

Faculté de santé publique

Développement et mise en œuvre du Plan d'Action National Alcool (PANA) : Enquête aux *stakeholders*.

Mémoire réalisé par

Hélène Giarra

Promoteur(s)

Pablo Nicaise

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Développement et mise en œuvre du Plan d'Action National Alcool (PANA) : Enquête aux *stakeholders*.

Mémoire réalisé par

Hélène Giarra

Promoteur(s)

Pablo Nicaise

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

Un jour, un professeur de la faculté de santé publique a répété cette phrase avec insistance : « On ne réussit pas un master universitaire seul ». Il avait raison.

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de cette recherche laborieuse, car sans elles, ce travail n'aurait pu aboutir :

Tout d'abord, Monsieur Pablo Nicaise, promoteur de ce mémoire, qui m'a apporté conseils judicieux et orientations précieuses pour ce travail. Merci aussi pour le temps qu'il m'a consacré.

Ensuite, je tiens à remercier Monsieur Pierre Smith qui m'a guidée dans l'élaboration du questionnaire et l'analyse statistique de ce mémoire.

Je voudrais également remercier les personnes qui ont répondu à mes questions tout en prenant le temps de me recevoir chaleureusement. Merci à elles pour leur disponibilité et leur intérêt portés envers ma recherche.

Enfin, j'adresse mes remerciements à mon conjoint et mon entourage pour leur soutien et encouragements sans failles tout au long de cette formation.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Abréviations :

ASBL: Association Sans But Lucratif ;

AWSR : Agence Wallonne de la Sécurité Routière ;

CIM : Conférence Inter Ministérielle ;

CLIP: Conflit/Collaboration Légitimité Intérêt Pouvoir ;

CPSD : Cellule Politique de Santé en matière de Drogues ;

HoReCa: Hôtellerie Restauration Cafés ;

IBSR: Institut Belge pour la Sécurité Routière ;

JEP : Jury d'Éthique Publicitaire ;

OCDE- OECD: Organisation de Coopération et de Développement Économique- Organization Organisation for Economic Co-operation and Development ;

OMS- WHO: Organisation Mondiale de la Santé- World Health Organization;

PANA: Plan d'Action National Alcool;

PME: Petite ou Moyenne Entreprise

SEM: *Self Explicated Method*;

SPF: Service Public Fédéral;

VSV : Vlaamse Stichting Verkeerskunde.

TABLE DES MATIÈRES :

1	Introduction :	11
1.1	Résumé	11
1.2	Contextualisation de la problématique	12
1.2.1	L'alcool, un problème de santé publique	12
1.2.2	Contexte : consommation d'alcool en Belgique	13
1.3	La nécessité d'un plan	14
1.4	Le plan mondial	15
1.5	Le plan européen (2012-2020)	16
1.6	Quelques particularités d'autres pays	17
1.6.1	L'Écosse	17
1.6.2	La France	17
1.6.3	L'Italie	17
1.7	Le Plan d'Action National Alcool belge	18
1.7.1	Chronologie	18
1.7.2	Contenu et actualités	18
1.8	Question de recherche	21
2	Méthodologie	22
2.1	Approche conceptuelle	22
2.1.1	Mise à l'agenda politique	22
2.1.2	Agendas cachés	23
2.1.3	Priorisation	24
2.1.4	Complexité	24
2.2	La méthode	25
2.3	Déroulement	26
2.3.1	La phase exploratoire	26
2.3.1.1	La phase quantitative	30
2.4	Méthode d'analyse	32
2.4.1	Phase exploratoire	32
2.4.2	Phase quantitative	33
3	Résultats	34
3.1	Matériel émergeant des entretiens pour élaborer l'outil de collecte des données de la phase 2 :	34

3.2	<i>Résultats de la phase quantitative.</i>	39
3.2.1	Présentation des répondants :	39
3.2.2	Principaux résultats de l'enquête :	41
4	Discussion	49
4.1	<i>Synthèse des résultats</i>	49
4.2	<i>Interprétations</i>	51
4.3	<i>Validité de la recherche</i>	57
4.4	<i>Pistes d'action et perspectives de recherche</i>	60
5	Bibliographie	61

1 Introduction :

1.1 Résumé

J'ai entendu parler pour la première fois du Plan d'Action National Alcool belge en novembre 2017, lorsque j'effectuais mon premier jour de stage à Univers Santé. Je suis restée très surprise par les interpellations de cette ASBL. Je me suis rendu compte que je connaissais très mal ce sujet. J'ai donc commencé à m'y intéresser. Plus je découvrais des aspects du plan, plus mon intérêt vers son étude augmentait. C'est donc naturellement que j'ai choisi ce sujet pour réaliser mon mémoire de fin d'études.

Voici un résumé des éléments que l'on trouvera dans ce mémoire :

La consommation nocive d'alcool est un réel problème de santé publique. C'est le troisième facteur favorisant la maladie dans le monde (OMS, 2010). La Belgique n'est pas épargnée par ce phénomène. Pour rappel, la Belgique présente une consommation annuelle de 9.8 litres d'alcool par habitant (de plus de 15 ans), ce qui est au-dessus de la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) et de la moyenne mondiale (OCDE, 2015). De plus, 82% des Belges de plus de 15 ans consomment de l'alcool (Gisle, 2014).

Depuis plusieurs années, de nombreux pays s'engagent dans la lutte des méfaits liés à la consommation d'alcool à l'aide de plans. En effet, la problématique relève de plusieurs dimensions : sociales, juridiques, financières, sanitaires, *et cetera*. et les actions possibles s'étendent sur plusieurs axes : éduquer, prévenir, contrôler l'offre, interdire le marketing, renforcer les structures curatives... Le plan est l'outil le plus adapté pour coordonner ces différentes mesures. La Belgique tente sans succès depuis environ 10 ans d'élaborer son propre Plan d'Action National Alcool (PANA). Notons qu'en plus de devoir coordonner différentes dimensions et différents axes d'action, la Belgique doit également coordonner différents niveaux de pouvoir. J'ai donc réalisé une enquête auprès des parties prenantes afin de répondre à la question suivante : « pourquoi le plan alcool n'a-t-il pas encore abouti ? ». Pour mener à bien mon enquête, j'ai utilisé des éléments issus de la littérature et de la presse. Ils m'ont aidée à identifier le contexte de l'élaboration du PANA et l'ensemble des intervenants. Ensuite, j'ai réalisé une phase exploratoire à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 4 experts. Cela m'a permis de récolter six mesures qui faisaient débat dans l'élaboration du plan : interdire la vente d'alcool aux -18 ans, autoriser la vente de bière et de vin aux +16 ans, interdire strictement la publicité pour l'alcool ciblant les -18 ans, contrôler systématiquement l'âge des personnes qui achètent de l'alcool, augmenter le prix des alcools bon marché et interdire la vente d'alcool sur les aires d'autoroute. J'ai aussi identifié cinq critères de performance de ces mesures : le coût social, l'efficacité, l'acceptabilité, la cohérence et la faisabilité. Par la suite, j'ai effectué une *self-explicated method (SEM)* sur base de ces six mesures et cinq critères dans le but d'identifier les préférences entre quatre groupes de *stakeholders*, à savoir

les étudiants, les politiciens, les professionnels de la santé et les producteurs/vendeurs/lobbies. Le test statistique ANOVA me permet de déceler l'existence de différences significatives d'opinions sur les mesures et l'importance des critères entre ces quatre groupes de *stakeholders*. La SEM met en avant que l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans et l'interdiction stricte de publicité pour l'alcool ciblant les moins de 18 ans sont jugées très performantes et sont consensuelles. Il me semble donc que les *stakeholders* sont d'accord pour protéger les mineurs. Cependant, j'ai pu mettre en avant l'existence de différences significatives entre différents *stakeholders*. Il apparaît notamment que les étudiants et les producteurs sont en désaccord sur l'importance que représente le coût social et la faisabilité des mesures. Cela a des conséquences dans l'appréciation de l'utilité des mesures dans ces deux critères pour ces deux *stakeholders*. L'existence de désaccord entre les différents *stakeholders* semble faire obstacle à l'aboutissement d'un plan. Néanmoins, d'autres raisons peuvent expliquer son non-aboutissement. L'impact de la régionalisation de certaines compétences semble être une cause majeure de l'échec du PANA.

1.2 Contextualisation de la problématique

1.2.1 L'alcool, un problème de santé publique

La consommation nocive d'alcool est un réel problème de santé publique. Elle est définie selon deux facteurs : la quantité d'alcool ingérée et le mode/ l'habitude de consommation.

Cette dernière est directement responsable de nombreuses maladies physiques telles que la cirrhose hépatique, les cancers oropharyngés, les cancers hépatiques, *et cetera*. Mais elle est aussi responsable de manière indirecte d'autres problèmes de santé mentale ou physique. De plus, elle peut engendrer des problèmes sociaux (isolement, destruction de la sphère familiale). L'absentéisme qu'elle induit parfois a des conséquences économiques sur notre société. L'alcool au volant cause de nombreux décès chez les populations jeunes à travers le monde. Ces conséquences, qu'elles soient physiques, psychiques, sociales ou économiques sont en fait évitables. Il est donc tout à fait possible de diminuer le fardeau de la maladie et de ses conséquences liées à la consommation nocive d'alcool. (Gecchini & Belloni, 2015; Gisle, 2014)

« Quatre buveurs sur cinq environ réduiraient leur risque de décès (toutes origines confondues) s'ils diminuaient leur consommation d'alcool d'une unité (10 grammes) par semaine. »(OCDE, 2015, p. 20)

1.2.2 Contexte : consommation d'alcool en Belgique

Selon l'enquête de santé 2013 (Gisle, 2014), les habitudes de consommation d'alcool sont plutôt stables ces dernières années en Belgique. Une grosse majorité des Belges âgés de plus de 15 ans consomment de l'alcool (82%). C'est autour de 18 ans et 4 mois que se situe la moyenne d'âge de la première consommation d'alcool. Les buveurs hebdomadaires consomment en moyenne 11 verres d'alcool par semaine.

Certains indicateurs ont diminué depuis la dernière enquête réalisée en 2008. C'est le cas pour la surconsommation hebdomadaire d'alcool (>14verres/semaine pour les femmes ou >21 verres/semaine pour les hommes). Elle est passée de 8 à 6% de la population des plus de 15 ans entre la dernière enquête de 2008 et celle de 2013. Par contre, la proportion de consommateurs quotidiens a, elle, augmenté. Elle passe de 12 à 14% de la population de plus de 15 ans de 2008 à 2013.

Pour finir, l'enquête aborde le phénomène de l'hyper alcoolisation hebdomadaire aussi connu sous le nom de *binge drinking*. Elle le définit comme le fait de « boire 6 verres ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois par semaine » (Gisle, 2014, p. 32). Ce phénomène est en légère augmentation parmi les 15- 24 ans (12% en 2008 contre 14% en 2013). De plus, le temps déclaré pour boire ces 6 verres a tendance à raccourcir dans cette tranche d'âge. En effet, 19% des 15-24 ans déclarent boire ces 6 verres en deux heures ou moins. Ce sujet reste une préoccupation importante en Belgique.

À propos de cette population que représentent les 15-24 ans, l'enquête dit ceci :

« Les résultats de l'enquête de santé confirment pour les jeunes la nécessité de mener des actions afin d'arrêter les dommages liés à une consommation massive d'alcool dans le but de s'intoxiquer. À ce niveau, la limitation de la disponibilité de l'alcool (la limitation des points de vente, instaurer un prix minimum, *et cetera*) est une des stratégies importantes. Plutôt que des mesures prohibitives de la consommation d'alcool jusqu'à l'âge de 18 ou 21 ans – ce qui ne fait jamais que stimuler la curiosité, susciter l'envie des jeunes pour l'alcool et postposer le problème – il serait opportun d'interdire par exemple la publicité pour les boissons alcoolisées et de contrer toutes les stratégies de marketing (sponsoring d'événements sportifs ou culturels par exemple) mises en œuvre par l'industrie de l'alcool pour séduire tout particulièrement la population juvénile. » (Gisle, 2014, p. 44)

La recherche de Vander Laenen et al. (2016) explique que les effets nocifs dus à la consommation d'alcool ont un coût social non négligeable en Belgique. Ils engendrent des frais d'hospitalisation, la perte de productivité ou de travail, une perturbation du système familial... Mais ils sont également responsables d'une grande partie des accidents de la route.

