière phonétique.

Ainsi, s'il est vrai que l'accès à Internet est très important, elle a pu constater que la plus grosse barrière est celle de la langue – Internet étant facilement accessible via un téléphone, notamment. En effet, sans maîtrise du français, il est complexe de converser sur le chat.

Elle souhaite opérer un lien avec la question posée au regard de la prise en charge du public bas seuil. Le groupe « Femmes, genres et assuétudes » de la FEDA travaille justement sur les thématiques de genre pour un public bas seuil. Des activités, des groupes, des moments leur sont réservés dans un lieu qui leur est propre. Par exemple, Transit organise bientôt une journée dédiée aux femmes – comprenant notamment des activités, un repas et des moments d'échange.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, elle fait partie de la culture et d'une certaine forme de représentation. Ce sont, en effet, les personnes sympathiques qui consomment. Ces représentations sont très courantes et il est donc complexe de mettre en place des mesures allant à cet encontre, en particulier pour des publics spécifiques.

Il existe un groupe spécifique pour les femmes au CHU Brugmann, mais uniquement dans le cadre de l'hospitalisation et de sevrage en alcoologie qui ne dure que trois semaines. Ces groupes sont ainsi réservés aux femmes qui réalisent ce sevrage.

Au sein de l'asbl Le Pélican, il est arrivé que seules des femmes se retrouvent au sein d'un groupe, mais il ne s'agissait que de hasard – en l'absence des membres masculins. Or, lors de ce rassemblement, les thématiques abordées et le positionnement des femmes ont différé sensiblement, ce qui a marqué l'équipe. C'est pourquoi, il importerait de mettre un tel groupe en place – si l'asbl disposait de moyens suffisants.

Mme Emma Raucent (intervenante) ajoute qu'en matière de publicité pour l'alcool, sur le plan du genre, les femmes constituent de plus en plus une cible de consommateurs avec, notamment l'apparition de publicités pour des alcools plus sucrés et de figures féminines dans ces publicités. Or, la publicité pour l'alcool devrait simplement être interdite. Il s'agit d'un constat qui dépasse la question de genre.

Mme Emilia Bogdanowicz (intervenante) confirme que cet avis est partagé par le secteur. Elle ajoute que ces nouvelles boissons aromatisées ou légèrement alcoolisées visent également à toucher les jeunes. La publicité devrait être totalement inter-

dite, comme ce fut le cas pour la cigarette – et cela a eu un impact.

Selon l'intervenante, il s'agit avant tout de gérer le lobbying actif en la matière. En effet, la majorité des personnes rencontrées estiment que cela serait utile car il est très complexe de changer sa consommation lorsque la publicité pour l'alcool est constamment présente.

Concernant la tournée minérale, Le Pélican en est partenaire – participation et promotion de l'événement. Il s'agit, en effet, d'une démarche très intéressante qui permet à de nombreuses personnes de se poser une première question sur leur consommation et ce, dans un cadre ludique au premier abord.

De nombreux participants témoignent ne pas avoir su maintenir cette tournée minérale, pour diverses raisons, se rendant ainsi compte de leur consommation problématique et sollicitant une aide en ligne. Par ailleurs, cette tournée minérale peut servir d'excuse à toute personne souhaitant justifier qu'elle ne boit pas. Plusieurs centaines de milliers de personnes en Belgique participent à cet événement.

Le Pélican propose à ses patients qui souhaiteraient modérer leur consommation de tester cette tournée minérale. La modération sur du long terme étant très difficile, une pause d'un mois lors de la tournée minérale peut les y aider.

Enfin, la mentalité belge a évolué depuis la création de cette tournée minérale. Désormais, des cocktails sans alcool – baptisés « mocktails » – sont proposés dans les restaurants et les bars. Cela a ouvert une discussion sur la possibilité de ne pas consommer et de passer tout de même du bon temps.

Cette tournée minérale n'est, certes, pas parfaite, mais elle a de nombreux mérites à exister.

Mme Emma Raucent (intervenante) ajoute, concernant les défis rencontrés par les femmes alcooliques, qu'un élément central est la question de la responsabilité parentale et, en particulier, la crainte de perdre la garde parentale. Cela rejoint la question de la grossesse : afin de diminuer le stigma social, il importe que les médecins développent une compréhension plus fine de la consommation féminine.

Elle explique qu'un phénomène de « négociation » s'opère chez la femme enceinte qui, consciente des risques liés à une dépendance à l'alcool, développe une forme de rationalisation de sa consommation. Il n'est pas rare d'entendre une femme justifier sa consommation par un besoin de décompresser en période de stress – ce qui, ultimement, bénéficierait à l'enfant à naître.

Mme Emilia Bogdanowicz (intervenante) ajoute qu'il importe que les médecins comprennent ce phénomène de rationalisation afin de ne pas le stigmatiser. Il faut pouvoir amener une sensibilisation à ce sujet et ce, dès le début du cursus académique, pour toutes les personnes suivant une formation en études de médecine et, en particulier, pour les étudiants se dirigeant davantage vers les services prénataux et la gynécologie.

Concernant la prévention et la sensibilisation dans les écoles, l'intervenante explique que l'équipe de Le Pélican est constituée de dix personnes, ce qui ne constitue pas une importante structure. Pour ce qui concerne la situation dans les écoles, Le Pélican participe à plusieurs projets :

- un parcours qui ressemble au parcours EVRAS mais en matière d'addictions;
- un « escape game » porté sur la thématique des addictions.

Néanmoins, si des projets sont en cours, ils sont organisés auprès d'écoles qui en font la demande. Par ailleurs, ces activités sont portées sur les consommations en général, car la consommation problématique sera identifiée différemment par chaque école – alcool, cannabis, etc.

Le fond de ces activités est donc d'appréhender la thématique des consommations de manière générale, d'apprendre à dire non à une consommation, de comprendre son impact potentiel et de comprendre comment fonctionne l'effet de groupe.

Concernant la sensibilisation au travail, des activités de sensibilisation sont organisées au sein d'entreprises mais elles ne portent pas spécifiquement sur la consommation féminine.

Mme Emma Raucent (intervenante) aborde également la consommation d'alcool et de drogues au sein du secteur de la prostitution qui est plus spécifique aux femmes et fait partie d'une problématique plus large en matière d'addictions.

Mme Emilia Bogdanowicz (intervenante) précise que Le Pélican ne reçoit pas beaucoup de personnes issues de ce secteur. Elle ajoute néanmoins que le phénomène de prostitution masculine existe également et que cette thématique n'est pas nécessairement genrée. Une association s'occupe spécifiquement de ces thématiques.

Pour ce qui concerne le lien entre alcool et sexualité, certaines femmes expliquent qu'afin de pouvoir s'ouvrir à leur sexualité et avoir envie de la personne qui partage leur vie ou d'un inconnu, elles se désin-

hibent via l'alcool. Or, au final, cela ne leur apporte pas ce qu'elles attendaient puisque la consommation d'alcool sur le long terme diminue les sensations de plaisir et vient renforcer une image de soi somme toute déjà négative.

Par ailleurs, pour les personnes victimes de violences sexuelles, l'alcool leur permet de couper la remontée de ces souvenirs. À nouveau, cela ne constitue qu'une solution à court terme.

Mme Emma Raucent (intervenante) explique que la recherche montre que, dans les milieux jeunes et étudiants, tout comportement de lâcher prise par les femmes, en conséquence d'une consommation d'alcool, est moins facilement excusé que pour les hommes et nuit plus durablement à leur réputation.

Mme Emilia Bogdanowicz (intervenante) aborde les moments clés de l'alcoolisation au cours de la vie. Elle explique que l'alcoolisation commence à partir du moment où une personne boit un verre tous les jours car il s'agit de la récompense la plus rapide et la plus efficace à un problème, qui est accessible, légal et peu cher.

C'est pourquoi, les benzodiazépines et l'alcool chez les femmes sont, par ailleurs, souvent concomitants. Lorsque la consommation devient journalière et pallie à un événement difficile ou très stressant, c'est ici que la consommation augmente et devient problématique – par l'effet de tolérance et la récompense immédiate que cela procure.

L'intervenante aborde ensuite la liste d'attente de l'association, sur le site Aide-Alcool et à l'asbl Le Pélican. Pour ce qui concerne le site, la liste d'attente existe mais elle n'est pas longue. Les personnes attendent en moyenne une semaine à dix jours, à l'exception des soirées car l'équipe ne travaille pas tous les soirs. Il n'est pas possible de prendre ces personnes en charge de manière efficace en travaillant tous les soirs jusqu'à 21h00.

Il se peut que, par moment, les personnes attendent jusqu'à quatre semaines, selon la période et la demande. Mais, de manière générale, cette liste d'attente est bien gérée. L'avantage d'Aide-Alcool est que le programme d'accompagnement ne dure que trois mois.

À l'issue de ces trois mois, si les personnes estiment avoir encore besoin d'une aide, elles sont redirigées vers d'autres services – service psychologique, service social, hôpital dans le cadre d'un sevrage, etc. Cette période de trois mois est bien ancrée dans l'inconscient de ces personnes car ce temps est déterminé dès le début du processus d'accompagnement.

Cela permet également à l'équipe d'assurer le suivi d'autres personnes et de leur proposer une aide.

Au sein de l'association, la situation n'est pas la même puisque cette limite de temps n'existe pas. Par ailleurs, les addictions constituent une problématique qui se gère sur du long cours. Ainsi, non seulement la liste d'attente existe, mais elle est longue. Il n'est pas possible de donner de chiffres précis car cela varie selon les périodes. Ce qui est certain, c'est qu'avant la crise sanitaire, l'association n'avait pas de liste d'attente.

En effet, il est très important pour l'équipe de permettre aux personnes qui en ont besoin de trouver de l'aide, au moment où elles en ressentent le besoin. Or, depuis la crise sanitaire, ce n'est plus possible. L'équipe n'a pas été augmentée, ce qui fait qu'elle ne parvient plus à répondre de la même manière à la demande qui s'est fortement accrue ces dernières années.

En matière de subsides, Le Pélican est financé par la Commission communautaire française via un agrément en toxicomanie. Aide-Alcool a, quant à lui, été subsidié de différentes manières – tout d'abord via l'INAMI puis en promotion de la santé lors de la réforme de l'État, etc. Finalement, ce site a pu être inclus dans l'agrément de l'association, ce qui est positif puisque l'équipe travaille en contrat à durée indéterminée.

Néanmoins, l'association n'est pas subsidiée pour des frais de fonctionnement, pour un service gratuit. Or, créer un site, le gérer et le mettre à jour, cela coûte de l'argent. Cela fait quatre ans que le site est en refonte en raison du type de subsides reçus. Lorsque celui-ci sera terminé, il sera temps d'en créer un nouveau.