« En 2012, les coûts directs et indirects des substances addictives (les drogues illégales, l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs) sont estimés à 4,6 milliards d'euros en Belgique ou à 419 euros par habitant ou 1,19% du PIB. Les drogues légales imposent le coût le plus élevé à la société, car 45% (2,1 milliards d'euros) du coût social lié à l'abus de substances peut être attribué à l'alcool. »

(Vander Laenen et al., 2016, p. 4)

Dans le rapport de Anderson & Baumberg (2006), il est expliqué que beaucoup de pays européens soumettent la vente d'alcool à des accises et des taxes. C'est le cas en Belgique. De plus, ce rapport met en avant le fait que la production d'alcool représente une part importante du marché économique européen, mais belge également.

Enfin, la consommation d'alcool en Belgique est difficilement perçue comme un problème de santé publique. En effet, les occasions de consommer de l'alcool y sont fréquentes : repas de famille, fêtes, folklores, après le sport, lors d'un barbecue entre amis, *et cetera*. Cette consommation est vécue comme festive, joyeuse. De plus, l'alcool joue un rôle de facilitateur social : nous avons en effet tendance à nous sentir plus à l'aise et à entreprendre plus facilement une discussion après un ou deux verres. Sa consommation n'est pas spécialement perçue comme quelque chose de négatif ayant des effets néfastes. On peut dire que la consommation d'alcool est un fait assez banalisé chez nous (de Duve & Jacques, 2014).

1.3 La nécessité d'un plan

Premièrement, lorsqu'on parle de problèmes liés à la consommation abusive d'alcool, il existe différents publics cibles : les femmes enceintes, les jeunes, les personnes en état d'ivresse et/ou alcoolisées au volant, les gros buveurs *et cetera*. Pour chaque public cible, il y a une multitude d'axes d'action possibles : éduquer, prévenir, interdire, restreindre, taxer, soigner. Les grandes institutions de la santé (OCDE, 2015; OMS, 2010; OMS, 2012) appuient l'idée qu'il est nécessaire d'agir sur plusieurs de ces axes simultanément pour prendre en charge correctement les problèmes liés à l'alcool.

« Les décideurs et les chercheurs s'accordent à penser qu'il n'existe pas de mesure capable à elle seule de limiter la consommation nocive. » (OCDE, 2015, p. 105)

Deuxièmement, prendre en charge les problèmes liés à la consommation nocive d'alcool engendre la participation du domaine de la santé, mais aussi des autorités politiques, économiques, sociales, juridiques, culturelles, *et cetera*.

La prise en charge du problème de la consommation nocive d'alcool nécessite donc une politique intégrée cohérente et globale (Bantuelle, 2009; Conseil Supérieur de la Santé, 2018; Déclaration conjointe des Ministres, qui ont la Santé publique dans leurs attributions, sur la politique future en matière d'alcool, 2008; OCDE, 2015; OMS, 2010, 2012; Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique Déclaration conjointe de la conférence interministérielle drogues 15.04.2010, 2010). Ce qui implique en Belgique de la coordination et de la cohérence entre différentes compétences (la santé, les finances, le droit, la culture, la jeunesse *et cetera*) de chaque niveau de pouvoir (fédéral, entités fédérées et communal) dans différents axes d'action.

Pour encadrer tout cela, un plan est nécessaire. En effet, les plans ou programmes en santé publique permettent d'organiser des actions qui visent à atteindre des objectifs de santé dans un temps défini. Le plan exprime le développement d'une stratégie se composant de l'identification de moyens et d'autres objectifs (objectifs intermédiaires) permettant d'atteindre l'objectif principal. (« Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) », 2004). Il existe de nombreux plans visant la diminution des problèmes liés à la consommation nocive d'alcool dans le monde. La Belgique doit notamment s'inscrire dans la continuité du plan mondial et du plan européen de l'OMS.

1.4 Le plan mondial

Suite à la transition sanitaire, les problèmes de santé principalement rencontrés sont les maladies dites non transmissibles. L'alcool est l'un des quatre facteurs de risque les plus importants pour ces maladies. De plus, sa consommation majeure également le risque de développer une maladie transmissible. En 2010, l'OMS rédige sa stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool (OMS, 2010). L'OMS rappelle à cet égard que la consommation nocive d'alcool est un facteur évitable sur lequel il y a tout à fait moyen d'agir.

Cinq objectifs sont mis en avant par la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif d'alcool :

« (a) une plus grande conscience dans l'ensemble du monde de l'ampleur et de la nature des problèmes sanitaires, sociaux et économiques causés par l'usage nocif de l'alcool et un engagement plus énergique des gouvernements à lutter contre l'usage nocif de l'alcool ;

(b) une base de connaissances plus solide sur l'ampleur et les déterminants des méfaits de l'alcool et sur les interventions permettant de les prévenir et de les diminuer ;

(c) un appui technique plus important aux États Membres, qui de ce fait auront plus de moyens pour prévenir l'usage nocif de l'alcool et prendre en charge les troubles liés à l'alcool ainsi que les affections qui lui sont associées ;

- (d) des partenariats renforcés et une meilleure coordination entre les parties prenantes ainsi que la mobilisation de davantage de ressources pour mener une action concertée et judicieuse en vue de prévenir l'usage nocif de l'alcool ;
- (e) des systèmes perfectionnés de suivi et de surveillance à différents niveaux, une meilleure diffusion et une utilisation plus efficace des informations à des fins de sensibilisation, d'élaboration de politiques et d'évaluation. » (OMS, 2010, p. 8-9)

Pour cela, le plan propose d'agir selon **10 axes** :

- Le leadership, la sensibilisation et l'engagement
- L'action des services de santé
- L'action communautaire
- L'alcool au volant
- L'offre d'alcool
- Le marketing autour des boissons alcoolisées
- Les politiques de prix
- La réduction des effets néfastes de la consommation d'alcool et l'intoxication alcoolique
- La réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illégal ou produit de manière informelle
- Le suivi et la surveillance.

1.5 Le plan européen (2012-2020)

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie un plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif d'alcool 2012-2020 (OMS, 2012). Il sera suivi en 2015 de la publication d'une mise à jour de ce plan (WHO Regional office for Europe, 2017).

L'OMS introduit ce plan en justifiant sa nécessité dans une région comme l'Europe par rapport au reste du monde. En effet, c'est chez nous que l'on retrouve les plus hauts taux de consommation d'alcool ainsi que le plus de maladies et morts prématurées liées à la consommation nocive d'alcool. Après avoir brièvement décrit la situation de l'Europe, ce plan propose d'agir selon les mêmes **10 axes** qui étaient présentés dans la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Le plan définit notamment **l'offre de l'alcool**. Il s'agit dans cet axe, de l'accessibilité géographique de l'alcool (le nombre de magasins par quartier, la surface dédiée à la vente d'alcool, leurs heures d'ouverture). Mais aussi l'âge légal auquel on peut acheter de l'alcool. Il est prouvé que des mesures minimalistes sur l'accès aux boissons alcoolisées influencent positivement les gains en santé de la population.

De même, il définit **le marketing autour des boissons alcoolisées**. De fait, la publicité et les médias sont en partie responsables de la consommation nocive d'alcool, surtout chez les plus jeunes. Dans ce paragraphe, l'OMS affirme la nécessité de diminuer les publicités à caractère « fun et glamour », à la télévision et dans les autres médias. Ce point demande une réelle cohérence internationale étant donné le caractère « sans frontières » qu'a pris la communication. **Les politiques de prix** sont également expliquées. L'augmentation du prix de l'alcool réduit sa consommation et donc amène des bienfaits surtout pour les gros buveurs. Cela peut se faire par l'intermédiaire de l'augmentation des taxes sur l'alcool. Cela nécessite un travail de collaboration entre plusieurs sphères publiques (le service des finances, le service de santé publique, *et cetera*.)

1.6 Quelques particularités d'autres pays

1.6.1 L'Écosse

Ce pays s'est engagé pleinement depuis 2009 pour établir un plan national alcool. Sa politique en matière d'alcool est centrée sur trois grands axes : -réduire la consommation -'positives attitudes choix positifs'- soutenir les familles et les communautés. Pour tenter de réduire la consommation, l'Écosse choisit de travailler notamment sur l'attractivité, la disponibilité et l'accessibilité de l'alcool. Elle a par exemple récemment mis en place la politique de prix minimum par unité d'alcool en vue de rendre l'alcool moins abordable. Les vendeurs d'alcool doivent être détenteur d'une licence, ceci dans le but de contrôler la disponibilité. En vue de diminuer l'attractivité de l'alcool envers les enfants et les jeunes, l'Écosse propose d'interdire la publicité pour l'alcool à la télévision et au cinéma avant 21 heures (Scottish Government, 2018).

1.6.2 La France

Il existe en France une loi régulant spécifiquement la publicité pour l'alcool. De fait, la loi Évin définit clairement les fonds et les formes de ces publicités. Il est par exemple strictement interdit en France de rendre l'alcool attrayant dans une publicité. Il ne peut se retrouver dans le contenu de la publicité que des informations factuelles. De plus, la loi interdit de diffuser la publicité pour l'alcool sur des médias visant les jeunes (Gallopel-Morvan et al., 2017).

1.6.3 L'Italie

Dans ce pays, on observe une réelle diminution de la consommation d'alcool ainsi que de ses méfaits depuis quelques années (Beccaria & Rolando, 2015). L'Italie a travaillé son plan alcool dans la continuité du plan européen. Elle a notamment durci sa loi concernant la disponibilité de l'alcool sur le réseau routier. Pour cela, elle a interdit la vente d'alcool entre 02 et 06 heures. De même, elle a interdit la vente de spiritueux dans les points de vente du réseau routier (OCDE, 2015).

1.7 Le Plan d'Action National Alcool belge

1.7.1 Chronologie

Le projet d'élaborer un Plan d'Action National Alcool belge est le fruit d'une réflexion des acteurs de terrains et des politiciens qui commence dans le début des années 2000. C'est en 2008, après de nombreuses réunions de travail et de concertation que la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues (CPSD) et le groupe d'experts proposent à la Conférence Inter Ministérielle (CIM) le projet de PANA 2008-2012 (CPCP, 2008). Ce projet est le premier d'une liste qui compte maintenant trois tentatives. Aucun accord n'a abouti actuellement. Selon les dires de certains *stakeholders*, les mesures de départ auraient tellement été lissées et rabotées dans les versions suivantes du plan que ce dernier manquerait de sens. En effet, certaines mesures qui ne faisaient pas consensus comme le changement de la loi relative à l'âge légal pour acheter de l'alcool auraient tout simplement été retirées du plan. Ceci a pour effet que certains politiciens et travailleurs du terrain jugent le projet de plan actuel insignifiant. Enfin, certains acteurs pointent du doigt l'influence du lobby de l'alcool comme responsable de l'absence d'accord (A.L. & Allo, 2013; de Duve, 2017; Goorden, 2014; Henne, 2016).

1.7.2 Contenu et actualités

La première ébauche de PANA date du 10 mars 2008 (Conférence Ministérielle Santé Publique, 2008). Dans ce document, on retrouve une brève description de la situation « alcool » en Belgique suivie des directives mondiales et européennes préexistantes. Une explication des niveaux de pouvoir belge ainsi que de leurs compétences en matière de santé y est présente également. Ensuite, les visions et objectifs principaux sont développés. La vision principale de ce premier PANA est qu'il faut prendre en charge tous les types de consommation, et pas simplement se focaliser sur les personnes étant dépendantes. Les objectifs sont développés en trois sous-catégories :

- « 1) Prévenir les dommages liés à l'alcool.
- 2) Combattre la consommation inadaptée, excessive, problématique et risquée d'alcool.
- 3) Une politique orientée vers les groupes cibles (à risques) et les situations (à risques). »(Conférence Ministérielle Santé Publique, 2008, p. 15)

Pour atteindre ces objectifs, le PANA insiste sur la nécessité d’agir de manière intégrée, c’est-à-dire d’avoir une politique générale adressée à l’ensemble de la population.

Enfin, le PANA développe **7 lignes de force stratégiques** (sur base des 10 points d’actions issus du ‘Cadre de la politique en matière d’alcool dans la région européenne de l’OMS’).

La première : **une politique de prévention intégrée pour les secteurs et les groupes cibles** met en avant l’idée que la prévention doit être globale, c’est-à-dire dans l’ensemble des secteurs particuliers, mais avec un point d’attention spécifique pour les groupes cibles (les jeunes, les femmes enceintes, les hommes, les enfants de personnes ayant une dépendance à l’alcool et les groupes cibles défavorisés). La seconde vise les **situations à risque**, principalement les contextes d’alcool au volant et d’alcool sur le lieu de travail. Dans cette ligne de force, il est surtout question de renforcer les contrôles routiers en vue de diminuer les accidents de la route liés à une consommation d’alcool ainsi que d’encourager la création de politiques en matière d’alcool sur le lieu du travail. Ensuite, on retrouve **la détection des risques, l’intervention précoce et le traitement**. Ce point cible principalement le réseau de soin, les acteurs de première ligne et les aidants. Le PANA met l’accent sur la nécessité d’un **monitoring continu** de la situation de l’alcool ainsi qu’une évaluation continue des actions mises en place par le plan à travers l’introduction d’**études** systématiques (Conférence Ministérielle Santé Publique, 2008).

Le plan poursuit avec la nécessité de cadrer **le marketing et la publicité**, et ce par la législation belge ainsi que par un organe indépendant pour ce qui est de la publicité. Le PANA met aussi l’accent sur la nécessité d’un message clair sur les produits contenant de l’alcool.

En Belgique, la publicité audiovisuelle est réglementée par des lois. Ces dernières sont complétées par une convention appelée « convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l’alcool ». Elle stipule que la publicité ne peut encourager des comportements préjudiciables pour la santé et elle ne peut pas encourager une consommation immodérée. Un alinéa spécifique interdit la publicité d’alcool pour les mineurs. Actuellement, c’est le Jury d’éthique publicitaire (JEP) qui a la responsabilité de sanctionner les publicités ne respectant pas la convention. Le JEP est un organe d’autodiscipline indépendant. On parle d’un système d’autorégulation (Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l’alcool, 2013). Beaucoup s’accordent à dire que l’autorégulation est inefficace en matière de régulation de la publicité pour l’alcool (Anderson, Chisholm, & Fuhr, 2009; CPCP, 2008; de Duve, 2017)

La politique de prix est également abordée par le PANA. Dans cette partie, le plan décrit la majoration des accises sur l’alcool comme une mesure présentant un bon coût/efficacité. Le plan émet l’objectif de clarifier les réglementations existantes. De plus, ce point insiste sur le fait que les boissons non alcoolisées doivent

être moins chères que les boissons contenant de l'alcool. Ce qui n'est pas toujours le cas en Belgique. Fin de l'année 2015, une hausse des accises sur les boissons alcoolisées a eu lieu. Les accises pour le vin et la bière n'ont été que légèrement augmentées comparativement aux spiritueux qui ont subi une hausse plus franche (Van Geel & Mees, 2015). Cette mesure a été fortement critiquée dans la presse écrite. Il semble qu'elle n'ait pas abouti aux bénéfices financiers escomptés (rtbf.be, 2017).

S'en suit un point sur la **disponibilité**, principalement abordée sous la question de l'âge légal à partir duquel il est possible d'acheter de l'alcool, du lieu et de l'horaire de vente.

La Belgique distingue dans sa législation deux types d'alcool : les spiritueux et les alcools fermentés. Les mineurs de moins de 16 ans ne peuvent pas acheter de l'alcool, peu importe son type. Les personnes majeures peuvent acheter tous les types d'alcool et les mineurs âgés entre 16 et 18 ans peuvent acheter des alcools dits fermentés. Cette distinction entre spiritueux ou non est peu comprise et peu appliquée, surtout depuis l'apparition des boissons dites mixtes. (jeunes alcool et société, 2015). **Cette loi devrait subir un changement dans les prochaines années voire les prochains mois, car Maggie De Block a déposé un projet de loi durant l'année 2018 (De Block, 2018).**

La vente de spiritueux (à emporter ou sur place) est interdite sur les aires d'autoroute (jeunes alcool et société, 2015). Cela signifie que les boissons à base d'alcool fermenté se vendent le long de nos routes. Pourtant, le Code de la route belge a fixé sa limite à un taux de 0,5 gramme d'alcool par litre de sang. (Loi relative à la police de la circulation routière Chapitre V. Imprégnation alcoolique et ivresse, 1968)

1.8 Question de recherche

Il est maintenant clair que la consommation nocive d'alcool est un problème de santé publique. Ses conséquences sont multiples et dépassent le champ unique de la santé. Sa prise en charge nécessite de coordonner plusieurs actions dans plusieurs domaines à différents niveaux de pouvoir. La nécessité d'un plan ne fait plus de doute. Par ailleurs, plusieurs pays ou groupements de pays ont déjà élaboré leur propre plan pour diminuer les méfaits liés à l'usage nocif de l'alcool. Les projets de PANA belge s'inscrivent directement dans la continuité de ce qui a été proposé par l'OMS, en 2010 sur le plan mondial et en 2012 sur le plan européen. Cela atteste d'une cohérence entre ces différents niveaux : mondial, européen et national. Les nombreuses réunions ayant pour but d'élaborer le PANA n'aboutissent pas sur un accord, mais réaffirment régulièrement la nécessité d'une politique globale et intégrée en matière d'alcool. L'ensemble de ces éléments me pousse à me demander pour quelles raisons le PANA ne parvient pas à aboutir à un accord. Pour aborder cette question de recherche, la méthode d'enquête aux *stakeholders* semble une évidence à mes yeux, car elle me permettra de collecter les informations à la source.

Voici donc, ma question de recherche :

Développement et mise en œuvre du PANA : enquête aux stakeholders.

Pourquoi le plan n'a-t-il pas encore abouti à un accord politique ?

2 Méthodologie

2.1 Approche conceptuelle

2.1.1 Mise à l'agenda politique

La mise à l'agenda politique d'un problème est une notion abordée dans le cursus de la faculté de santé publique. Sa description se base sur les auteurs vus en cours.

Le modèle de Shiffman (Shiffman & Smith, 2007)

Il développe un cadre contenant quatre catégories de facteurs influençant la mise à l'agenda d'une politique. En premier lieu, il parle du pouvoir des acteurs. Les acteurs, autant les individus que les groupes tels que les institutions, jouent un rôle important dans la possibilité de mise à l'agenda d'un sujet. Plus **la cohésion** de ces acteurs est forte, plus il y a de chances de voir apparaître le sujet à l'agenda politique. De même, la présence d'un « **leader** », d'une personne capable de rassembler les autres, mais aussi de les mobiliser et de les guider, renforce la possibilité de mise à l'agenda. L'**efficacité des institutions** mandatées pour la mise en projet du sujet va bien sûr influencer la mise à l'agenda de ce sujet. Enfin, la mobilisation de la **société civile** influence également la mise à l'agenda d'un problème/sujet.

À propos de la société civile :

En Australie, certaines prises de décision politique en relation avec la santé publique sont soumises aux « Citizens'/Community juries » (CJ). Ce sont des groupes de personnes issues de la sphère publique qui vont débattre à propos d'un problème de santé publique et surtout de la proposition politique liée à ce problème. Cette discussion est souvent précédée d'une phase d'information sur le sujet, permettant à chacun d'avoir un discours éclairé. Ces CJ offrent d'impliquer officiellement la société civile ou en tout cas des représentants de celle-ci dans le processus de prise de décision. Cela est d'autant plus important que certaines décisions en santé n'ont aucun impact si elles ne bénéficient pas d'une participation de la population (Degeling, Rychetnik, Street, Thomas, & Carter, 2017).

Dans ce cas, la société civile est un acteur qui a du pouvoir lors de la mise à l'agenda du problème (comme dans le modèle de Shiffman), mais aussi dans la décision prise après la mise à l'agenda. En effet, dans les CJ on aborde notamment les questions sur l'acceptabilité ou la faisabilité d'une solution proposée.

Bien que cet outil offre une réelle plus-value dans l'optique de la santé publique, car il aide à la définition d'un problème et sa solution, il reste encore difficile à utiliser comme un réel outil d'aide à la décision politique (Degeling et al., 2017).

Ensuite, il y a les idées, ou plutôt la façon dont le problème va être compris ou décrit par les personnes impliquées. C'est ce qu'on appelle la problématisation. La problématisation passe par la définition du problème, ses causes et ses solutions. En **interne**, c'est-à-dire dans la sphère politique, plus il y a d'accords sur ces définitions, plus il y a de chances de voir le problème aboutir à l'agenda politique. En **externe**, il s'agit de trouver les bons mots pour présenter le problème à la population afin qu'ils résonnent, qu'ils fassent écho dans la population, qu'ils touchent le plus de monde possible.

Le contexte politique, c'est-à-dire le milieu dans lequel les acteurs évoluent, englobe les relations de pouvoir, les jeux d'influence et les axes de tensions, mais aussi la structure de **gouvernance**, à savoir si elle offre un milieu favorable à une action collective cohérente. Enfin, il implique aussi le concept de **fenêtre d'opportunité politique**, qui peut être définie comme un moment où, suite à des faits externes, il est plus favorable de parler d'un sujet.

Pour terminer, les caractéristiques du problème ; l'existence **d'indicateurs objectifs** tels que des valeurs épidémiologiques (l'incidence par exemple) permettant d'appuyer la réalité du problème est une grande aide à la mise à l'agenda politique. De même, la **gravité** du problème amène à la mise à l'agenda. Il faut pouvoir argumenter avec des données observables en quoi ce problème mérite de l'attention (plus qu'un autre). La **qualité des solutions potentielles** est aussi un facteur amenant la mise à l'agenda d'une problématique. Pour cela il faut qu'elles soient exprimées dans un langage clair et compréhensible, qu'elles soient efficaces, qu'elles reposent sur des données scientifiques probantes, faciles à mettre en œuvre et peu coûteuses. Si un problème est très important dans une population déterminée, mais qu'il n'existe à ce jour aucune solution, ou seulement des solutions peu efficaces ou très coûteuses, il y a peu de chance qu'il soit mis à l'agenda politique.

2.1.2 Agendas cachés

Comme l'exprime McConnell (2017) dans son étude, la notion d'agenda caché est définie comme un but que les décideurs politiques n'ont pas exprimé publiquement, mais qui aide à la mise en place d'une politique. Ce but n'est pas toujours en totale contradiction avec le but formellement exprimé. Les agendas cachés concernent des buts personnels, des objectifs de partis politiques, des objectifs institutionnels ou des agendas politiques. Cette pratique s'applique donc aux individus ou groupes d'individus qui ont l'autorité de prendre des décisions

politiques. Une fois l'agenda caché exposé, les effets sont assez dévastateurs. De fait, s'en suit souvent une rupture de confiance entre des décideurs politiques, mais aussi auprès de l'opinion publique. Certains projets ou politiciens sont discrédités. Cela peut mener à une crise ou un scandale et donc détruire les personnes concernées et/ou leurs projets politiques. Malheureusement, il semble, toujours selon la même étude, que les agendas cachés soient inévitables dans la sphère des politiques publiques.

2.1.3 Priorisation

Selon une étude (Kapiriri & Razavi, 2017), la priorisation des problèmes en santé publique peut être définie comme le processus de décision permettant d'allouer certaines ressources à un service/un groupe de patients/une politique plutôt qu'un(e) autre. C'est une aide à la décision majeure dans le cadre de politique de santé. La définition des priorités en santé publique est de plus en plus nécessaire étant donné que les problèmes de santé sont sans limites et que les ressources sont, elles, limitées. Pour ce faire, il existe plusieurs outils. Ceux-ci ne sont pas systématiquement utilisés. Ils permettent pourtant de prendre des décisions cohérentes, efficaces, efficientes et équitables.

2.1.4 Complexité

La complexité est définie comme :

« The tendency of existing in a closely knit network wherein, it is very difficult (or even impossible) to dissect or isolate and study the influence of constituent parts » (Noyes et al. 2013 cité par Ravishankar, Lewis, Mujja, Nair, & Sreekumaran Nair, 2015)

Lorsqu'on parle des interventions en santé publique, on les décrit comme complexes. Cela est dû à cinq grandes raisons (Ravishankar et al., 2015).