Mme Latifa Aït-Baala (MR) se demande si, au sein de Le Pélican, l'équipe travaille également avec les femmes en situation de sans-abrisme et, éventuellement, dans les prisons ?

Mme Leila Agic (PS) se demande, dans le cadre du suivi sur le site de trois mois, combien de moments de contact sont établis entre le psychologue et la personne consommatrice.

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo) souhaite davantage d'informations concernant les similitudes entre dépendance à l'alcool et dépendance au jeu.

Il se demande également si la modération – qui est particulièrement complexe à tenir en matière de consommation d'alcool – répond aux besoins de certaines personnes ou si, finalement, l'abstinence reste le meilleur choix.

Mme Emilia Bogdanowicz (intervenante) explique que Le Pélican ne reçoit pas particulièrement de femmes en situation de sans-abrisme car, outre l'absence de médicalisation, l'équipe ne bénéficie pas d'un assistant social. Néanmoins, certaines structures existent à Bruxelles pour la prise en charge de ce public.

Elle ajoute que Le Pélican prend en charge des prisonniers, notamment ceux en congé pénitencier ou porteurs d'un bracelet électronique. Néanmoins, l'association n'accompagne aucune femme. Elle a la possibilité de le faire mais aucune demande n'est faite en la matière. Certaines structures travaillent uniquement en prison et, sans doute, avec davantage de femmes - comme I-Care ou l'Ambulatoire de Forest.

Concernant le suivi de trois mois sur le site, elle explique que cela correspond en moyenne à douze à quinze séances d'une heure avec le même psychologue.

Elle confirme également les nombreuses similitudes entre dépendance à l'alcool et dépendance au jeu. S'agissant tous deux de processus d'addictions, les réactions au niveau cérébral sont les mêmes.

Elle ajoute que la population dépendante au jeu est moins large. Par ailleurs, les joueurs ne reconnaissent leur problème que très tard dans l'addiction – après avoir cumulé des dizaines, voire des centaines, de milliers d'euros de dette. En matière de

genre, Le Pélican accompagne, là aussi, davantage d'hommes que de femmes. Sur le site, la population reste majoritairement masculine bien que davantage de femmes se présentent.

Enfin, au regard de la modération, l'intervenante explique que cela peut convenir, mais pas à tout le monde. Cela reste une première étape clé pour certaines personnes considèrent comme inconcevable la seule idée de s'abstenir complètement. L'accompagnement se fait au rythme du patient et peut toujours évoluer à tout moment. Néanmoins, ce dernier est toujours informé sur le fait que la modération est particulièrement complexe à mettre en place et à tenir.

Mme Marie Nagy (présidente) remercie les intervenantes au nom du Comité d'avis pour ces échanges et informations somme toute importants pour la thématique.

5. Approbation du rapport

Il est fait confiance à la présidente et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

La Rapporteuse,

Isabelle EMMERY

La Présidente,

Marie NAGY

6. Annexe

« L’usage d’alcool en Région bruxelloise : quelles différences de genre ? » Eurotox



L’usage d’alcool en Région bruxelloise : quelles différences de genre ?

Note à l’attention du Parlement francophone bruxellois

Décembre 2023

Table des matières

1-	L’USAGE D’ALCOOL CHEZ LES JEUNES DE L’ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET SECONDAIRE (HBSC 2018-2022).....	2
2-	L’USAGE D’ALCOOL CHEZ LES ÉTUDIANT·ES DE L’ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (ULB/SAINT-LOUIS 2015 ; ULB/HELB 2022)....	4
3-	L’USAGE D’ALCOOL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE (HIS 2018)	5
4-	LES DEMANDES DE TRAITEMENT POUR UN USAGE PROBLÉMATIQUE D’ALCOOL (TDI 2022).....	9
5-	CAUSES ET CONSÉQUENCES DES DIFFÉRENCES DE GENRE EN MATIÈRE D’USAGE D’ALCOOL	16
6-	PERSPECTIVES.....	18
7-	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	19
8-	POUR PLUS D’INFO (WWW.EUROTOX.ORG/PUBLICATIONS).....	20



1- L'usage d'alcool chez les jeunes de l'enseignement primaire et secondaire (HBSC 2018-2022)

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'usage d'alcool est estimé dans la population scolarisée dans l'enseignement primaire et secondaire via un questionnaire administré en classe dans le cadre de l'enquête HBSC. Les données 2022 ont été publiées sous un format synthétique donnant une vue réduite des évolutions récentes à l'échelle régionale (pas de ventilation par genre et par âge). En l'attente de données précises à l'échelle de la Région bruxelloise, nous proposons un aperçu détaillé des données collectées en 2018, que nous compléterons autant que possible avec les indicateurs actuellement disponibles à l'échelle de la Région bruxelloise pour l'année 2022.

Dans la population scolaire, selon l'enquête HBSC 2018, un tiers (33,4 %) des élèves bruxellois-es de 10 ans et plus scolarisé-es dans l'enseignement primaire ou secondaire francophone a déjà expérimenté l'alcool (34,1% chez les garçons et 32,9% chez les filles), dont 7,9 % des élèves de 10-12 ans et 27,8 % des élèves de 13-15 ans. Près d'un-e élève sur cinq (18,3 %) a déjà été ivre au moins une fois (19,3% des garçons et 17,4% des filles). L'interdit légal est donc transgressé par une proportion non négligeable de jeunes bruxellois-es. L'usage (au moins) hebdomadaire concerne 9,6 % des élèves du secondaire (11,8% pour les garçons et 7,7% pour les filles), et l'alcoolisation ponctuelle importante¹ 13,3 % d'entre eux (14,1% chez les garçons et 12,6% chez les filles) dont plus d'un cinquième des élèves de 16 ans et plus. En 2022, l'usage au moins hebdomadaire d'alcool s'élevait à 6,7 %, ce qui est légèrement inférieur à ce qui était observé en 2018.

Tableau 1 : Prévalence de la consommation d'alcool (sur la vie et au cours des 30 derniers jours), de l'expérimentation de l'ivresse (sur la vie et au cours des 30 derniers jours), des ivresses répétées au cours des 30 derniers jours, de la consommation hebdomadaire d'alcool, de l'alcoolisation ponctuelle importante et du binge drinking ponctuel chez les élèves scolarisé-es dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Région bruxelloise, par âge et par genre, 2018

	10-12 ans	13-15 ans	16-18 ans	19 ans et +	Total
	%	%	%	%	%
Consommation d'alcool sur la vie					
Garçons (n=1.603)	11,8	26,7	57,5	56,6	34,1
Filles (n=1.852)	4,4	28,9	57,0	52,0	32,9
Total (N=3.455)	7,9	27,8	57,2	54,1	33,4
Consommation d'alcool les 30 derniers jours					
Garçons (n=1.545)	4,4	12,8	44,8	41,8	22,5
Filles (n=1.806)	1,6	14,1	42,1	39,8	21,6
Total (N=3.351)	2,9	13,5	43,4	40,7	22,0
Consommation hebdomadaire d'alcool*					
Garçons (n=1.121)	1,8	4,3	19,7	13,1	11,8
Filles (n=1.328)	1,9	1,9	12,7	10,2	7,7
Total (N=2.449)	1,8	3,0	15,8	11,5	9,6
Expérimentation de l'ivresse sur la vie					
Garçons (n=1.590)	3,3	10,3	36,8	52,4	19,3
Filles (n=1.859)	2,5	8,6	34,3	38,8	17,4
Total (N=3.449)	2,9	9,4	35,4	44,9	18,3
Expérimentation de l'ivresse les 30 derniers jours					
Garçons (n=1.515)	0,9	4,5	17,3	19,8	8,4

¹ Consommation habituelle d'au moins 5 verres d'alcool lors des jours de consommation.

EUROTOX asbl

Observatoire Socio-épidémiologique Alcool-drogues

Tel : 02/539.48.29

Email : info@eurotox.org

Site web : www.eurotox.org



Filles (n=1.807)	0,2	3,1	13,7	19,4	6,9
Total (N=3.322)	0,5	3,8	15,3	19,5	7,6
Ivresses répétées les 30 derniers jours					
Garçons (n=1.515)	0,5	1,7	5,9	11,0	3,2
Filles (n=1.807)	0,0	1,2	3,8	6,5	2,1
Total (N=3.322)	0,2	1,5	4,8	8,4	2,6
Alcoolisation ponctuelle importante* et **					
Garçons (n=1.110)	0,0	3,0	23,3	26,9	14,1
Filles (n=1.293)	0,0	3,7	19,6	21,4	12,6
Total (N=2.403)	0,0	3,4	21,2	23,9	13,3
Binge drinking* et ***					
Garçons (n=1.104)	0,0	1,3	8,2	12,5	5,3
Filles (n=1.287)	0,0	1,4	4,7	7,9	3,5
Total (N=2391)	0,0	1,3	6,3	10,0	4,3

* Cette question n'a été posée qu'aux élèves du secondaire. La classe d'âge de 10-12 ans n'est donc pas représentative puisqu'elle n'inclut que les élèves qui poursuivent déjà leur scolarité dans l'enseignement secondaire.

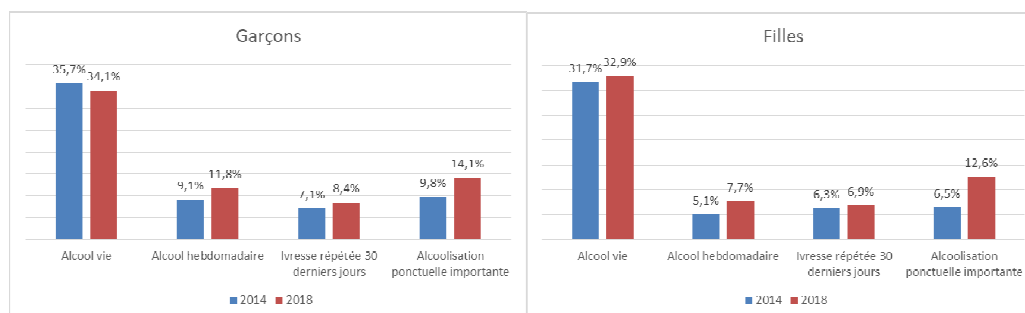
**Consommation habituelle de 5 verres ou plus lors des jours de consommation de boissons alcoolisées.

***Consommation habituelle de 5 verres ou plus en 2 heures ou moins lors des jours de consommation de boissons alcoolisées.

Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)

Globalement, la consommation d'alcool augmente avec l'âge des élèves, et elle est un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles, mais les différences de genre sont parfois ténues pour certains indicateurs, voire statistiquement non significatives. Entre 2014 et 2018, on observe une tendance à la stabilité pour l'ensemble des indicateurs de consommation sauf en ce qui concerne l'usage hebdomadaire, qui a augmenté entre 2014 et 2018 mais semble désormais en diminution, et, surtout, l'alcoolisation ponctuelle importante, qui est en augmentation chez les élèves de la Région bruxelloise. En 2022, à l'échelle des élèves de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les différences de genres sont quasiment inexistantes, hormis pour le *binge drinking* qui reste plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Figure 1 : Evolution de la consommation d'alcool sur la vie, de la consommation hebdomadaire, de l'ivresse répétée au cours des 30 derniers jours, et de l'alcoolisation ponctuelle importante chez les élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire francophone de la Région bruxelloise, par genre, 2014-2018



Source : Enquête HBSC 2018 (Dujeu et al., 2020)



2- L'usage d'alcool chez les étudiant-es de l'enseignement supérieur (ULB/Saint-Louis 2015 ; ULB/HELB 2022)

Dans la population étudiante, selon l'enquête réalisée par Modus Vivendi en 2015 (Hogge et Walewyns, 2016) auprès d'étudiant-es fréquentant deux universités bruxelloises, près d'un tiers des étudiant-es (29 % ; 33,4 % des étudiants et 22,5 % des étudiantes) a présenté une surconsommation hebdomadaire² d'alcool durant l'année académique, 15,4 % ont déclaré avoir été ivres plusieurs fois par semaine (21,3 % des étudiants et 11 % des étudiantes), et 15,2 % avoir pratiqué le *binge drinking*³ plusieurs fois par semaine (22,9 % des étudiants et 9,4 % des étudiantes). Ces formes de consommation excessive sont fortement associées à la participation au folklore étudiant et à la pratique des présoirées, et sont plus répandues chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 2 : Types de consommation excessive pratiquée au cours de l'année académique chez les étudiant-es bruxellois-es, par genre, 2015

	Surconsommation hebdomadaire	<i>Binge drinking</i> multi-hebdo	Ivresse multi- hebdo	Forte consommation ⁴
	%	%	%	%
Total	29,0	15,2	15,4	9,0
Genre				
Hommes	33,4	22,9	21,3	13,3
Femmes	25,5	9,4	11,0	5,6

Source : enquête ULB/Saint-Louis 2015 (Hogge et Walewyns, 2016)

Plus récemment, l'enquête réalisée en 2022 à l'échelle des étudiant-es de l'ULB et de la HELB Ilya Prigogine (Paume & Sourdin, 2023) confirme que ces pratiques sont encore bien ancrées en population étudiante. En effet, 13,9 % des étudiant-es (18,4 % des étudiants et 11,2 % des étudiantes) ont déclaré avoir été ivres au moins une fois par semaine depuis la rentrée académique, et le *binge drinking* au moins hebdomadaire concerne 13,9 % des étudiant-es (19,9 % des étudiants et 10,4 % des étudiantes). Ces pratiques sont significativement plus fréquentes chez les étudiants que chez les étudiantes, et varient à nouveau grandement en fonction des habitudes festives.

² Plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes.

³ Consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de maximum 2 heures.

⁴ Etudiant-es ayant pratiqué à la fois la surconsommation hebdomadaire, le *binge drinking* et l'ivresse multi hebdomadaires.

EUROTOX asbl

Observatoire Socio-épidémiologique Alcool-drogues

Tel : 02/539.48.29

Email : info@eurotox.org

Site web : www.eurotox.org



Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des étudiant·es ayant consommé de l'alcool au cours des deux dernières années, 2022

	Consommant de l'alcool %	Sensation d'ivresse au moins une fois par semaine %	Binge drinking au moins une fois par semaine %
Genre (N=3003)			
Hommes	82,0	11,2	10,4
Femmes	84,1	18,4	19,9
Age (N=3105)			
Moins de 20 ans	79,7	14,2	16,1
21 à 23 ans	85,3	17,2	15,6
24 à 26 ans	87,6	12,8	9,3
27 ans et plus	82,7	4,4	5,4

Source : enquête ULB/HELB 2022 (Paume & Sourdin, 2023)

3- L'usage d'alcool dans la population générale (HIS 2018)

En Belgique, l'usage d'alcool est estimé dans la population générale sur base de la consommation auto-rapportée via un questionnaire administré dans le cadre de l'enquête HIS, dont la dernière levée a été réalisée en 2018. Il est très probable que les résultats sous-estiment la prévalence réelle de l'usage pour deux raisons. D'une part, l'enquête ne couvre pas, en raison de la méthodologie utilisée, les personnes incarcérées, en institutions (hors maisons de repos), ni celles vivant en situation de logement précaire. D'autre part, les refus de participation sont particulièrement élevés, malgré l'utilisation depuis 2013 de chèque-cadeau pour stimuler la participation: en 2018, 37,4%⁵ des ménages contactés (en ce compris les personnes isolées) ont refusé d'y participer. Ils ont certes été « remplacés » par d'autres ménages sur base de trois critères partagés : la localisation géographique, la taille du ménage, et l'âge de ses membres. Mais on ne peut exclure qu'une certaine proportion des ménages ayant refusé de participer ont pris cette décision parce qu'ils ne souhaitent pas que certains comportements ou problématiques soient révélés ou parce qu'ils ne sont pas en état de recevoir un·e enquêteur·trice à leur domicile.

En 2018, l'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées est de 17,9 ans pour les hommes et de 18,7 ans pour les femmes en Région bruxelloise. Si on concentre sur la tranche d'âge des plus jeunes, la différence de genre est équivalente puisque l'âge moyen est de 16,7 ans chez les hommes de 15-24 ans et 15,8 ans chez les femmes de la même tranche d'âge.

Environ 23,4% des Bruxellois·es âgé·es de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de boissons alcoolisées. L'abstinence sur la vie est légèrement plus élevée chez les femmes (27,5%) que chez les hommes (19%) et, sans surprise, elle diminue de manière relativement linéaire avec l'âge des répondant·es. Elle est clairement influencée par le niveau d'instruction et diminue à mesure que celui-ci augmente.

La prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool (consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes et de plus de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois) est de 7,3% dans la population bruxelloise âgée de 15 ans et plus. Les différences de genre sont peu marquées (parce que l'indicateur est défini de manière genrée) et on observe même chez les 25-34 ans un effet de genre légèrement inversé. La surconsommation hebdomadaire augmente

⁵ En outre, dans 12% des cas, le ménage n'était pas joignable.



progressivement avec l'âge des répondant-es, mais elle diminue à partir de 75 ans. Elle tend à être un peu plus élevée chez les individus les moins instruit-es (7,8%) et chez les plus instruit-es (8%), alors qu'elle avoisine 6% chez les personnes ayant atteint le niveau secondaire inférieur ou supérieur. Pendant de nombreuses années, la surconsommation hebdomadaire ainsi définie par la Société française d'alcoologie⁶ faisait figure de limites conseillées pour éviter les effets nocifs de l'alcool. Ces seuils ont récemment été revus à la baisse, notamment par l'agence Santé Publique France ainsi que, en Belgique, par le Conseil Supérieur de la Santé, suite à des publications d'études épidémiologiques suggérant qu'une **quantité d'alcool supérieure à 10 verres par semaine** représente déjà un risque pour la santé, notamment par rapport à la prévalence de certains cancer. En 2018, 15,1% de la population bruxelloise consommait de manière hebdomadaire au moins 10 verres d'alcool. Elle est nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge, et suit une courbe en U inversé avec l'âge, le pic de prévalence étant observé entre 65 et 74 ans (29,1%).

La prévalence de la **consommation quotidienne** d'alcool (au cours des 12 derniers mois) augmente fortement avec l'âge des répondant-es, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge (sauf chez les 15-24 ans). A Bruxelles, 14,2% des hommes et 9,4% des femmes auraient consommé quotidiennement une ou plusieurs boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois. La consommation quotidienne est un peu plus élevée chez les personnes ayant le niveau d'instruction le plus élevé (niveau d'études supérieures : 12,6% *versus* environ 10% pour les autres niveaux). Cet indicateur ne prenant pas en compte les quantités consommées, l'enquête HIS a récemment introduit un indicateur de **consommation quotidienne à risque** (au cours des 12 derniers mois), qui prend en compte le nombre de verres consommés. La prévalence de la consommation quotidienne à risque augmente également avec l'âge des répondant-es mais, contrairement aux autres indicateurs, elle ne diffère pas en fonction du sexe, parce que les seuils utilisés sont genrés (plus de 4 verres quotidiens pour les hommes et plus de 2 verres pour les femmes). En Région bruxelloise, 5,7% des hommes et des femmes consomment quotidiennement une quantité d'alcool considérée comme excessive. La consommation quotidienne à risque évolue également en forme de U avec le niveau d'instruction des répondant-es : 5,2% (niveau primaire), 3,2% (secondaire inférieur), 4,2% (secondaire supérieur) et 6,7% (niveau d'études supérieures).

La prévalence du de l'**hyperalcoolisation hebdomadaire** (consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois) s'élève à 7,3% chez les Bruxellois-es de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (9,9% *versus* 4,8%). Ce comportement est un peu plus fréquent chez les 15-24 ans, en particulier chez les jeunes hommes (12,1%). Elle n'est pas impactée par le niveau d'instruction.

La prévalence du **binge drinking hebdomadaire** (consommation d'au moins 6 verres d'alcool en 2 heures maximum au moins une fois par semaine pour les hommes, et 4 verres d'alcool en 2 heures maximum au moins une fois par semaine pour les femmes) concerne 4% des Bruxellois-es. Ce comportement est un peu plus fréquent chez les hommes que chez les femmes mais la différence est faible (4,8% *versus* 3,3%). Contrairement aux idées reçues, ce comportement apparaît finalement comme étant plus fréquent chez les adultes que chez les jeunes. Ce constat ne veut pas dire que les jeunes ne binge drink pas, mais qu'ils le font de manière moins fréquente que les adultes : 12,3 % des garçons et des filles de 15-24 ans le font au moins une fois par mois (données non visibles dans le tableau). Étonnamment, les personnes les plus à risque par rapport au binge drinking hebdomadaire semblent être les hommes de 65-74 ans (12,8%). Ce comportement ne varie pas en fonction du niveau d'instruction.

⁶ Société Française d'Alcoologie (2003). Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque, usage nocif. Recommandations de la SFA 2003. *Alcoologie et Addictologie*, 25 1-92.

EUROTOX asbl

Observatoire Socio-épidémiologique Alcool-drogues

Tel : 02/539.48.29

Email : info@eurotox.org

Site web : www.eurotox.org



Les prévalences d'usage problématique d'alcool sur la vie⁷ ou au cours des 12 derniers mois sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Elles augmentent avec l'âge, en particulier la prévalence sur la vie, probablement parce que la probabilité de survenue sur la vie d'un trouble ou d'un épisode problématique, quel qu'il soit, augmente avec l'âge des individus, mais aussi parce que les adultes consomment plus d'alcool. En Région bruxelloise, 15% de la population aurait déjà eu un épisode d'usage problématique d'alcool au cours de la vie, et 8,1% au cours des 12 derniers mois. Les hommes de 35-54 ans seraient les plus concernés par l'usage problématique au cours des 12 derniers mois (14%). La prévalence de l'usage problématique au cours de la vie chez les usager-es actuel-les d'alcool s'élève à 19,7%. Les analyses standardisées pour l'âge et le genre montrent que l'usage problématique sur la vie chez les consommateur-rices actuel-les est en augmentation constante entre 2001 et 2018.

Tableau 4 : Prévalence de l'usage problématique d'alcool dans la population générale en Région bruxelloise, par genre et par tranche d'âge, 2018

	15-24 ans % (n=124)	25-34 ans % (n=308)	35-44 ans % (n=375)	45-54 ans % (n=310)	55-64 ans % (n=290)	65-74 ans % (n=238)	75 ans et + % (n=154)	Total % (N=1.799)
Prévalence de l'abstinence sur la vie								
Hommes	37,9	15,9	19,9	22,6	15,4	4,9	9,8	19,0
Femmes	41,3	26,5	34,7	24,9	26,0	15,9	19,2	27,5
Total	39,5	21,2	27,3	23,7	21,1	11,0	15,5	23,4
Prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	2,1	5,4	8,3	10,3	13,6	15,0	16,1	9,0
Femmes	3,5	6,3	2,1	4,2	10,3	11,7	3,8	5,7
Total	2,8	5,8	5,2	7,3	11,9	13,2	3,5	7,3
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	0,0	4,9	11,6	12,4	22,0	39,0	35,6	14,2
Femmes	1,1	1,8	1,8	6,9	17,1	19,7	31,2	9,4
Total	0,5	3,4	6,7	9,7	19,4	28,2	32,9	11,7
Prévalence de la consommation hebdomadaire supérieure à 10 verres								
Hommes	8,2	19,2	18,8	20,8	28,0	40,9	25,0	21,5
Femmes	3,5	10,4	2,8	7,3	14,0	19,4	10,4	9,1
Total	6,0	14,8	10,8	14,2	20,5	29,1	16,0	15,1
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,0	2,5	5,6	6,1	9,2	10,5	10,9	5,7
Femmes	3,5	6,3	2,1	4,2	10,3	11,7	3,8	5,7
Total	2,2	4,4	3,8	5,2	9,8	11,2	6,5	5,7
Prévalence de l'hyperalcoolisation hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	12,1	7,8	9,0	10,3	10,6	12,4	10,3	9,9
Femmes	7,7	6,2	1,8	4,5	6,3	6,7	1,6	4,8

⁷ Cet indicateur est estimé à l'aide du test de screening CAGE, qui se compose des 4 questions suivantes : Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? ; Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ? ; Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb) ? En cas de réponse positive à au moins 2 des 4 questions, on considère qu'il y a eu occurrence d'un usage problématique d'alcool sur la vie.

EUROTOX asbl

Observatoire Socio-épidémiologique Alcool-drogues

Tel : 02/539.48.29

Email : info@eurotox.org

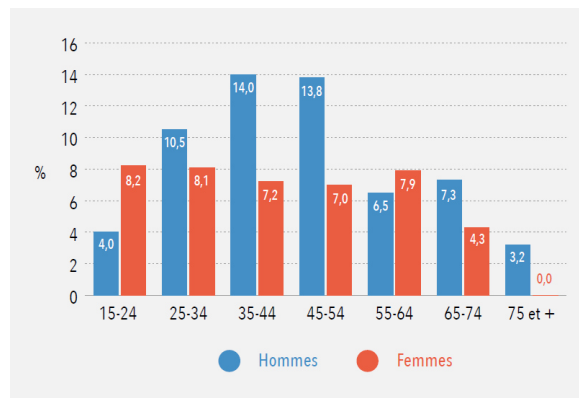
Site web : www.eurotox.org



Total	10,0	7,0	5,4	7,5	8,3	9,2	5,0	7,3
Prévalence du binge drinking hebdomadaire au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,4	2,9	3,9	6,4	6,2	12,8	3,8	4,8
Femmes	0,0	5,3	1,3	3,4	5,3	6,2	0,0	3,3
Total	0,8	4,1	2,6	5,0	5,7	9,1	1,5	4,0
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie								
Hommes	4,9	20,6	24,0	20,5	13,3	20,8	12,1	17,9
Femmes	10,3	14,6	13,3	12,7	13,4	14,6	0,9	12,2
Total	7,4	17,6	18,6	16,7	13,4	17,3	5,4	15,0
Prévalence de l'usage problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	4,0	10,5	14,0	13,8	6,5	7,3	3,2	9,7
Femmes	8,2	8,1	7,2	7,0	7,9	4,3	0,0	6,6
Total	5,9	9,3	10,6	10,6	7,2	5,7	1,3	8,1
Prévalence de l'usage problématique d'alcool sur la vie chez les consommateurs actuels								
Hommes	8,0	25,6	29,7	28,3	12,5	20,6	13,0	22,1
Femmes	18,0	21,1	22,2	15,4	17,2	17,4	0,0	17,1
Total	12,5	23,6	26,3	22,1	14,9	19,0	5,8	19,7

Source : enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Figure 2 : Prévalence de l'usage problématique d'alcool (estimé à l'aide du CAGE) au cours des 12 derniers mois dans la population générale en Région bruxelloise, par genre et par tranche d'âge, 2018



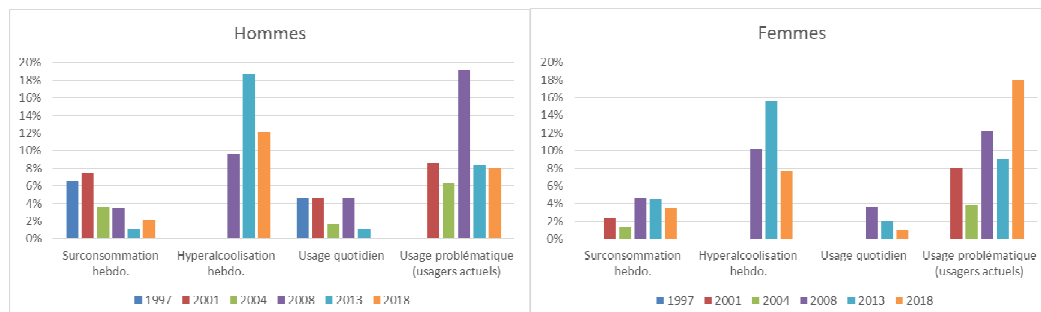
Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

Les analyses standardisées pour l'âge et le genre montrent que l'âge moyen de la première consommation de boissons alcoolisées a diminué chez les hommes entre 2008 (18,6 ans) et 2018 (17,9 ans). Le même constat est observé chez les femmes (2008 : 19,6 ans ; 2018 : 18,7 ans).

Chez les 15-24 ans, l'hyperalcoolisation hebdomadaire a considérablement diminué en 2018 chez les hommes et chez les femmes (après une augmentation importante en 2013). L'usage problématique sur la vie chez les usager-eres actuel-les est en augmentation chez les jeunes femmes (18% en 2018 contre 9,1% en 2013), alors qu'il est stable autour de 8% chez les jeunes hommes. Ces évolutions doivent toutefois être considérées avec prudence en raison du petit nombre de personnes interrogées pour cette tranche d'âge, qui augmente la marge d'erreur.



Figure 3 : Evolution de la surconsommation hebdomadaire, de l'hyperalcoolisation hebdomadaire, de l'usage quotidien et de l'usage problématique sur la vie chez les 15-24 ans en Région bruxelloise, 1997-2018



Source : Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

4- Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool (TDI⁸ 2022)

Selon les estimations, seule une minorité des usager-es de drogues illicites évoluerait vers une consommation problématique (UNODC, 2011 ; Rehm, Room, van den Brink & Kraus, 2005). La prévalence de l'usage problématique d'alcool concerne également une minorité des usager-es, mais elle paraît proportionnellement plus fréquente que pour les drogues illégales, en particulier en ce qui concerne la dépendance alcoolique, qui est estimée annuellement à 5% pour les hommes et à 1% pour les femmes au niveau européen (Anderson & Baumberg, 2006). Toutes les personnes présentant un usage problématique ne demandent pas forcément de l'aide. Les données relatives aux demandes de traitement ne sont donc pas forcément représentatives de l'ensemble des personnes présentant un usage problématique, a fortiori parce que les demandes ne sont actuellement récoltées que dans les services spécialisés en assuétudes et dans les hôpitaux. Or des prises en charge des problématiques d'alcool surviennent également en pratique libérale (médecins, psychologues, psychiatres) ainsi que dans certaines structures qui ne sont actuellement pas couvertes par le TDI (e.g. maisons médicales, services de santé mentale).

Nous présentons ici le profil des patient-es ayant introduit en 2022 une demande de traitement dans un service spécialisé en assuétudes ou dans un hôpital (général ou psychiatrique) en Région bruxelloise. Les profils sont détaillés pour chaque produit principal. Les produits autres que l'alcool sont fournis à titre comparatif. Ces analyses sont extraites d'un livret thématique spécifique sur les demandes de traitement, qui est en cours de finalisation et sera publié début 2024.

Le nombre de demandes de traitement pour un problème de consommation d'alcool ou de drogues s'élevait à 3.317 en 2022 dans les centres participant actuellement à la récolte de cet indicateur en Région bruxelloise (services spécialisés et hôpitaux). Ce nombre correspondait à 3.057 patient-es uniques⁹, dont l'âge et le sexe étaient précisés pour 2.999 d'entre eux. La proportion de patient-es en traitement pour un usage problématique d'alcool en produit principal s'élevait à 35,1% dans les services

⁸ *Treatment demand indicator*. Cet indicateur épidémiologique consiste en un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soins pour un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale dans les 28 pays de l'Union Européenne ainsi que la Norvège et la Turquie. Il récolte des informations sociodémographiques et de consommation des personnes faisant ce type de demande. En Belgique, la récolte est coordonnée par Sciensano. Elle s'étend actuellement aux services spécialisés en assuétudes et aux hôpitaux.