- Le nombre de composants (de l'intervention ou son contrôle) en interaction ;
- Le nombre et la difficulté des comportements requis par l'intervention (des bénéficiaires et des dispensateurs) ;
- Le nombre de groupes ou de niveaux organisationnels concernés par l'intervention ;
- Le nombre et la variabilité des résultats ;
- Le degré de flexibilité permis dans l'élaboration de l'intervention.

À ces cinq causes, l'étude ajoute le fait que le lien causal entre l'intervention et le résultat n'est pas linéaire. Cette complexité rend difficile la généralisation des résultats des interventions de santé publique, ainsi que la consolidation de données probantes.

2.2 La méthode

Afin de répondre au mieux à ma question de recherche, j'ai choisi d'utiliser la méthode d'analyse par les *stakeholders*. Cette méthode est appropriée dans l'analyse des situations contenant de nombreux acteurs ayant de nombreuses relations entre eux (Brugha & Varvasovszky, 2000b). Au sein de cette méthode, je vais récolter mes données à travers deux outils. Une collecte de données qualitatives précédera la collecte de données quantitatives selon le « design séquentiel exploratoire » (Aujoulat, 2016).

En premier lieu, quelques entretiens semi-directifs me permettront d'explorer la situation. Cette phase sera assez succincte. Elle a pour but de préparer et récolter le matériel utile pour la suite de ma recherche. Dans la seconde partie, j'utilise une *SEM* (Gustafsson, Herrmann, & Huber, 2007; Schlereth, Eckert, Schaaf, & Skiera, 2014; Srinivasan & Park, 1997) pour récolter et comparer les points de vue de différents *stakeholders* sur différentes mesures envisagées dans le plan et différents critères de ces mesures.

L'enquête aux *stakeholders* utilise les parties prenantes comme première source pour comprendre un problème. Les *stakeholders* ou parties prenantes en français sont définis comme :

« Des acteurs ayant un intérêt dans un problème en particulier, étant affectés par le problème, ou qui (de par leur position) influencent ou peuvent influencer de manière passive ou active la prise de décision ou le processus d'implémentation » (traduction personnelle) (Brugha & Varvasovszky, 2000a, p. 341)

Il y a trois questions préalables à aborder avant de se lancer dans ce type d'analyse. La première : Quels sont le but et la dimension temporelle de l'analyse ? Ensuite, il faut décrire la situation en fonction de son contexte. En dernier lieu, il faut définir le niveau auquel se déroulera l'analyse (Brugha & Varvasovszky, 2000a). Le but de ce mémoire est d'observer les différentes positions qu'occupent les parties prenantes dans la mise en œuvre du PANA. Ceci en vue de répondre à la question : « Pourquoi le plan n'a-t-il pas encore abouti à un accord politique ? ». Pour ce faire, j'ai considéré les événements politiques à partir de 2004 jusqu'à mars 2017, à l'exception de faits jugés importants de 2018 que j'ai inclus. Les collectes des données et l'analyse de celles-ci se sont déroulées sur une année environ (de juin 2018 à juin 2019). Il s'agit donc d'une étude avec une temporalité rétrospective et actuelle. Le contexte de l'élaboration du PANA est largement décrit plus haut dans ce travail. Enfin, le PANA est, comme son nom l'indique, un Plan d'Action National. Le niveau d'analyse sera donc national.

Par la suite, l'analyse par les *stakeholders* implique d'identifier l'ensemble des parties prenantes.

Dans mon cas, j'utiliserai les éléments de la littérature ainsi que ceux de la presse pour effectuer cette identification. Ensuite j'utiliserai les entretiens semi-directifs auprès de personnes jugées expertes pour vérifier que j'ai correctement identifié les parties prenantes du PANA. De plus, les rencontres avec les experts me permettront d'identifier des mesures qui ont été débattues lors de l'élaboration du plan. Je vise également à identifier des critères de qualité de ces mesures afin de pouvoir confronter les avis des *stakeholders* sur les mesures.

Ensuite, j'utiliserai les mesures et les critères identifiés à l'aide de la phase exploratoire pour interroger un échantillon plus large. Je vais utiliser la *SEM* pour identifier les préférences des *stakeholders* par rapport à plusieurs critères et plusieurs mesures (Srinivasan & Park, 1997). De plus, je vais chercher l'existence de différences de points de vue entre ces parties prenantes. En effet, la contextualisation du plan et de ces étapes laisse penser que le non-aboutissement pourrait être dû à des désaccords entre les *stakeholders*. L'utilisation de la *SEM* me permet de créer un outil de collecte facilement diffusable. Cela me permet donc d'élargir mon échantillon. Cet échantillon se composera de quatre sous-groupes de parties prenantes. L'idée est de faire émerger l'avis d'autres personnes qui ne sont pas directement actives dans l'élaboration du plan, mais qui sont directement concernées par le résultat de celui-ci.

2.3 Déroulement

2.3.1 La phase exploratoire

La phase exploratoire se compose de 4 entretiens semi-directifs.

Afin de mener ces entretiens, un guide (voir annexe A.) a été réalisé. Il poursuit les buts suivants :

- Vérifier et compléter la liste des parties prenantes déjà identifiées ;
- Récolter l'avis de personnes « expertes » sur le sujet afin de réaliser le questionnaire quantitatif, c'est-à-dire, identifier les mesures qui créent débat ou consensus ;
- Identifier les critères de définition de la qualité des mesures ;
- Comprendre pourquoi le PANA n'aboutit pas :
 - Question de contenu ?
 - Question de processus ?
- Identifier les attentes vis-à-vis du PANA en termes de santé publique.

Le Guide est semi-directif. Il a d'ailleurs fait l'objet de modifications entre certains entretiens suite à des réflexions, incompréhensions des sujets interrogés.

L'échantillon de la collecte qualitative est dit « sélectif ou intentionnel » (Aujoulat, 2016). Dans mon cas, la qualité de ma recherche dépendra de la pertinence des experts choisis. En effet, 4 entretiens est un petit nombre. Il est donc primordial de faire un choix éclairé. Pour m'aider à effectuer ce choix judicieux dans la sélection des experts interrogés dans cette première phase, j'utilise les critères de l'analyse sociale CLIP (Chevalier, Buckles, & Bourasse, 2013). Enfin, la représentativité de cette personne vis-à-vis de son groupe ou de son institution doit être assez fidèle.

Voici les critères d'inclusion de mon échantillon :

Une personne issue du pouvoir fédéral : cet acteur est officiel et il détient réellement du pouvoir pour prendre des décisions dans l'élaboration du projet. Il participe aux CIM, il est donc au courant des dernières modifications à ce sujet. Son intérêt est modéré à intense envers la problématique de l'alcool. Il représente le niveau fédéral. La combinaison de sa légitimité, son pouvoir, son intérêt et sa capacité à prendre des décisions fait de cet acteur un incontournable. L'idéal serait de rencontrer la ministre en charge de la Santé au pouvoir fédéral, mais un représentant de son cabinet sera tout aussi efficace et sans doute plus envisageable.

Un membre du SPF santé publique : les travailleurs du SPF santé publique encadraient les sessions de travail de la CSPD et du groupe d'experts lors des étapes d'élaboration du plan. Cela fait d'eux des acteurs officiels. Il marque un intérêt fort pour l'élaboration du plan, car la santé est sa compétence principale. On peut attendre une certaine neutralité de l'institution fédérale puisqu'elle n'est pas liée à un parti politique. De plus, je pense qu'inclure un membre du SPF santé publique dans cet échantillon représente un atout. En effet, contrairement aux acteurs gouvernementaux qui changent tous les cinq ans, ces acteurs perdurent dans leurs fonctions. Cela leur permet d'observer la continuité du projet à travers les différents gouvernements. Donc, ils devraient me permettre de comprendre les faits, dans leurs contextes et leurs chronologies sans parti pris.

Un membre des entités fédérées : comme nous le savons, la Belgique est un pays avec une administration complexe, où différents niveaux de pouvoir se voient responsables de différentes compétences ou d'une partie d'une même compétence. La Santé n'y échappe pas. Il est donc important dans cette recherche d'avoir l'avis d'un acteur issu des entités fédérées. Pour rappel, elles ont, notamment, en charge les questions de prévention et de promotion de la santé. Ce qui est un chapitre non négligeable dans l'élaboration du PANA.

Média : Selon moi, les médias offrent une vision excentrée d'un problème. Leur intérêt est généralement motivé par la diffusion d'une information de qualité. Ils sont « externes » à la problématique du PANA. De ce fait, ils voient certaines collaborations ou certains conflits qui sont difficilement exprimés lorsqu'on est à l'intérieur du problème. C'est surtout en cette qualité que j'ai jugé important d'inclure cet acteur dans la partie qualitative. Afin d'effectuer un choix intéressant j'ai ciblé les journalistes qui avaient abordé la problématique de l'alcool en Belgique et ceux qui parlaient du PANA.

Afin de fixer un moment de rencontre, un premier contact par e-mail est pris et est suivi d'une prise de rendez-vous par téléphone ou e-mail. Si les personnes le désirent, elles ont accès au guide d'entretien au préalable. En fin de rencontre, je propose à la personne interrogée de recevoir une retranscription de son entretien. L'enregistrement facilite la retranscription nécessaire à l'analyse. Et enfin, les données seront totalement anonymes, cela permet aux personnes interrogées de se sentir plus en confiance.

Avant de réaliser l'analyse sociale CLIP (tableau 1), voici l'ensemble des acteurs que j'ai identifiés :

- La CIM santé publique, composée des ministres de la santé de chaque niveau de pouvoir (7 en tout) ;
- La Cellule Politique de Santé en matière de Drogue (CPSD), composée des conseillers des ministres de la Santé ;
- Le groupe d'expert ayant aidé la CPSD, une quinzaine de personnes ayant une expertise dans le domaine de l'alcool (médecins, psychiatres, travailleurs de terrain et du SPF santé publique) ;
- Les SPF : Santé publique, Finance, Économie, Classes moyennes, PME et énergie, Mobilité et transport, Intérieur, Emploi travail et concertation sociale, Justice ;
- Les producteurs belges d'alcool : brasseries, distilleries, *et cetera* ;
- Les vendeurs d'alcool : magasins, grandes surfaces, magasin de nuit «night shop » y compris les bars, restaurants, boîte de nuit (HoRéCa), Les buvettes, festivals, activités de folklore ;
- Les consommateurs majeurs : hommes et femmes de plus de 18 ans ;
- Les jeunes : ceux de moins de 16 ans et ceux entre 16 et 18 ans, consommateurs ou non ;
- La société civile : le dictionnaire Larousse définit la société civile comme : « le corps social, par opposition à la classe politique » ;
- Les milieux associatifs (jeunesse, addiction) : par exemple les mouvements de jeunesse, asbl *et cetera* ;
- Les médias : cela englobe les médias écrits et audiovisuels ;
- Le jury d'éthique publicitaire (JEP) : le JEP se définit comme ceci : « Nous sommes l'organe d'autodiscipline indépendant de la publicité en Belgique. Notre mission: assurer une publicité loyale, véridique et socialement responsable. » (JEP , s. d.) ;
- Les soignants : curatif et préventif, les travailleurs de la santé/santé mentale ;
- Les écoles, universités ;
- Le lobby alcool belge : Vinum Et Spiritus, les brasseurs belges (une des plus anciennes associations professionnelles au monde à laquelle presque toutes les brasseries belges sont affiliées) ;
- La sécurité routière : IBSR (Institut Vias), AWSR, VSV ;
- La police : ils s'occupent des contrôles de taux d'alcoolémie des conducteurs. Ils interviennent dans diverses situations liées aux effets néfastes de l'alcool (violences, agressions, état d'ébriété sur la voie publique) ;

- Les partis politiques : l'alcool étant une matière de santé publique, les partis envisagent différentes actions dans leurs programmes ;
- Chercheurs, experts, universitaires : tous ceux qui étudient la question de l'alcool.