⁹ L'utilisation du numéro de registre national comme identifiant unique permettant d'éliminer les doublons n'est pas systématique. En Région bruxelloise, 40,2% des demandes de traitement ont été enregistrées de manière anonyme en 2021. Nous les conservons dans les analyses car elles émanent souvent d'un public davantage précarisé, qu'il convient de représenter également dans les analyses.



spécialisés et à 79,2% dans les hôpitaux. L'alcool apparaît également comme un produit problématique pour de nombreux·ses patient·es ayant mentionné un autre produit principal que l'alcool. Par exemple, plus d'un tiers des patient·es en traitement pour un usage problématique de cocaïne en produit principal mentionnent également un usage problématique d'alcool (34,6% dans les services spécialisés et 43,2% dans les hôpitaux ; voir « polyconsommation » dans le tableau 6).

Les patient·es ayant introduit une demande pour un problème d'alcool en produit principal sont majoritairement de sexe masculin (74,8%) et d'un âge compris entre 35 et 54 ans (59,2%). Chez les femmes, les patientes ont le plus souvent un âge compris entre 35 et 64 ans. Ces tranches d'âge sont probablement davantage représentées parce qu'il existe un délai important entre l'âge du premier usage et l'âge du premier traitement. Cette latence importante s'explique par l'existence de trois étapes dans la trajectoire de consommation : 1) le développement d'un usage problématique s'inscrit généralement dans la durée ; 2) les usager·es éprouvent souvent des difficultés à prendre conscience et accepter leur problème de consommation ; 3) les personnes ayant un usage problématique éprouvent ensuite des difficultés à entreprendre des démarches et à solliciter une aide professionnelle une fois le problème reconnu, notamment en raison de la honte et de la peur d'être stigmatisé, d'où l'importance d'améliorer la détection et l'intervention précoce dans les pratiques de première ligne, afin d'intervenir avant que les problématiques ne se chronicisent et n'impactent lourdement la personne sur le plan biopsychosocial. Ces étapes peuvent ainsi s'étendre sur de nombreuses années, préalablement jalonnées de tentatives autonomes et infructueuses de reprise de contrôle de la consommation. Le nombre de demandes de traitement baisse ensuite à partir de 55 ans, probablement pour différentes raisons (augmentation avec l'âge de la probabilité de réussir un traitement et maintenir l'abstinence, augmentation de la mortalité avec l'âge, diminution avec l'âge du risque de développer un usage problématique, etc.).

Comme on peut le voir sur le tableau 5, l'âge et le sexe des patient·es peuvent considérablement varier en fonction du produit principal¹⁰. Par exemple, la proportion de femmes est plus importante pour l'alcool (25,2%) que pour les autres produits, en particulier les opiacés (12,1%). La proportion de patient·es de 55 ans et plus est plus importante pour l'alcool (21,4%) que pour les autres produits (14% pour les hypno-sédatifs et 11% pour les opiacés, et moins de 5% pour les autres produits). On retrouve aussi une petite proportion de seniors (65 ans ou +) parmi les patient·es ayant introduit une demande pour un problème avec l'alcool (3,8%) ou avec les hypno-sédatifs (3,5%), alors qu'on n'en retrouve quasiment pas pour les autres produits. Les seniors ne sont donc pas épargnés par l'usage problématique de certains produits et une attention particulière doit leur être accordée, le passage à la retraite étant une période de transition critique par rapport au risque de développement d'un usage problématique d'alcool et de médicaments psychotropes.

¹⁰ Le produit principal est défini comme celui qui pose le plus de problèmes à l'utilisateur lors de l'introduction de la demande de traitement. Son identification repose généralement sur la demande faite par les usager·e·s et/ou sur le diagnostic posé par le professionnel. Concrètement, le protocole implique de d'abord identifier l'ensemble des produits qui causent actuellement problèmes au patient, et de spécifier ensuite l'éventuelle présence d'un produit principal. Un produit principal est identifié dans la grande majorité des cas (99,6% en Région bruxelloise pour l'année 2021).



Tableau 5 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement pour un usage problématique d'alcool dans les centres spécialisés et les hôpitaux en Région bruxelloise, 2022

	24 ans et - %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65 et + %	Total %
Tous produits							
Hommes (n=2.359)	5,6	18,5	25,6	20,0	7,8	1,2	78,7
Femmes (n=640)	2,0	3,6	6,4	5,1	3,4	0,9	21,3
Total (N=2.999)	7,6	22,1	32	25,1	11,2	2,1	100
Alcool							
Hommes (n=1.008)	2,6	13,0	22,5	23,2	11,4	2,2	74,8
Femmes (n=339)	1,0	2,8	6,8	6,8	6,2	1,6	25,2
Total (N=1.347)	3,6	15,8	29,3	29,9	17,6	3,8	100
Opiacés							
Hommes (n=327)	1,6	16,9	32,8	25,8	9,9	0,8	87,9
Femmes (n=45)	0,3	3,8	4,6	3,2	0,3	0,0	12,1
Total (N=372)	1,9	20,7	37,4	29	10,2	0,8	100
Cocaïne							
Hommes (n=513)	4,4	22,2	32,3	18,5	3,0	0,5	80,9
Femmes (n=121)	1,6	3,6	8,7	4,4	0,8	0,0	19,1
Total (N=634)	6,0	25,9	41	22,9	3,8	0,5	100
Cannabis							
Hommes (n=242)	19,8	31,4	23,2	7,2	1,0	0,0	82,6
Femmes (n=51)	5,5	4,8	4,4	2,0	0,7	0,0	17,4
Total (N=293)	25,3	36,2	27,6	9,2	1,7	0,0	100
Hypnotiques/sédatifs							
Hommes (n=86)	7,0	22,8	23,7	16,7	5,3	0,0	75,4
Femmes (n=28)	1,8	1,8	6,1	6,1	5,3	3,5	24,6
Total (N=114)	8,8	24,6	29,8	22,8	10,5	3,5	100

Source : Sciensano

Dans les **services spécialisés**, la majorité des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool en produit principal sont des hommes (79,3%). Les patient-es sont généralement âgé-es de 25 à 54 ans (79,5%). Un peu plus d'une moitié des demandeur-euses vit dans un domicile fixe (57,3%). L'autre moitié se répartit entre la vie en institution (15,5%), dans la rue (12,6%), en prison (8,4%) ou dans des logements variables (5,4%). La majorité des patient-es vit avec des revenus de remplacement tels qu'une indemnité de maladie ou d'invalidité (39,1%), un revenu minimum ou une aide du CPAS (14,1%), une allocation de chômage (10,6%) ou ne dispose pas de revenu propre (13,2%). Enfin, les demandeur-euses de traitement pour une problématique d'alcool n'ont pour la plupart pas dépassé le niveau des études secondaires (72%). Une minorité de patient-es est encore aux études/en formation (1,7%), mais on retrouve aussi une petite proportion de personnes retraitées (4,5%). Les personnes ayant introduit une demande de traitement pour une problématique d'alcool en produit principal sont donc nombreuses à présenter des vulnérabilités sur le plan socioéconomique. Seul un tiers



des patient-es (35,4%) n'a pas d'antécédents thérapeutiques. Près de la moitié des demandes de traitement émanent du/de la patient-e lui-elle-même, et un peu plus d'un tiers (36,2%) d'un autre service (médical, psychologique ou social). Seule une minorité des demandes émanent d'un proche (7,4%) ou de la justice (7,2%). L'âge moyen de la première consommation d'alcool est de 18.9 ans (SD=8,2, âge médian = 16). Cependant cette première consommation varie grandement selon les personnes (entre 10 ans et 62 ans). La majorité des patient-es (70,5%) ont déclaré consommer de l'alcool au moment de l'introduction de la demande de traitement, et un peu moins de la moitié (41,4%) de manière quotidienne. Mais une portion non négligeable de patient-es (29,5%) a déclaré ne pas avoir consommé au cours des 30 derniers jours. Il peut notamment s'agir de prise en charge en post-cure ou de patient-es abstinents-es qui souhaitent un appui professionnel en raison d'une fragilité passagère. Un peu plus d'un tiers des patient-es en traitement pour une problématique d'alcool déclarent avoir une polyconsommation problématique (37,7%). Les autres produits les plus consommés de manière problématique chez les patient-es en traitement pour un problème principal avec l'alcool sont, par ordre d'importance, la cocaïne (21,2%, dont 10% de crack) et le cannabis (17,9%), les hypno-sédatifs et les opiacés étant moins souvent évoqués (5,8% et 5,5% respectivement).

Les patient-es pris en charge dans les **hôpitaux** présentent de manière un peu moins fréquente des vulnérabilités socioéconomiques (e.g logement et revenu précaires, faible niveau d'éducation). La proportion de femmes y est plus élevée que dans les services spécialisés, probablement parce que ces services ont en général fortement « masculinisés » et peu adaptés aux spécificités féminines, mais aussi parce que les prises en charge en milieu hospitalier sont plus discrètes et moins stigmatisantes. La proportion de patient-es primo-demandeur-ses est également plus fréquente en milieu hospitalier que dans les services spécialisés (42,1% versus 35,4%). La proportion de demande émanant du patient-e est un peu plus élevée en structure hospitalière que dans les services spécialisés (59,9% versus 48,1%). La consommation quotidienne d'alcool lors de l'entrée en traitement est plus fréquemment rapportée en structure hospitalière que dans les services spécialisés (85,3% versus 41,4%), probablement parce que les sevrages médicalisés ont souvent lieu en milieu hospitalier. En revanche, on retrouve une proportion moins élevée de patient-es mentionnant une polyconsommation problématique en structure hospitalière que dans les services spécialisés (13,6% versus 37,7%).