L'association de plusieurs acteurs ayant des intérêts communs me permet de créer des groupes parmi les acteurs recensés :

- Administration fédérale et ministres : CIM, SPF santé, SPF mobilité, SPF finance, SPF économie PME, SPF emploi travail et concertation sociale, la police, l'agence fédérale pour la sécurité routière, SPF intérieur et les partis politiques. Ils sont directement impliqués dans l'élaboration du plan et impactés par son résultat
- Acteurs de terrains : Associations du secteur de la jeunesse, enseignants (écoles et universités), responsables de mouvement de jeunesse et professionnels de la santé. Ils sont indirectement impliqués dans l'élaboration du plan et impactés par son résultat.
- Les consommateurs : mineurs, majeurs, problématiques ou non, potentiels ou effectifs. Ils sont faiblement impliqués dans l'élaboration du plan et fortement impactés par son résultat.
- Acteurs liés économiquement à l'alcool : producteurs, vendeurs, lobby, fédération des brasseurs belges, Jury d'Éthique Publicitaire. Leur implication dans l'élaboration du plan est floue et officieuse et ils sont fortement impactés par son résultat.
- Acteurs qui apportent un regard extérieur à la situation : chercheurs, universitaires et média. Ils sont indirectement impliqués dans l'élaboration du plan et impactés par son résultat.

Tableau 1. Analyse de ces groupes selon le modèle CLIP (Chevalier et al., 2013) :

	Intérêt (+, ++, +++)	Pouvoir (+, ++, +++)	Légitimité (+, ++, +++)
Administration fédérale et ministres	++	+++	+++
Acteurs de terrain	+++	+	++
Consommateurs	+++	+	+
Acteurs liés économiquement à l'alcool	+++	++	+
Acteurs qui apportent un regard extérieur à la situation.	+	+	+++

NB : Les éventuels collaborations/conflits seront abordés dans la phase quantitative.

2.3.1.1 La phase quantitative

Pour cette phase de l'étude, l'échantillon est également de type sélectif. Il vise 400 personnes issues de quatre sous-groupes ; des étudiants, des vendeurs ou producteurs d'alcool, des politiciens et des travailleurs du secteur de la santé.

Des étudiants : le choix s'est porté vers des étudiants, car ils représentent une catégorie de consommateurs particulièrement à risque. L'échantillon cible des étudiants ayant des responsabilités au sein de la vie étudiante. Il s'agit de présidents de cercles, responsables d'associations étudiantes ou de kots à projets. Par facilité de recherche, les étudiants inclus fréquentent l'UCL et ULB. Une recherche basique sur internet m'a permis d'identifier une centaine d'adresses e-mail. Le questionnaire leur sera envoyé sur leur boîte mail étudiante.

Pour les décideurs politiques : l'échantillon vise des élus de différentes couleurs politiques, de différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional, communautaire) et de différentes origines linguistiques. Pour maintenir une bonne représentativité, j'invite une dizaine d'élus par parti¹ ayant chacun des niveaux de pouvoirs distincts. Il est important pour moi d'inclure dans ce sous-groupe des élus néerlandophones. En effet, pour augmenter la représentativité de cette catégorie au sein d'échantillon, il est primordial d'y inclure des élus néerlandophones. La communauté germanophone étant nettement minoritaire, je ne l'inclus pas dans ma recherche. Le questionnaire leur sera diffusé par e-mail (liste d'adresse rédigée via site officiel du parti ou du niveau de pouvoir). Ils ont le pouvoir d'influencer ou de prendre des décisions en matière de santé. Il est donc primordial de récolter leurs avis et de pouvoir le comparer à celui des autres sous-groupes.

Pour les producteurs/vendeurs/lobbies d'alcool : ils sont directement concernés par le PANA. De même, il semble qu'ils aient une influence relativement importante sur les décisions liées au secteur alcoolier. Une partie de ce sous-groupe sera composée de producteurs belges d'alcool (principalement de bières). Ceux-ci seront contactés par e-mail. Leurs adresses mail ont été collectées suite à une recherche Google. L'autre partie sera composée de vendeurs. Il apparaît que peu de bars, magasins de proximité, *et cetera*, ont une adresse mail. J'ai donc dû récolter les adresses e-mail en me rendant sur place. J'ai effectué une récolte des adresses mail dans les bars et cafés présents sur les sites universitaires d'ALMA et de Louvain-la-Neuve. J'ai ciblé ces deux sites universitaires afin de poursuivre l'angle de vue « étudiant ». Enfin, j'ai inclus dans cette catégorie des lobbyistes.

Les professionnels de la santé : cette partie de l'échantillon se compose de travailleurs dans le milieu de la prévention, mais aussi dans le milieu curatif. Il s'agit principalement de médecins (spécialistes et généraliste), psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou dans le domaine de la santé mentale. Elle cible également les travailleurs de VIAS (IBSR). Une liste d'une centaine d'adresses e-mail personnelles de ces travailleurs

¹ MR, PS, ECOLO/GROEN, DEFI, NVA, OPENVLD, CDH, CD&V

est dressée grâce à une recherche sur internet. Ici aussi, les professionnels de la santé travaillent avec un public jeune.

Une centaine de questionnaires seront envoyés par mail à chaque catégorie de personne. Plusieurs courriers de rappel seront également envoyés afin d'augmenter le taux de réponse (1/10 jours). L'enquête sera clôturée après 40 jours. Le questionnaire est diffusé via un lien individuel par courrier électronique à l'aide d'un programme d'enquête en ligne nommé Qualtrics.

L'outil de collecte se présente sous forme d'un questionnaire anonyme en ligne. Il est composé de plusieurs blocs. Le premier explore les données signalétiques du répondant.

Ensuite, les répondants vont devoir classer **les mesures** identifiées suite aux entretiens semi-directifs et sur base d'éléments du contexte : **interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans ; autoriser la vente de bière et de vin aux plus de 16 ans ; interdire strictement la publicité pour l'alcool ciblant les moins de 18 ans ; contrôler systématiquement l'âge des personnes qui achètent de l'alcool ; augmenter le prix des alcools bon marché ; interdire la vente d'alcool sur les aires d'autoroute** (voir tableau 2).

En premier lieu, il sera demandé de classer les mesures par ordre de **préférence**. Après, les mesures seront appréciées selon **5 critères** eux aussi identifiés suite aux entretiens semi-directifs et sur base de la littérature. « **Le coût social** est le coût que les mesures proposées engendrent pour la société » (Vander Laenen et al., 2016). « **L'efficacité** est la capacité des mesures proposées à atteindre le ou les buts fixés. » (European Commission DG budget, 2004). « **L'acceptabilité** est le degré d'attrait ou de satisfaction d'une mesure proposée de la part des acteurs concernés par celle-ci. » (Proctor et al., 2011). **La cohérence** est le fait qu'une mesure s'inscrive dans la continuité d'autres mesures déjà existantes. Le but est surtout d'éviter les contradictions entre des mesures (European Commission DG budget, 2004). **La faisabilité** représente les besoins techniques, technologiques, les ressources humaines et logistiques pour réaliser la mesure (WHO, 2013). Enfin, je demanderai aux répondants de pondérer les critères entre eux, en répartissant 100 points entre les différents critères selon la *constant sum method* (Schlereth et al., 2014).

Afin de rassembler un maximum d'avis, le questionnaire existe en deux versions différentes : français et néerlandais. Afin de rendre le questionnaire digeste et augmenter le taux de réponses, celui-ci ne prendra pas plus de 10 minutes. Il sera impossible de passer au bloc suivant sans avoir répondu à l'ensemble des questions d'un bloc. La copie du questionnaire est accessible à l'annexe B.

TABLEAU 2. PRÉSENTATION DES MESURES ET LEUR DÉFINITION TELLES QUE PRÉSENTÉES DANS L'ENQUÊTE.

Interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans. <i>Il s'agit d'interdire la vente de tout type d'alcool, dans tous les styles de magasins ou établissements pour toutes les personnes de moins de 18 ans</i>	Mesure 1
Autoriser la vente de vin et de bière aux plus de 16 ans <i>Il s'agit d'interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans, mais de faire exception de la bière et du vin pour les plus de 16 ans</i>	Mesure 2
Interdire strictement la publicité pour l'alcool visant les moins de 18 ans. <i>Cela signifie contrôler et sanctionner toutes les formes de publicités pour l'alcool ciblant les jeunes de moins de 18 ans.</i>	Mesure 3
Contrôler systématiquement l'âge des personnes qui achètent de l'alcool. <i>Il s'agit de contrôler à l'aide de documents officiels l'âge de tout acheteur d'alcool</i>	Mesure 4
Augmenter le prix des alcools bon marché <i>Cela consiste à augmenter le prix de vente, pas les taxes ni les accises. Les bénéfices ne reviennent donc pas à l'état, mais au secteur</i>	Mesure 5
Interdire la vente d'alcool sur les aires d'autoroute <i>Cela concerne l'ensemble des commerces présents sur les aires d'autoroute du réseau routier belge</i>	Mesure 6

2.4 Méthode d'analyse

2.4.1 Phase exploratoire

J'ai réalisé une analyse par catégories prédéfinies. Ces quatre catégories sont liées à la question de recherche. La première s'appelle : « **acteurs identifiés** », elle me permet de compléter la première identification des *stakeholders* basée sur l'analyse de la littérature grise. La seconde a permis de rassembler le matériel pour la phase suivante de ma recherche : « **mesures défendues et critères mis en avant** ». La troisième essaye de répondre directement à la question : pourquoi le plan n'a-t-il pas encore abouti ? Elle est intitulée « **raison de l'immobilisme** ». La dernière catégorie me permet d'identifier les buts que devrait poursuivre le PANA pour chacun des *stakeholders*. C'est la catégorie 4 : « **Buts poursuivis** ». Chaque catégorie d'analyse comprend des sous-catégories. Certaines sous-catégories émergeront des propos des professionnels interrogés et permettront éventuellement de compléter l'enquête par les *stakeholders*. Enfin, une catégorie intitulée « **hors catégorie** » reprend les éléments surprenants, intéressants, ou interpellant. J'ai effectué l'analyse une fois les 4 entretiens terminés.

2.4.2 Phase quantitative

En premier lieu, je vais observer les distributions des différents classements. Je vais comparer les moyennes et les écarts types pour vérifier qu'il existe une différence significative entre les positions qu'occupent les mesures et les critères dans leurs classements. Ensuite, comme le propose la SEM, je vais calculer les scores d'utilité de chaque mesure pour chaque critère.

« The foundation for SEAs is the linear additive multiattribute utility model. The utility of a product is the sum of its partworths, defined as the product of the desirability of the attribute levels and the associated attribute importance weights » (Schlereth et al., 2014).

Pour chaque score d'utilité je vais également calculer un Z score. Cela me permettra d'apprécier le consensus de la mesure. Afin de comparer les groupes de *stakeholders* entre eux, j'utiliserai le test statistique ANOVA. Cela me permettra de comparer les moyennes des scores d'utilité pour les différentes mesures pour chaque critère pour chacun des groupes de *stakeholders*. J'utiliserai également le test d'ANOVA pour comparer l'importance des critères entre les différents groupes. Enfin, j'utilise un risque α de 5%.

3 Résultats

3.1 Matériel émergeant des entretiens pour élaborer l'outil de collecte des données de la phase 2 :

Les 4 entretiens ont duré en moyenne 49 minutes {37' ; 70'}. Ils ont eu lieu en français. Ils se sont déroulés seul à seul, sur les lieux de travail des personnes concernées. Ils ont tous eu lieu au mois de janvier 2019. Les entretiens ont été enregistrés avec accord préalable des participants. La personne interrogée pouvait à tout moment demander de couper l'enregistrement. Personne n'a effectué cette demande. À la fin de la rencontre, j'ai proposé aux personnes de recevoir par mail la retranscription de notre conversation. Une seule personne a effectué cette demande. Elle a validé la retranscription.

L'échantillon est composé de 4 personnes, 2 hommes et 2 femmes. Deux personnes sont issues du niveau fédéral, une du niveau des entités fédérées et une personne travaille pour un média francophone. Ils avaient tous une expérience avec le Plan Alcool. Enfin, deux personnes qui étaient initialement ciblées ont refusé l'entretien et ont répondu partiellement par écrit aux questions du guide. Leurs réponses ont été utilisées pour confirmer les éléments des entretiens.

Premièrement, les répondants ont dressé le constat unanime que la loi belge relative à l'âge minimum requis pour acheter de l'alcool n'est pas claire.

La loi est peu connue. Ceux qui la connaissent ont tendance à se tromper entre les deux âges et les deux types d'alcool qu'elle vise. Ils sont tous d'accord pour dire que la différence entre les alcools de type spiritueux et les autres est floue. Ceci est d'autant plus vrai avec l'arrivée sur le marché de boissons alcoolisées de type « prémixé ». Cette absence de clarté rend l'application de la loi très compliquée. Les commerçants ne savent pas très bien qui peut acheter quoi. Ils ont donc plutôt tendance à ne pas demander l'âge de la personne qui leur achète de l'alcool.

« (...) il y a une loi qui interdit la vente d'alcool aux moins de 16 ans. Toute vente d'alcool, et qui interdit certains types d'alcool à ceux qui ont... aux jeunes qui ont entre 16 et 18 ans. Autant dire que personne ne s'y retrouve complètement.(...) » Entretien n°2.

Tous les acteurs étaient d'accord pour dire que la loi concernant l'âge d'accès aux boissons alcoolisées en Belgique n'est pas claire et n'est pas respectée. Par contre, il n'y avait pas de consensus sur la manière de modifier cette loi. Le cabinet De Block a déposé au Conseil d'État une proposition de loi dans laquelle elle propose d'autoriser le vin et la bière aux plus de 16 ans et tous les autres alcools aux plus de 18 ans.

Le SPF santé publique plaide pour un âge unique : 18 ans. Au vu du rejet de cette proposition, il propose de distinguer les boissons par rapport à un degré d'alcool. En effet, il exprime que certaines bières et certains vins titrent des degrés d'alcools fort élevés. Leur consommation est dangereuse et doit être évitée par les mineurs. Les entités fédérées sont en faveur de garder une distinction entre 16 ans et 18 ans et rejoignent le SPF pour diviser les boissons selon un degré d'alcool. Le journaliste interrogé met en avant le fait que la loi telle qu'elle existe n'est pas respectée dans la pratique et propose de faire respecter ce qui existe préalablement.

« Alors on va nous dire qu'il y a les lois qui existent, mais au moins faire respecter ces interdictions -16 / -18 ça serait déjà bien. »

Entretien n° 3.

Le marketing autour de l'alcool a également été soulevé par tous les répondants.

Le JEP a été fortement critiqué dans plusieurs entretiens. Pour rappel, le JEP remet des avis et gère les plaintes concernant les contenus des publicités. Il semble que très peu de plaintes aboutissent à une sanction. Selon le SPF, le JEP joue parfois sur les mots pour défendre la non-sanction. Le SPF explique que les lois à ce propos (notamment la convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons alcoolisées, datant de 2013) sont relativement floues. Cela aide le JEP à les contourner.

La composition du JEP serait la cause de cette absence de sanctions, selon les entités fédérées. En effet, plusieurs acteurs mettent en avant que le JEP est composé majoritairement de personnes qui tirent du profit de la vente d'alcool. Ils ont donc plutôt intérêt à ne pas trop sanctionner les publicités qui pourraient poser problème. Le niveau fédéral met l'accent sur la responsabilité et la liberté personnelle face au marketing et à la publicité pour l'alcool. Il reconnaît néanmoins l'absence quasi systématique de suite des plaintes adressées au JEP. Enfin, le SPF et les entités fédérées mettent en avant le fait qu'on ne parle que de limiter le contenu de la publicité et non sa forme. En effet, la fréquence de l'exposition à la publicité, les lieux où elle apparaît ne sont pas ou très peu abordés. Les répondants sont majoritairement d'accord pour dire que le marketing est agressif envers les jeunes.

Ensuite, la vente d'alcool sur les aires d'autoroutes a été abordée par toutes les personnes rencontrées. Lors de la signature du plan 2014-2018, il semble que cette mesure ait déjà posé problème (A.L. & Allo, 2013).

Il y a un désaccord entre les entités fédérées et le niveau fédéral. Le fédéral ne désire pas interdire la vente d'alcool sur les aires d'autoroutes, tandis que la Région wallonne a pris des mesures. En effet, à chaque renouvellement d'un contrat avec une aire d'autoroute, elles ajoutent une clause interdisant la vente d'alcool. Plusieurs répondants ont utilisé le terme « symbolique » pour parler de cette mesure. Elle marquerait un engagement de l'état belge vers la diminution de la consommation de l'alcool au volant.

Les médias et le SPF santé publique sont plutôt favorables à interdire la vente d'alcool le long des autoroutes. :
« *C'est une mesure un peu symbolique, mais aussi très importante. Puisqu'on interdit de consommer sur la route. On sait que la consommation d'alcool au volant est évidemment un facteur de risque pour les accidents, donc permettre de vendre de l'alcool sur les aires d'autoroute est un peu contradictoire.* »

Entretien n°2.

Enfin, certains acteurs ont abordé les mesures concernant l'augmentation du prix de l'alcool. Il apparaît selon leurs dires que le prix de l'alcool est relativement haut lors de cette législation (gouvernement Michel I). Le SPF a développé une notion relativement nouvelle et intéressante qui vise à augmenter le prix minimum d'une unité d'alcool. Cela a pour effet d'augmenter le prix des alcools bon marché. Cela impacte surtout les gros buveurs qui ont tendance à viser le meilleur rapport alcool/prix lors de leurs achats. De plus, cela impacte peu les buveurs occasionnels qui ont plutôt tendance à acheter un alcool de qualité et donc déjà plus cher. Il en est de même pour les cafés, bars et restaurants. De plus, cette mesure présente un effet intéressant pour le secteur. Contrairement à l'augmentation des taxes et des accises où les bénéfices reviennent à l'état, dans ce cas, les bénéfices reviennent au secteur.

(...) Et moi je trouve ça une mesure assez intéressante puisque c'est une des rares mesures qui ciblent spécifiquement des gens qui boivent de manière problématique. Éventuellement des jeunes qui boivent aussi des trucs "cheap" puisqu'ils n'ont pas beaucoup d'argent. » Entretien n°1.

En plus de me permettre d'identifier des mesures qui faisaient débat, les entretiens semi-directifs m'ont permis d'identifier des critères qui témoignent de la qualité des mesures en santé publique.

En premier lieu, lors des entretiens il a souvent été question de coûts. Les répondants ont abordé les coûts liés à la mise en place de la mesure. Les coûts pour le secteur ou pour les consommateurs. Le coût social a notamment été abordé. Il englobe plusieurs coûts qui ont été abordés par les répondants.

Ensuite, l'efficacité des mesures a souvent été débattue dans les entretiens. Tous les répondants s'accordent pour dire que c'est un prérequis indispensable pour les mesures éventuelles du plan. Cette efficacité doit être prouvée par des études scientifiques, et éventuellement se baser sur des solutions déjà utilisées dans d'autres pays. Il faut également abandonner ce qui n'est pas efficace.

*« Et j'ai lu des études et des reviews qui disent que les programmes scolaires de prévention **ne fonctionnent pas**. Moi c'est ce que je crois aussi, ou pratiquement pas. **Ce ne sont pas des mesures efficaces** »*

Entretien n° 1.

Plus tard, les répondants ont affirmé qu'il est primordial que les mesures proposées soient acceptables pour la population. Si ce n'est pas le cas, l'effet de la mesure risque d'être amoindri ou carrément nul. Cela est apparu

sous forme de comparaison avec les politiques liées au tabac qui sont de mieux en mieux acceptées par la population générale. Un répondant explique qu'il est impossible d'accepter des mesures s'il n'existe pas de consensus dans la définition du problème, voire l'existence du problème. L'acceptabilité d'une mesure dépend également des valeurs personnelles et sociétales de la population.

« Il y a des gens qui aiment bien boire qui sont gênés à l'idée de mettre en place des règles qui limitent la consommation parce qu'ils ont l'impression d'être eux pris en contradiction avec leurs valeurs. »

Entretien n° 2.

Suite à l'analyse des entretiens, il m'est apparu que certaines valeurs 'tacites' rentrent également en jeu dans le processus d'évaluation de la qualité d'une mesure. En effet, les acteurs n'ont parfois pas clairement exprimé le critère en question, mais il est bel et bien présent. Comme c'est parfois le cas dans la théorie de l'agenda caché, ce critère ne serait pas exprimé clairement, mais il serait tout de même pris en compte dans le choix des mesures pour le plan. C'est le cas de la cohérence. Il est apparu assez clairement que les mesures proposées ont besoin d'être cohérentes. En effet, elles ont besoin d'être soutenues et partagées par tous les niveaux de pouvoir. De nombreux acteurs interrogés expriment la nécessité pour eux d'arriver à conjuguer des actions des différents niveaux de pouvoir et de différents axes (de la prévention, de l'interdiction, du contrôle, du renfort des structures curatives, du législatif). L'idée partagée par ces acteurs est qu'une mesure unique ne sera pas assez efficace. Tous partagent l'idée théorique de la création d'un plan global intégré et cohérent, mais dans la pratique certains acteurs défendent des mesures incohérentes et parfois opposées. Une personne utilisera souvent dans son entretien les mots « sens » et « cohérence ».

« Encore une fois, prévenir n'a pas de sens si d'un autre côté on incite. » Entretien n°2, en parlant de la publicité pour l'alcool.

Enfin, la faisabilité est effleurée par un répondant, lorsqu'il explique que les caissières reçoivent un message sur leur terminal lorsqu'elle scanne un alcool qui nécessite d'avoir 18 ans. Il fait remarquer que c'est le seul cas où le contrôle de l'âge est effectué. Il parle donc de moyens techniques qui rendent le contrôle de l'âge faisable. À l'inverse, un autre répondant exprime que certaines mesures sont très facilement faisables. Bien que ce critère ait peu été abordé dans les entretiens semi-directifs, elle me paraît très intéressante, car elle aborde un aspect pragmatique des mesures.

Dans l'entretien n°1, le répondant explique que certaines mesures ne nécessitent pas énormément de ressources techniques.

« Interdire l'alcool, enfin, interdire la publicité pour l'alcool c'est un changement législatif de 4 lignes, ici on le prépare en deux jours et puis ça doit juste être adopté ». Entretien n°1.

À l'issue de la récolte de données qualitative, voici les **6 mesures** que je retiens pour la suite de ma recherche.

Voici également **les 6 critères** retenus pour juger la qualité des mesures.

- ➔ MESURE 1. Interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans ;
- ➔ MESURE 2. Autoriser la vente de bière et de vin aux +16 ans ;
- ➔ MESURE 3. Interdire strictement la publicité pour l'alcool ciblant les moins de 18 ans ;
- ➔ MESURE 4. Contrôler systématiquement l'âge des personnes qui achètent de l'alcool ;
- ➔ MESURE 5. Augmenter le prix des alcools bon marché ;
- ➔ MESURE 6. Interdire la vente d'alcool sur les aires d'autoroute.

- ➔ Critère 1. Le coût social ;
- ➔ Critère 2. L'efficacité ;
- ➔ Critère 3. L'acceptabilité ;
- ➔ Critère 4. La cohérence ;
- ➔ Critère 5. La faisabilité ;
- ➔ Critère 6. La préférence.

N.B : D'autres résultats découlent de l'analyse par catégories prédéfinies. Ceux-ci sont présentés dans l'annexe C.

3.2 Résultats de la phase quantitative.

Voici les résultats obtenus suite à l'enquête en ligne basée sur la SEM. Au total 400 questionnaires ont été envoyés par mail. Cent dix personnes y ont répondu entièrement. Cela représente un taux de réponse de 27,5%, ce qui est correct dans les enquêtes en ligne.

La conception du questionnaire obligeait le répondant à valider toutes les questions. Il n'existe donc pas de valeurs manquantes.

Le mode correspondant au temps de réponse est de 8 minutes, ce qui est proche de la durée estimée (9 minutes) par Qualtrics, le programme utilisé pour élaborer le questionnaire.

3.2.1 Présentation des répondants :

Comme illustré dans le tableau 3, les répondants présentent 46,4% d'hommes et 53,6% de femmes. L'âge moyen des répondants se trouve à 36 ans. Le groupe de répondants présente un niveau d'études relativement haut, plus de la moitié est titulaire d'un master, une licence ou un post graduat. Comme présupposé, les politiciens sont minoritaires, ils représentent 14,5% de l'échantillon. Les professionnels de la santé sont le plus représentés (39,1% de l'échantillon), suivis des représentants étudiants qui forment 27,3% de l'échantillon. Enfin, les vendeurs, producteurs et lobbyistes représentent 19,1%.

Bien que le questionnaire ait été rédigé et présenté en français et en néerlandais, une grande majorité de l'échantillon a répondu en français (93,6%). Pour cette raison, les analyses ne considéreront pas la différence linguistique. Enfin, plus d'une personne sur cinq avait été consultée pour l'élaboration du plan alcool.