Tableau 6 : Profil des patient-es ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés et les hôpitaux de la Région bruxelloise, 2022

	Centres spécialisés						Centres hospitaliers					
	Tous produits (n=2092)	Alcool (n=671)	Cocaïne (n=561)	Opiacés (n=338)	Cannabis (n=245)	Hypnotiques et sédatifs (n=92)	Tous produits (n=962)	Alcool (n=701)	Cocaïne (n=89)	Opiacés (n=39)	Cannabis (n=57)	Hypnotiques et sédatifs (n=24)
% de patient-es	100,0	32,1	26,8	16,2	11,7	4,4	100,0	72,9	9,3	4,1	5,9	2,5
Age												
Moyen	39.60	42.98	38.5	42.21	32.89	38.38	44.45	46.57	39.42	42.24	29.74	51.7
Médian	39	43	38	42	32	39	44	47	39.50	41	29	51
NR (n)	120	22	12	2	18	2	37	1	1	1	0	1
Genre (%)												
Hommes	82.7	79.3	82.9	89	86	84.4	69.4	70.8	66.3	74.4	70.2	41.7
Femmes	17.3	20.7	17.1	11	14	15.2	30.6	29.2	33.7	25.6	29.8	58.3
NR (n)	85	14	4	2	2	0	35	2	0	0	0	0
Logement (%)												
Domicile fixe	51.4	57.3	42.5	48	60	42.7	81.1	84.4	65.2	55.3	80.4	42.7
Logements variables	7.9	5.4	10	10.1	4.2	10.1	6.4	5.3	11.2	10.5	7.1	10.1
Rue	17.9	12.6	27.4	21.1	6.7	21.3	6.8	5.6	13.5	21.1	7.1	21.3
Institution	12.7	15.5	11.5	13.5	5.4	16.9	5.1	4.2	9	10.5	5.4	16.9
Prison	9.6	8.4	8.6	6.7	23.8	6.7	0	0	0	0	0	6.7
Autre	0.6	0.9	0	0.6	0	2.2	0.6	0.6	1.1	2.6	0	2.2
NR (n)	96	18	13	11	5	3	38	3	0	1	1	0
Revenu (%)												
Revenus de travail	20.1	17.8	18.5	18.9	33.8	13.9	24.9	26.9	13.8	10	24.5	15
Allocations de	8.8	10.6	6.3	7.8	12.2	5.1	7.4	7.7	7.5	3.3	10.2	0



chômage												
Indemnité maladie ou invalidité	29.8	39.1	29.7	24	17.8	24.1	39.6	40.2	45	46.7	32.7	40
Revenus minimum ou aide du CPAS	16.7	14.1	18.9	19.3	16.4	19	12.7	10.6	18.8	16.7	22.4	20
Pension de retraite ou de survie	1.8	3.9	0.4	1.4	0.5	1.3	6	6.7	2.5	3.3	0	20
Aucun revenu propre	21.4	13.2	24.6	27.7	17.4	35.4	7.8	6.3	12.5	20	8.2	5
Autre	1.5	1.3	1.6	1	1.9	1.3	1.6	1.6	0	0	2	0
NR (n)	277	49	53	42	32	12	127	62	9	9	8	4
Diplôme (%)												
Non scolarisé	4.2	3.8	4.3	4.2	4.8	8.6	1.4	0.9	3	0	4	5.9
Primaire	23.2	18.9	19.3	26.3	39	24.1	18.4	15.9	29.9	16.7	24	29.4
Secondaire	49.2	46.2	57.4	51.2	43.8	41.4	45.9	45.8	41.8	61.1	52	28.4
Supérieur	21	28.5	16.2	16	11.9	24.1	33.2	36	25.4	22.2	20	35.5
Autre	2.3	2.6	2.8	2.3	0.5	1.7	1.2	1.4	0	0	0	0
NR (n)	599	138	167	121	35	33	223	135	22	21	7	7
Antécédents de traitement (%)												
Oui	66.2	64.6	67.2	92.4	38	71.8	59.8	57.9	66.3	91.9	50	60.9
Non	33.8	35.4	32.8	7.6	62	28.2	40.2	42.1	33.7	8.1	50	39.1
NR (n)	475	123	162	47	37	21	73	28	3	2	5	1
Origine de la demande (%)												
La personne elle-même	57.4	48.1	69	61.5	44.4	54.7	55.9	59.9	50	25.6	52.6	41.7
Proche(s)	9.5	7.4	7.5	14.1	14.6	9.3	10.8	10	13.6	5.1	17.5	16.7
Autre service médico-psycho-social	25.8	36.2	17.8	22.8	20.9	33.7	30.5	28.9	31.8	64.1	17.5	37.5
Justice	6.5	7.2	4.6	1.3	19.7	1.2	1.3	0.4	3.4	5.1	5.3	4.2
Autre	0.8	1.1	1.1	0.3	0.4	1.2	1.5	0.9	1.1	0	7	0
NR (n)	142	130	15	26	6	6	42	8	1	0	0	0
Age de la première consommation												
Age moyen	21.03	18.89	23.78	22.94	17.14	25.3	21.21	20.07	27.92	23.47	17.76	36.44
Age médian	18	16	22	22	16	20.5	18	17	25.5	25	17	33
NR (n)	1300	404	382	192	123	62	309	196	29	24	15	6
Fréquence de consommation (%)												
Depuis plus de 30 jours	21.4	29.5	16.8	26.3	8.7	12.5	3.8	2.6	6.4	6.1	7.5	4.3
1 jour/semaine	9.8	7.4	19.6	7	6	6.3	4.1	2.1	19.2	3	7.5	0
2 à 3 jours/semaine	13.5	12.1	20.9	11.9	11.4	0	7.2	5.4	23.1	9.1	7.5	0
4 à 6 jours/semaine	10	9.6	12.5	6.6	11.4	3.1	6.1	4.5	17.9	12.1	5.7	8.7
Tous les jours	45.2	41.4	30.2	48.1	62.5	78.1	78.8	85.3	33.3	69.7	71.7	87
NR (n)	707	200	240	95	61	28	98	40	11	6	4	1
Comportement d'injection (%)												
Non	85.8	84.5	85.7	56.3	97.3	94.4	94.8	97.2	87.1	54.2	100	85.7
Oui, au cours de la vie	14.2	5.4	14.3	43.7	2.7	5.6	5.3	2.8	12.9	45.8	0	14.3
NR (n)	350	68	63	75	23	21	162	84	19	15	6	3
Polyconsommation problématique (%)												
Non	49.5	62.3	39.4	42.6	63.3	22.8	77.6	86.4	43.8	61.5	59.6	58.3
Oui	50.5	37.7	60.6	57.4	36.7	77.2	22.4	13.6	56.2	38.5	40.4	42.7
NR (n)	73	0	0	0	0	0	33	0	0	0	0	0

Source : Sciensano

En ce qui concerne les **différences de genre** (voir tableau 7), les femmes en traitement dans les services spécialisés pour un usage problématique d'alcool en produit principal paraissent proportionnellement moins touchées que les hommes par les facteurs de précarité. Ainsi, elles vivent plus fréquemment que les hommes dans un domicile fixe (72,8% versus 53,2%) et sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir eu un diplôme de l'enseignement supérieur (51,8% versus 22,2%). Enfin, les femmes sont un peu moins touchées que les hommes par l'absence de revenus (8,7% versus 14,5%). Au niveau des caractéristiques de la demande, les traitements en centres ambulatoires sont davantage privilégiés par les femmes que par les hommes (82,3% versus 63,5%). Cette différence est probablement corolaire au fait que les hommes enquêtés sont davantage touchés par la précarité. Les hommes présentent plus fréquemment des antécédents thérapeutiques que les femmes (67,1% versus 55,8%). Au



niveau du profil de consommation, les femmes déclarent moins fréquemment que les hommes avoir déjà eu recours à l'injection (0,8% contre 7,4%). Enfin, les polyconsommations problématiques sont moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes (25,5% versus 40,9%).

Tableau 7 : Profil des demandeur-euses de traitement pour consommation problématique de substance par genre et produits dans les services spécialisés en assuétudes de la région Bruxelles-Capitale, 2022

	Hommes						Femmes				
	Tous produits (n=1659)	Alcool (n=526)	Cocaïne (n=462)	Opiacés (n=299)	Cannabis (n=209)		Tous produits (n=348)	Alcool (n=141)	Cocaïne (n=95)	Opiacés (n=37)	Cannabis (n=34)
% des demandes	100	31,7	27,8	18,0	12,6		100	40,5	27,3	10,6	9,8
Age											
Moyen	39.48	42.5	38.5	42.54	32.66		40.40	44.88	38.66	40.22	34.56
Médian	39	42	39	42	31.5		41	45	39.5	41	33.5
NR (n)	28	13	18	1	7		12	7	3	1	0
Logement (%)											
Domicile fixe	48.1	53.2	40.2	47.8	57.6		68.2	72.8	54.9	52.8	78.8
Logements variables	8.3	5.8	10.6	10	3.4		5.9	3.7	6.6	11.1	9.1
Rue	19.4	14	29.4	21.8	5.9		9.5	5.9	17.6	13.9	6.1
Institution	12.8	16	10.8	12.8	6.3		11.9	14	14.3	16.7	0
Prison	10.8	9.9	9.1	6.9	26.8		4.2	2.9	6.6	5.6	6.1
Autre	0.6	1	0	0.7	0		0.3	0.7	0	0	0
NR (n)	42	13	9	10	4		11	5	4	1	1
Revenus (%)											
Revenus de travail	20.8	17.9	19.5	19.9	35.9		17.2	18.1	14.3	12.1	22.2
Allocations de chômage	8.6	9.4	7.1	8	12.5		10	15.7	2.4	6.1	11.1
Indemnité maladie ou invalidité	28.3	39.1	26.6	23.8	15.8		37.5	38.6	46.4	27.3	33.3
Revenus minimum ou aide du CPAS	16.8	15.3	19.5	17.6	15.8		15.5	8.7	16.7	33.3	14.8
Pension de retraite ou de survie	1.4	2.9	0.5	1.1	0		3.9	7.9	0	3	3.7
Aucun revenu propre	22.6	14.5	25.2	28.4	17.9		14.6	8.7	19	18.2	14.8
Autre	1.5	1	1.7	1.1	2.2		1.3	2.4	1.2	0	0
NR (n)	164	37	41	38	25		39	14	11	4	7
Diplôme (%)											
Non scolarisé	4.7	4.1	4.8	4.8	5.6		2.1	2.7	2.5	0	0
Primaire	26	21	21.4	27.7	43		12	11.6	11.3	16.7	16.7
Secondaire	49.8	49.9	56.2	50	43.6		47.2	32.1	62.5	62.5	43.3
Supérieur	17.2	22.2	14.7	15.4	7.3		36.6	51.8	21.3	20.8	40
Autre	2.3	2.9	2.9	2.1	0.6		2.1	1.8	2.5	0	0
NR (n)	457	107	139	111	30		64	29	15	13	4
Origine de la demande (%)											
La personne elle-même	57.6	54.1	70.1	62.4	41.4		55.6	52.2	63.8	54.8	58.8
Proche(s)	9.1	6.6	6.9	12.2	15.8		11.5	6.5	10.6	32.3	8.8
Autre service médico-psycho-social	24.8	29.9	17	24	19.2		30.5	41.3	21.3	9.7	32.4
Justice	7.7	8.1	5.1	1.4	23.2		1.2	0	2.1	0	0
Autre	0.8	1.3	0.9	0	0.5		1.2	0	2.1	3.2	0
NR (n)	59	7	14	20	6		10	3	1	6	0
Type de centre (%)											



Bas seuil	36.9	21.9	42.6	61.2	17.2	23.6	10.6	35.8	51.4	11.8
Ambulatoire	48.9	63.5	35.9	26.4	77.5	65.5	82.3	42.1	40.5	85.3
Résidentiel	14.2	14.6	21.4	12.4	5.3	10.9	7.1	22.1	8.1	2.9
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antécédents de traitement (%)										
Oui	67.2	67.1	68.8	92.2	34.6	61.8	55.8	59.2	94.1	61.5
Non	32.8	32.9	31.2	7.8	65.4	38.2	44.2	40.8	5.9	38.5
NR (n)	334	100	135	43	27	60	21	24	3	8
Age de la première consommation du produit principal										
Age moyen	20.88	18.54	23.42	23.54	16.92	21.66	19.91	25.44	19.45	19.89
Age médian	18	16	21	23	16	18	16	23.5	17	17
NR (n)	1003	315	316	174	96	216	87	63	17	25
Comportement d'injection au cours de la vie (%)										
Oui	15	7.4	13.9	41.5	3.2	10.9	0.8	16.5	63	0
Non	85	92.6	86.1	58.5	96.8	89.1	99.2	83.5	37	100
NR (n)	230	52	53	65	19	46	13	10	10	4
Polyconsommation problématique (%)										
Non	47.5	59.1	38.3	41.8	63.2	59.2	74.5	45.3	48.6	64.7
Oui	52.5	40.9	61.7	58.2	36.8	40.8	25.5	54.7	51.4	35.3
NR (n)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Sciensano

On constate en Région bruxelloise, sur la période 2011-2019, une augmentation des demandes de traitement enregistrées auprès des centres spécialisés en assuétudes et des hôpitaux^{11 12}. En 2020, le nombre de patient-es en traitement a chuté tant dans les services spécialisés que dans les hôpitaux, en raison des mesures prises dans la lutte contre la pandémie de COVID-19, qui ont compliqué l'accès au soin. En 2021, l'impact de la crise sanitaire était encore perceptible. La diminution résiduelle en 2022 du nombre de patient-es pris en charge en structure hospitalière pourrait être la conséquence d'une réduction du nombre d'hôpitaux ayant participé à la collecte.

Tableau 8 : Evolution de la récolte des demandes de traitement en Région bruxelloise, 2011-2022

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Services spécialisés (N)	9	9	10	13	17	16	17	17	17	17	17	17
N patient-es uniques*	411	534	1149	1633	1965	2028	2261	2036	2168	1753	1898	2092
<i>Traitement bas seuil</i>	116	193	637	695	759	835	806	856	952	782	765	868
<i>Traitement ambulatoire</i>	121	184	356	754	1026	1056	1297	1044	1074	819	960	1075
<i>Traitement</i>	174	157	156	184	180	137	158	136	142	152	173	149

¹³ Les femmes sont plus vulnérables aux effets de l'alcool pour des raisons biologiques multiples : 1) en moyenne, le poids des femmes est moindre que celui des hommes (or, à quantité d'alcool fixe, le taux d'alcoolémie est inversement proportionnel à la masse corporelle) ; 2) les femmes ont généralement davantage de tissus adipeux, ce qui ralentit la dégradation de l'alcool ; 3) le corps des femmes contient moins d'eau que celui des hommes, ce qui diminue sa propension à diluer l'alcool ; 4) les femmes ont des concentrations moins élevées d'enzymes chargées de décomposer l'alcool, ce qui ralentit son élimination.

¹³ Les femmes sont plus vulnérables aux effets de l'alcool pour des raisons biologiques multiples : 1) en moyenne, le poids des femmes est moindre que celui des hommes (or, à quantité d'alcool fixe, le taux d'alcoolémie est inversement proportionnel à la masse corporelle) ; 2) les femmes ont généralement davantage de tissus adipeux, ce qui ralentit la dégradation de l'alcool ; 3) le corps des femmes contient moins d'eau que celui des hommes, ce qui diminue sa propension à diluer l'alcool ; 4) les femmes ont des concentrations moins élevées d'enzymes chargées de décomposer l'alcool, ce qui ralentit son élimination.

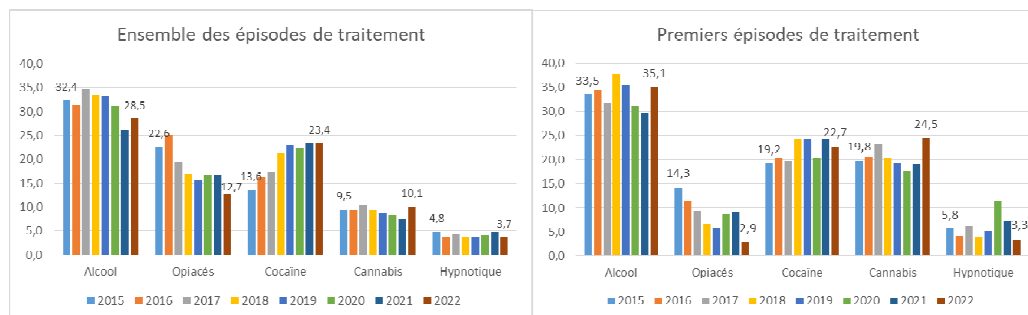


<i>résidentiel</i>												
Hôpitaux (N)	0	3	1	7	12	12	12	12	11	11	9	10
N patient-es uniques*	0	58	131	738	1036	1144	1169	1208	1027	861	948	962

*après élimination (partielle) des demandes multiples. Source : Sciensano

Le protocole TDI a été remanié en 2015 et la couverture de l'enregistrement a considérablement fluctué ces dernières années. Par conséquent, la situation n'est pas idéale sur le plan méthodologique pour dresser des tendances. Nous fournissons néanmoins quelques tendances en nous focalisant uniquement sur les centres qui ont participé à l'enregistrement chaque année de la période étudiée. En Région bruxelloise, 14 centres répondaient à ce critère en 2022. Comme on peut le voir sur la figure 4, les pourcentages d'épisodes de traitement liés à l'alcool (en produit principal) ont diminué entre 2015 et 2021 pour l'ensemble des demandes (-6,2%) ainsi que pour les primo-demandes (-3,8%). En revanche, un rebond est observé en 2022, en particulier en ce qui concerne les primo-demandes.

Figure 4 : Proportions d'épisodes de traitement par produit principal enregistrés en Région bruxelloise, 2015-2022



Source : Sciensano

5- Causes et conséquences des différences de genre en matière d'usage d'alcool

De nombreuses études épidémiologiques ont mis en évidence que les comportements de consommation d'alcool (et plus généralement de drogues) sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (voir par exemple, Borsari et al., 2007 ; Wicki et al., 2010). Ces différences de genre se reflètent tant au niveau de la prévalence de l'usage que de sa fréquence et de son intensité. Elles semblent en partie s'expliquer par de nombreux facteurs biologiques et psychologiques à l'œuvre dans la perception et la prise de risque (Harris, Jenkins & Glaser, 2006 ; Sapienza, Zingales & Maestripietri, 2009 ; Spigner & Hawkins, 1993), eux-mêmes grandement influencés par des processus de socialisation genrée. Les différences de niveau de consommation entre hommes et femmes sont en effet probablement en grande partie le reflet des rôles genrés et des attentes socio-culturelles. Ainsi, dans la construction des masculinités, l'injonction à la virilité est marquée par les prises de risques (généralement collectives), la démonstration de puissance (notamment physique) et le contrôle de ses émotions (Pezeril, 2018). La consommation d'alcool est généralement associée à des représentations valorisantes pour les hommes (démonstration de virilité et/ou de force, prise de risque, etc.), ce qui peut les motiver davantage à boire. La consommation féminine, quant à elle, est limitée par les rôles et les responsabilités que la société leur attribue, tout particulièrement celles liées au *care* (s'occuper des autres, notamment de leur partenaire et de leurs enfants). Leur consommation est également freinée par la croyance que boire nuit à leur comportement



social et à leur capacité à assumer leurs responsabilités et à contrôler leur sexualité. Ces rôles sociaux genrés s'accompagnent d'une série de croyances, d'attentes et d'injonctions sociales notamment dans leur rapport au risque et à la légalité (Vuattoux, 2018). Les normes de genre, transmises et intériorisées à travers les processus de socialisation, tendent à construire des figures différenciées masculine et féminine ainsi que des déviances associées. L'usage de drogues et d'alcool constitue une transgression des normes féminines et les sanctions sociales qui en découlent (stigmatisation, marginalisation), ont souvent pour conséquence de renforcer les risques sanitaires. Les usagères d'alcool ont des besoins complexes et spécifiques, corrélés à des vécus, des rôles socioculturels, des motivations, des usages, des risques et une approche de la santé différents. La prévalence de certaines vulnérabilités apparaît actuellement proportionnellement plus forte chez les femmes que chez les hommes, en raison de facteurs multiples.

Les écarts entre homme et femme en matière d'usage d'alcool tendent toutefois à diminuer, en particulier en ce qui concerne les jeunes générations (Slade et al., 2016 ; voir aussi ci-dessous). Cette diminution peut s'expliquer par une évolution des représentations portant sur l'usage (y compris excessif) des jeunes femmes, lequel est socialement davantage accepté que par le passé, voire valorisé dans certains contextes (e.g. situations festives, fêtes d'étudiant-es). Malgré ces évolutions, le genre continue de structurer les rapports au boire et les manières de les penser restent souvent empreintes d'androcentrisme (Palierne, Gaussot & Le Minor, 2015). Le boire reste une manière de « faire son genre » (Measham, 2002). Les conséquences de l'ivresse (apparence physique, désinhibition et perte de contrôle, débordement du corps) apparaissent contraire aux normes féminines, tandis qu'elles peuvent construire la masculinité. Si la consommation évaluée comme excessive est jugée plus négativement pour une femme que pour un homme, la prise en charge thérapeutique diffère aussi en fonction du genre du-de la patient-e, au niveau des perceptions de la consommation, des recommandations et du traitement proposé par les praticien·nes de santé (Dupuis & Mullier, 2018). Malgré des évolutions dans les perceptions, une plus forte réprobation sociale de la consommation féminine reste d'actualité (Beck, Legleye & De Peretti, 2006 ; Tashini & al., 2015 ; Dupuis & Mullier, 2018 ; Raucent, 2021)). En particulier, l'alcoolodépendance des femmes a tendance à être davantage stigmatisée et donc dissimulée, a fortiori chez les mères de famille ou chez les femmes enceintes, ce qui est susceptible d'entraver voire retarder l'entrée dans un parcours de soin (McCrary, Epstein & Fokas, 2020 ; Schamp et al., 2021). Tant sur le plan statistique que sur le plan des représentations sociales des usages d'alcool féminins et masculins, un écart se dessine encore entre hommes et femmes. On assiste davantage à un déplacement plus qu'à un dépassement des normes genrées structurant les modes de consommation d'alcool (Raucent, 2021). De manière générale, la santé, l'accès aux soins et les risques liés à l'usage de drogues et d'alcool sont donc grandement influencés par les déterminants sociaux et structurels (Canadian Institute for Advanced Research, 2002). Enfin, rappelons que les conséquences dommageables de la consommation d'alcool sur la santé sont aussi exacerbées chez les femmes, pour des raisons physiologiques et biologiques¹³. C'est la raison pour laquelle certaines recommandations ou seuils de consommation varient en fonction du genre (voir enquête HIS ci-dessus).