Tableau 3. Caractéristiques de l'échantillon.

	Moyenne {+ /- DS}	N (%)
Age en année	36,64 {13,2}	
<u>Sexe :</u>		
Hommes		51 (46,4)
Femmes		59 (53,6)
<u>Consulté pour le PANA :</u>		
Oui		24 (21,8)
Non		86 (78,2)
<u>Niveau Étude :</u>		
Primaire ou sans diplôme.		0
Secondaire inférieur (3 premières années achevées).		1 (9)
Secondaire supérieur (3 dernières années achevées).		17 (15,5)
Candidature, bachelier (professionnalisant ou académique), graduat.		27 (24,5)
Licence, master, post-graduat.		60 (54,5)
Doctorat avec thèse.		5 (4,5)
<u>Groupe :</u>		
• Politiciens		16(14,5)
• Vendeurs/Producteurs		21(19,1)
• Représentant de groupes étudiants		30 (27,3)
• Professionnels de la santé		43(39,1)
<u>Langue de la réponse</u>		
FR		103 (93,6)
NL		7 (6,4)

3.2.2 Principaux résultats de l'enquête :

En premier lieu, l'enquête demandait de **classer 6 mesures par ordre de préférence**. Pour rappel, les 6 mesures sont présentées et définies dans le tableau 2 ci-dessous :

TABLEAU 2. PRÉSENTATION DES MESURES ET LEUR DÉFINITION TELLES QUE PRÉSENTÉES DANS L'ENQUÊTE.

Interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans. <i>Il s'agit d'interdire la vente de tout type d'alcool, dans tous les styles de magasins ou établissements pour toutes les personnes de moins de 18 ans</i>	Mesure 1
Autoriser la vente de vin et de bière aux plus de 16 ans <i>Il s'agit d'interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans, mais de faire exception de la bière et du vin pour les plus de 16 ans</i>	Mesure 2
Interdire strictement la publicité pour l'alcool visant les moins de 18 ans. <i>Cela signifie contrôler et sanctionner toutes les formes de publicités pour l'alcool ciblant les jeunes de moins de 18 ans.</i>	Mesure 3
Contrôler systématiquement l'âge des personnes qui achètent de l'alcool. <i>Il s'agit de contrôler à l'aide de documents officiels l'âge de tout acheteur d'alcool</i>	Mesure 4
Augmenter le prix des alcools bon marché <i>Cela consiste à augmenter le prix de vente, pas les taxes ni les accises. Les bénéfices ne reviennent donc pas à l'état, mais au secteur</i>	Mesure 5
Interdire la vente d'alcool sur les aires d'autoroute <i>Cela concerne l'ensemble des commerces présents sur les aires d'autoroute du réseau routier belge</i>	Mesure 6

Ensuite, les mesures devaient **être évaluées par ordre d'efficacité, de cohérence, de faisabilité, d'acceptabilité et de coût social**. Enfin, l'enquête demandait aux répondants de **valoriser les cinq critères** les uns par rapport aux autres. En effet pour cette partie du questionnaire il était possible de donner un score de 0 à 100, sachant que le total des points devait faire 100.

En ce qui concerne l'appréciation de l'importance des critères, je constate que le critère de *l'efficacité* arrive en premier avec 31,78%. *La cohérence et la faisabilité* obtiennent des scores proches de 20%, cela revient à dire qu'ils sont d'importance moyenne. *Le coût social* semble quant à lui peu important (15,64%) pour les répondants. Le critère qui semble représenter le moins d'importance est *l'acceptabilité* qui comptabilise 12,75%.

Il n'y a pas de différence significative à l'intérieur de cette distribution. En effet, les pourcentages obtenus pour chaque critère sont fort proches et leurs écarts-types se chevauchent dans chacun des classements. Cela exprime qu'il n'y a pas de différence statistique entre les importances données par les répondants.

Tableau 4. Statistiques descriptives des critères :

	MINIMUM	MAXIMUM	VARIANCE	TOTAL
CRITÈRES :				(%)
EFFICACITÉ	0	100	191,5	31,78
COÛT SOCIAL	0	90	341,09	15,64
ACCEPTABILITÉ	0	40	103,07	12,75
COHÉRENCE	0	100	120,76	19,76
FAISABILITÉ	0	50	209,17	20,07

De plus, le critère d'acceptabilité est celui qui a reçu le score maximum le plus faible (max : 40%, voir tableau 4). Enfin, seuls deux critères ont obtenu au moins une fois un maximum de 100 points : il s'agit de l'efficacité et de la cohérence.

Pour observer l'éventuelle présence de différence de point de vue des *stakeholders* sur l'importance des critères, j'ai effectué un test ANOVA (voir tableau 5). J'observe qu'il existe une différence significative entre les appréciations par les *stakeholders* de l'importance des critères du coût social et de la faisabilité. Pour ces deux critères, l'écart de point de vue est le plus marqué entre les représentants étudiants et les producteurs/vendeurs/lobby. En effet, les représentants étudiants affichent le taux d'importance le plus bas, tous critères confondus, donné par les *stakeholders* pour le critère du coût social. Par contre, les représentants étudiants valorisent grandement la faisabilité tandis que les producteurs/vendeurs/lobby le valorisent faiblement.

Tableau 5. Comparaison entre l'importance des critères des sous-groupes de l'échantillon (ANOVA)

	REPRÉSENTANTS ÉTUDIANTS	PRODUCTEURS /VENDEURS/ LOBBY	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	POLITICIENS	TOT	F (P-VALEUR)
EFFICACITÉ	.31	.32	.33	.30	.32	0,195 (0,96)
COÛT SOCIAL	.10	.20	.18	.15	.16	2,89 (0,04)
ACCEPTABILITÉ	.12	.11	.12	.17	.13	1,195 (0,31)
COHÉRENCE	.22	.21	.18	.18	.20	0,396 (0,40)
FAISABILITÉ	.25	.16	.19	.20	.20	3,14 (0,03)

Ensuite, l'appréciation des mesures par ordre de préférence puis selon les 5 critères donne lieu à plusieurs classements. Je les présente ci-dessous (tableau 6).

TABLEAU 6. PRÉSENTATION DES POSITIONS OBTENUES PAR LES MESURES DANS LES DIFFÉRENTS CLASSEMENTS :

	<u>Efficacité :</u>	<u>L'acceptabilité :</u>	<u>Coût social</u>	<u>Faisabilité :</u>	<u>Cohérence :</u>	<u>Préférence :</u>
MESURE 1	1°	2°	1°	1°	1°	2°
MESURE 2	6°	3°	4°	2°	6°	6°
MESURE 3	3°	1°	2°	3°	2°	1°
MESURE 4	2°	4°	4°	4°	3°	4°
MESURE 5	5°	6°	3°	5°	5°	5°
MESURE 6	4°	5°	5°	3°	4°	3°

J'observe que la mesure concernant l'interdiction de vendre de l'alcool aux mineurs (*mesure 1*) et celle concernant l'interdiction de publicité pour l'alcool visant les mineurs (*mesure 3*) se partagent les premières places dans une majeure partie des classements. La mesure qui vise l'autorisation de vendre de la bière et du vin aux plus de 16 ans (*mesure 2*) obtient plusieurs fois la dernière place, notamment lorsque la mesure 1 est classée première du classement.

De même que pour les critères précédemment présentés, il n'existe pas de différence significative entre ces classements. Les moyennes des mesures sont fort proches et leurs écarts types se chevauchent. Cela exprime qu'à l'intérieur de chaque classement il n'y a pas de différence statistique entre les places obtenues (exemple : la première place n'est pas significativement différente de la deuxième, la troisième, la quatrième, la cinquième et la sixième).

Une fois les mesures et les critères présentés, j'ai observé les scores d'utilité (U). Le tableau 8 représente les scores d'utilité pour chaque mesure dans chacun des critères. De même, j'ai calculé le score de consensus (Z) de chaque utilité (voir tableau 7).

TABLEAU 7. RÉCAPITULATIF DES SCORES D’UTILITÉ (U) ET DE CONSENSUS (Z) DES MESURES PAR CRITÈRES.

	Efficacité		Coût social		Acceptabilité		Cohérence		Faisabilité	
	U	Z	U	Z	U	Z	U	Z	U	Z
MESURE 1	1.33	1.37	0.65	0.87	0.47	1.02	0.85	1.12	0.85	1.44
MESURE 2	0.74	1.16	0.52	0.93	0.48	1.00	0.46	1.04	0.75	1.43
MESURE 3	1.16	1.56	0.59	1.06	0.59	1.13	0.87	1.13	0.62	1.03
MESURE 4	1.25	1.30	0.50	0.87	0.43	1.07	0.71	1.26	0.70	1.37
MESURE 5	1.08	1.19	0.51	1.14	0.28	0.91	0.50	1.03	0.58	1.34
MESURE 6	1.10	1.09	0.52	0.76	0.43	0.95	0.75	1.04	0.73	1.25
IMPORTANCE	31.78%		15.64%		12.75%		19.76%		20.07 %	

Ici aussi, j'observe que les mesures concernant l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans (*mesure 1*) et l'interdiction de publicité pour l'alcool visant les moins de 18 ans (*mesure 3*) se partagent les meilleurs scores d'utilité dans la majeure partie des critères.

L'interdiction stricte de la publicité pour l'alcool visant les moins de 18 ans présente un score d'utilité élevé et le score de consensus le plus élevé pour le critère d'efficacité. Cela donne l'indication que les *stakeholders* ont des visions convergentes sur la haute efficacité de cette mesure. De même, j'observe que l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans présente une utilité haute et un score de consensus élevé en efficacité et en faisabilité. Je peux dire alors qu'il y a un consensus parmi les *stakeholders* pour dire que l'interdiction de vendre de l'alcool aux -18 ans est une mesure efficace et faisable.

Les répondants partagent également le point de vue que l'autorisation de vendre de la bière et du vin aux plus de 16 ans (*mesure 2*) est une mesure faisable.

Les répondants trouvent que l'augmentation des prix des alcools bon marché (*mesure 5*) est peu acceptable. C'est le score d'utilité le plus bas.

Les points de vue des répondants sont très peu convergents concernant le coût social que représente l'interdiction de vente d'alcool sur les aires d'autoroutes (*mesure 6*) et l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans (*mesure 1*).

Enfin, j'ai effectué un test ANOVA pour comparer les scores d'utilité donnés par les différents *stakeholders*. Chaque mesure pour chacun des critères a été comparée. J'ai pu observer des différences significatives pour un ou plusieurs critères pour la plupart des mesures. Le tableau 8 présente les résultats significatifs obtenus*.

Néanmoins, il apparaît pour les critères de l'efficacité et de la cohérence qu'il n'y a pas de différence significative entre les scores d'utilité attribués par les *stakeholders* aux différentes mesures. De même, la mesure visant l'autorisation de vendre de la bière et du vin aux plus de 18 ans ne présente pas de différence significative entre les points de vue des *stakeholders*.

TABLEAU 8. COMPARAISON ENTRE LES SCORES D'UTILITÉ ATTRIBUÉS PAR LES STAKEHOLDERS

		Représentants étudiants	Producteurs/ vendeurs/ lobby	Professionnels de la santé	Politiciens	F (p-valeur)
MESURE 1	Coût social	0,40	0,96	0,70	0,57	2,59 (0,06)*
	Acceptabilité	0,48	0,42	0,47	0,52	1,43 (0,03)
MESURE 3	Coût social	0,33	0,80	0,66	0,65	3,63 (0,01)
	Acceptabilité	0,58	0,37	0,61	0,85	2,69 (0,05)
	Faisabilité	0,81	0,46	0,68	0,83	2,48 (0,06)*
MESURE 4	Faisabilité	0,88	0,55	0,51	0,48	2,96 (0,04)
MESURE 5	Coût Social :	0,38	0,75	0,50	0,47	3,11 (0,03)
	Acceptabilité :	0,20	0,32	0,29	0,35	1,12 (0,03)
MESURE 6	Acceptabilité	0,39	0,31	0,41	0,70	2,67 (0,05)
	Faisabilité	0,93	0,60	0,61	0,83	2,52 (0,06)*

(*) Dans ces cas, la P-valeur est supérieure à 0,05. mais elle reste proche de ce seuil. J'ai donc choisi de présenter également ces résultats.