Les conséquences socio-sanitaires de la consommation d'alcool ne se limitent évidemment pas à la seule alcoolodépendance. L'alcool est reconnu comme étant un facteur étiologique ou d'aggravation de plus de 200 maladies et traumatismes tels que défini par la classification internationale des maladies ; il serait

¹³ Les femmes sont plus vulnérables aux effets de l'alcool pour des raisons biologiques multiples : 1) en moyenne, le poids des femmes est moindre que celui des hommes (or, à quantité d'alcool fixe, le taux d'alcoolémie est inversement proportionnel à la masse corporelle) ; 2) les femmes ont généralement davantage de tissus adipeux, ce qui ralentit la dégradation de l'alcool ; 3) le corps des femmes contient moins d'eau que celui des hommes, ce qui diminue sa propension à diluer l'alcool ; 4) les femmes ont des concentrations moins élevées d'enzymes chargées de décomposer l'alcool, ce qui ralentit son élimination.



même la cause de près de 6% des décès à l'échelle mondiale (soit plus de 3 millions de personnes par année) ce qui en fait un des principaux facteurs de risque de morbidité, de mortalité et d'invalidité (WHO, 2014). En Belgique, l'alcool est considéré comme étant la 4^e cause de morbidité et de mortalité prématurée (GBD, 2017). Son coût social a été estimé à quelques deux milliards d'euros par année (Lievens et al, 2016).

6- Perspectives

Le succès de l'alcool dans les pays occidentaux et a fortiori en Belgique s'explique par différents facteurs : produit culturellement ancré et grandement valorisé, publicité excessive, loi ambiguë et peu appliquée, marketing agressif à l'égard des jeunes, absence de régulation de l'offre dans certains lieux publics, sous-financement de la prévention...

La consommation excessive d'alcool est une réalité pour une proportion relativement élevée de la population bruxelloise, bien que la prévalence de l'abstinence soit particulièrement élevée en Région bruxelloise pour des raisons confessionnelles. Les premières consommations d'alcool débutent à l'adolescence pour plus de la moitié des jeunes bruxellois-es, parfois même avant l'âge légal, y compris en ce qui concerne certaines formes de consommation excessive. Les jeunes filles semblent tout au temps concernées que les jeunes garçons, ce qui était moins le cas par le passé et témoigne d'une féminisation des usages. L'entrée aux études supérieures constitue une période d'initiation pour beaucoup d'étudiant-es, durant laquelle certaines pratiques de consommation à risque peuvent aussi se développer ou se renforcer, y compris chez les étudiantes. La consommation d'alcool n'épargne pas non plus les adultes, qui en sont globalement les plus grands consommateurs-rices, et les différences de genre sont parfois ténues en population générale. On constate néanmoins des signes encourageants de diminution de certaines formes de consommation dans cette population, ce qui n'est en revanche pas le cas en population scolaire, ni en population étudiante, où la consommation excessive ne semble pas faiblir. La crise sanitaire a perturbé ces tendances (voir Stévenot & Hogge, 2021), illustrant l'importance du contexte social et socio-économique sur les pratiques de consommation. La période de crises successives que nous traversons doit nous faire prendre conscience de la nécessité de renforcer les outils de monitoring d'une partie, et d'autre part de renforcer l'offre de détection et d'intervention précoces (y compris hors du secteur spécialisé en assuétudes), de même que les stratégies de prévention et de promotion de la santé, afin que les usages excessifs développés pendant la crise sanitaire ou ceux favorisés par la dégradation de la santé mentale et l'augmentation de la précarité ne se chronicisent pas. Enfin, bien que la consommation d'alcool soit plus élevée chez les personnes ayant un haut niveau socioéconomique, l'impact délétère des usages sur la santé est plus important chez les personnes ayant un faible niveau socioéconomique, un paradoxe qui s'explique en grande partie par des mécanismes générateurs d'inégalités sociales de santé que les politiques publiques actuelles ne parviennent pas à contrebalancer.

Dans l'ensemble, cet état des lieux témoigne de la nécessité de développer une stratégie globale et cohérente au niveau fédéral, agissant à la fois sur l'offre et sur la demande d'alcool. Le plan alcool qui vient d'être validé au niveau fédéral fut une occasion ratée d'agir efficacement sur l'offre et sur la demande d'alcool. La promotion de l'alcool reste extrêmement libérale et insidieuse, dès les plus jeunes âges et tout au long de la vie, malgré les réglementations visant à protéger les mineur-es. Ce cadre culturel et les efforts des alcooliers pour contourner les lois et règlements visant à protéger les publics vulnérables favorisent le développement de représentations socialement favorables vis-à-vis du produit, atténuent la perception de sa dangerosité, et diminuent la prise de conscience et la perception objective des consommations nocives ou à risque. La difficulté de mettre en œuvre des cadres légaux contraignants et d'impulser de réels changements politiques témoigne du niveau d'ancrage de ce produit dans nos habitudes sociales et culturelles et de la puissance des lobbies de l'alcool.



L'étude des comportements de consommation d'alcool et de leur perception par la société par le prisme du genre constitue un champ prometteur. Les spécificités de l'usage d'alcool liées au genre sont vastes et sous documentées. Une meilleure compréhension des rapports sociaux qui sous-tendent les consommations des femmes est indispensable pour identifier la complexité et la diversité des problématiques qu'elles rencontrent. Sans cette compréhension sociologique du boire, les efforts institutionnels de sensibilisation et de traitement des personnes alcoolodépendantes sont susceptibles de maintenir, voire de renforcer, les stéréotypes de genre qui font justement obstacles aux parcours de soin (Raucent, 2021). Ainsi, il en va de la qualité scientifique de renforcer l'intégration d'une perspective de genre dans la production de connaissances sur le thème des assuétudes afin de documenter et d'objectiver les réalités de terrain mais aussi d'outiller les politiques. Des moyens financiers et humains sont nécessaires à la mise en œuvre de projets et de dispositifs spécifiques et sensibles au genre, au vu notamment des difficultés d'atteindre les publics marginalisés pour la récolte de données tels que les femmes et les minorités sociales de genre ayant un usage problématique d'alcool.

7- Références bibliographiques

Beck, F., Legleye, S. & De Peretti, G. (2006). L'alcool donne-t-il un genre ? *Travail, genre et sociétés*, n°15, 141-160.

Dujeu M., Pedroni C., Lebacqz T., Desnouck V., Moreau N., Holmberg E., Castetbon K. (2020). *Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone*. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 48 pages.

Dupuis, M. & Mullier, P-H. (2018). Genre et alcool. Etude dans un centre de jour. *Drogues, Santé, Prévention* « Jeunes, genres et usages de drogues (I) », n°84.

GBD (2017). 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. *The Lancet*, 390(10100),1260-1344.

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

Harris, C.R., Jenkins, J., & Glaser, D. (2006). Gender differences in risk assessment: Why do women take fewer risks than men?

Hogge, M. et Walewyns, E. (2016). *Consommation d'alcool en milieu étudiant bruxellois : un projet de réduction des risques*. Bruxelles : Modus Vivendi.

Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Kantor, L. W. (2016). The Influence of Gender and Sexual Orientation on alcohol use and alcohol-related problems: toward a global perspective. *Alcohol research : current reviews*, 38(1), 121–132.

Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaegen, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W. & Annemans, L. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. IRCP Research Series, vol. 51. Antwerpen: Maklu.

McCrary, B.S., Epstein, E.E., & Fokas, K.F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research*, 40:08.

Measham, F. (2002). « "Doing Gender" – "Doing Drug": Conceptualizing the Gendering of Drugs Cultures », *Contemporary Drug Problems*, 29 : 335-373.



Palierne, N., Gaussoit, L. & Le Minor, L. (2015). Le genre de l'ivresse. *Journal des anthropologues*, 140-141, 153-172.

Paume, J., & Sourdin, C. (2023). *Enquête sur les assuétudes*. Bruxelles: Observatoire de la vie étudiante de l'ULB.

Pezeril, C. (2019). Les « jeunes » et les « drogues » : la nécessaire approche relationnelle du genre. *Drogues, Santé, Prévention* « Jeunes, genre et usages de drogues (II) », n°85.

Raucent, E. (2021). L'expérience sociale du boire est-elle genrée ? Famille, Culture et Education, étude n°35.

Sapienza, P., Zingales, L., & Maestripieri, D. (2009). Gender differences in financial risk aversion and career choices are affected by testosterone. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106, 15268-15273.

Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremeaux, L., & Vanderplasschen, W. (2021). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38, 175-189.

Slade, T. Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women systematic review and meta-regression. *BMJ Open*, 6:e011827.

Spigner, C., & Hawkins, W.E. (1993). Gender differences in perception of risk associated with alcohol and drug use among college students. *Women & Health*, 20, 87-97.

Stévenot, C. & Hogge, M. (2021). Les conséquences de l'épidémie de covid-19 sur l'usage de drogues et les usagers : focus thématique. Bruxelles : Eurotox.

Taschini, E., Urdapilleta, I., Verlhiac, J-F. & Tavani, J. L. (2015). Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 435-461 pp.

Vuattoux, A. (2018). Filles et garçons au tribunal pour enfants : un traitement différent ? *Drogues, Santé, Prévention* « Jeunes, genres et usages de drogues (I) », n°84.

8- Pour plus d'info (www.eurotox.org/publications)

Le **Tableau de bord 2022** de l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-TB-2022-Bruxelles_tma.pdf

La **fiche de synthèse** du tableau de bord 2022
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Synthese-2022-Bruxelles_1.pdf

Le livret « **Alcool - Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques** »
https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret6-Alcool_3tma.pdf