Dans cette comparaison, j'observe que les représentants étudiants trouvent l'augmentation du prix des alcools bon marché (*mesure 5*) peu acceptable. Cette appréciation est éloignée de celle qu'émet la catégorie des politiciens. Cette donnée est intéressante surtout quand on sait que la mesure sur les alcools bon marché vise spécifiquement les personnes à petits budgets (comme les étudiants) cfr. entretien n°1. Les représentants étudiants et les politiciens présentent des scores éloignés dans l'appréciation de la faisabilité du contrôle systématique de l'âge des

personnes qui achètent de l'alcool (*mesure 4*). Les politiciens trouvent cela peu faisable, à l'opposé des représentants étudiants qui trouvent cela faisable.

Les producteurs/vendeurs/lobby trouvent peu acceptables les mesures 1, 3 et 6. Ce sont des mesures qui visent la restriction de l'accès à l'alcool (âge, lieux) et le marketing. Dans ces trois cas, la différence de point de vue est la plus marquée avec les politiciens.

Dans le critère du coût social, on retrouve des écarts marqués entre les points de vue des représentants étudiants et ceux des producteurs/vendeurs/lobby. Les représentants étudiants affichent des scores d'utilité assez bas pour les mesures 1,3 et 5, tandis que les producteurs y attribuent des scores élevés. De même, la faisabilité de l'interdiction de la vente d'alcool sur les aires d'autoroute n'est pas partagée parmi les *stakeholders*, et l'écart le plus marqué apparaît entre les représentants étudiants et les producteurs/vendeurs/lobby.

Il faut noter que les représentants étudiants et les producteurs/vendeurs/lobby présentaient déjà l'écart le plus marqué dans l'appréciation des critères du coût social et de la faisabilité. Il est cohérent de retrouver des divergences entre les scores d'utilités de ces *stakeholders* dans ces deux critères.

Enfin, les producteurs/vendeurs/lobby trouvent que l'interdiction de la publicité pour l'alcool visant les moins de 18 ans est une mesure relativement peu faisable. Ceci marque un écart prononcé avec la vision des politiciens.

Pour finir, je rajouterais que s'il apparaît que certains critères tels que l'efficacité et la cohérence ne présentent pas de différence significative entre l'appréciation des mesures par les *stakeholders*, cela ne permet néanmoins pas de conclure à un partage de point de vue sur les mesures dans ces dimensions.

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

Pour rappel, la question de recherche que j'exploite est :

« Pour quelles raisons le PANA n'aboutit-il pas à un accord ? ».

L'analyse statistique et la phase exploratoire ont permis de mettre en avant quelques différences significatives entre les points de vue des parties prenantes.

Premièrement, **l'importance des critères** du *coût social* et de la *faisabilité* des mesures est jugée différemment entre stakeholders. Dans ces deux dimensions, les écarts les plus grands se situent entre les représentants étudiants et les producteurs/vendeurs/lobby.

Les représentants étudiants trouvent que le coût social d'une mesure de santé représente peu d'importance. À l'inverse, la faisabilité d'une mesure paraît fort importante pour les représentants étudiants.. Les producteurs/vendeurs/lobby, eux, attribuent beaucoup d'importance au coût social et peu d'importance à la faisabilité d'une mesure.

Ensuite, en ce qui concerne **l'appréciation des mesures en regard des critères**, il existe également des différences significatives entre les stakeholders.

Dans le critère *du coût social*, les différences de score les plus marquées se situent entre les représentants étudiants et les producteurs/vendeurs/lobby. Cela est logique puisque l'importance de ces deux critères était déjà différente pour ces deux groupes de stakeholders.

Dans le critère de la *faisabilité*, je retrouve un désaccord entre ces deux groupes de stakeholders pour une seule mesure. Les autres désaccords concernent un de ces deux groupes de stakeholders et les politiciens. Par exemple, les politiciens trouve l'interdiction de la publicité pour l'alcool ciblant les moins de 18 ans assez faisable. Ce qui est loin de ce que les producteurs/vendeurs/ lobby ont répondu.

Il est étonnant de voir que c'est dans le critère de *l'acceptabilité* qu'on retrouve le plus de différences significatives entre les scores d'utilité attribués par les groupes de parties prenantes. Les producteurs/vendeurs/lobby attribuent des scores d'utilité majoritairement plus bas que les autres stakeholders. C'est le cas dans les trois mesures qui visent une interdiction. Cela est compréhensible puisque ces mesures se répercutent directement sur les ventes

d'alcool. L'acceptabilité est une notion qui a été souvent abordée dans les entretiens semi-directifs. Dans ces cas, elle visait plutôt l'acceptabilité des consommateurs. Ici on perçoit que c'est le secteur qui est moins disposé à accepter certaines mesures. Il me semble intéressant de voir que l'acceptabilité concernant l'augmentation des prix des alcools bon marché divise les stakeholders. Plus particulièrement, les représentants étudiants lui attribuent le score le plus bas. Cette donnée est intéressante, car dans le rapport de l'OCDE (Gecchini & Belloni, 2015), j'ai pu lire que la politique de prix minimum a pour avantage de cibler particulièrement deux catégories de consommateurs à savoir les jeunes et les gros buveurs à petits revenus car ils ont tendance à consommer des alcools bon marché. Cette donnée a également été relayée dans les entretiens.

Le fait qu'il existe des différences entre l'appréciation de l'importance des critères et les scores d'utilité de certaines mesures par les stakeholders est une donnée importante. Elle l'est d'autant plus lorsqu'elle concerne les producteurs/vendeurs/lobby et/ou les politiciens. Ces groupes de parties prenantes ont été identifiés par la presse, mais aussi dans les entretiens de la phase exploratoire comme ayant une grande capacité d'influencer les décisions politiques relatives au PANA. Cela peut expliquer le non-aboutissement du plan.

Néanmoins, les résultats ont également mis en avant la mesure visant l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans et celle visant l'interdiction de la publicité pour l'alcool ciblant les moins de 18 ans. Elles se partagent le score d'utilité le plus élevé pour chacun des critères. De plus, ces mesures sont souvent accompagnées d'un haut score de consensus. De fait, il semble qu'il existe des accords entre les stakeholders concernant l'efficacité, la cohérence de ces mesures. Par exemple, il existe un consensus élevé entre les stakeholders pour dire que l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans est une mesure très efficace et très faisable.

4.2 Interprétations

Consensus pour la protection des mineurs

Ma réflexion suivra le cheminement suivant, en premier lieu : les deux mesures qui visent la protection des mineurs sont particulièrement appréciées par les répondants. Ces mesures sont bien documentées dans la littérature. Alors comment se fait-il qu'elles n'aboutissent pas à l'agenda du PANA ?

En effet, il semble que mes résultats montrent une tendance à aller vers les mesures qui ont pour but de protéger les mineurs. Deux mesures en particulier visent les mineurs, l'interdiction de la publicité pour l'alcool visant les moins de 18 ans et l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans. Ce sont les mesures qui se partagent les meilleurs scores d'utilité dans tous les critères. De plus, la mesure qui autorise de vendre de la bière et du vin aux plus de 16 ans obtient des scores d'utilité bas dans les critères de la cohérence et de l'efficacité. Alors que l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans est première dans ces deux critères.

De fait, cela n'a pas de sens de les juger très efficaces ou très cohérentes toutes les deux. Elles sont en quelques sorte exclusives dans ces deux critères. Cela appuie donc l'idée de protéger les mineurs. Les dires d'un répondant lors de la phase exploratoire renforcent également cette tendance. Il explique que la protection des jeunes et surtout des très jeunes fait consensus parmi stakeholders. Je comprends donc qu'établir des règles visant la protection des mineurs, rend les choses plus faciles. En effet, les jeunes sont souvent un public privilégié dans l'élaboration des réglementations liées à l'alcool.

Ces mesures obtiennent donc de bons scores d'utilité dans la plupart des critères et elles sont largement documentées :

L'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans :

De nombreux rapports et études (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis, & Stockwell, 2011; Conseil Supérieur de la Santé, 2018; OCDE, 2015; O'Donnell, 2006; OMS, 2010; « OMS | Utilisation nocive pour la santé », s. d.; WHO Regional office for Europe, 2017) préconisent l'accès à l'alcool à partir de 18 ans. C'est d'ailleurs le cas dans la majorité de l'Europe. Seuls

la Belgique, le Portugal, le Danemark et l'Allemagne autorisent la bière à partir de 16 ans (OCDE, 2015). Anderson et al. (2009) expliquent dans leur étude que limiter l'âge légal d'accès à l'alcool à 18 voir 21 ans est une mesure qui diminue efficacement les effets néfastes liés à la consommation d'alcool. Cette efficacité est visible par la diminution de la consommation d'alcool chez les jeunes et la diminution des accidents de la route. S'il est évident que limiter l'accès à l'alcool à partir de 18 ans est une mesure efficace, elle ne le sera que dans le cas où la règle est correctement appliquée ! En effet, lors de ma recherche, les experts ont identifié que le non-respect de la législation existante favorisait la consommation d'alcool surtout chez les mineurs. En Belgique, l'application de la loi concernant l'âge minimum pour acheter de l'alcool est peu pratiquée. Souvenons-nous de l'exemple des caméras cachées effectuées lors du reportage question à la une : « sommes-nous tous alcooliques » citées dans l'entretien n°3.

Dès lors, il me semblait impossible de ne pas étudier une mesure qui ciblait l'application de la loi actuelle en Belgique. La faisabilité du contrôle systématique de l'âge des acheteurs d'alcool divise les stakeholders. Les représentants étudiants et les politiciens présentent l'écart entre les scores d'utilité les plus marqués. Les politiciens trouvent cela très peu faisable. En théorie, il semble effectivement que cette mesure implique pas mal de ressources, notamment la formation des vendeurs.

Pourtant, réussir à appliquer un âge minimum légal d'accès à l'alcool contribue efficacement à diminuer les ventes d'alcool aux mineurs. Comme l'exprime la citation ci-dessous, l'application d'une telle mesure est complexe et de nombreux cas de fraudes existent. Les jeunes parviennent facilement à se procurer de l'alcool malgré l'interdiction présente.

« On ne peut attendre une pleine réussite de l'adoption d'un âge minimum plus élevé que si la loi est vraiment respectée. Malgré certaines lois ayant repoussé l'âge minimum pour la consommation d'alcool, des jeunes se débrouillent pour acheter de l'alcool (ex., Forster et al. 1994 1995; Preusser & Williams 1992; Grube 1997). Dans la plupart des pays de l'UE étudiés dans le cadre du projet ESPAD (cf. chapitre 4), la majorité des jeunes de 15-16 ans considèrent qu'il leur est relativement facile ou très facile de se procurer toutes sortes de boissons alcoolisées, et d'autant plus de la bière et du vin (entre 70 et 95 %) (Hibell et al. 2004). De telles ventes résultent d'un relâchement ou d'un manque de fermeté dans l'application de la loi, surtout lorsque localement on constate un irrespect général des restrictions légales concernant la vente

d'alcool aux jeunes en dessous de l'âge minimum légal (Wagenaar & Wolfson 1994 1995). Même en renforçant, ne serait-ce que de façon modérée, la mise en application de la loi on peut réduire fortement les ventes aux mineurs. Réduction pouvant se chiffrer entre 35 et 40 %, en particulier surtout si ces actions sont faites en association avec d'autres au niveau médiatique et local (Grube 1997; Wagenaar et al. 2000). » (Anderson & Baumberg, 2006)

Il est intéressant de voir que le phénomène inverse est vrai aussi. Une récente étude menée aux Pays-Bas (Schelleman-Offermans, Roodbeen, & Lemmens, 2017) observe une augmentation de la compliance des vendeurs envers les réglementations liées à la vente d'alcool suite à l'augmentation de l'âge minimum légal d'accès à l'alcool. Cette étude façon « caméra cachée » observe notamment le contrôle par les vendeurs de la carte d'identité de jeunes de moins de quinze ans désirant acheter de l'alcool. Il s'avère que les vendeurs ont plus souvent demandé à voir la carte d'identité de l'acheteur après le changement de la loi. Cette étude est très intéressante, car elle a lieu dans un pays limitrophe de la Belgique. Elle observe des changements de lois en débat pour le PANA. Elle enquête sur le contrôle de l'âge de la personne achetant de l'alcool par les vendeurs ce qui est également le cas en Belgique. Surtout, elle met en avant un changement de comportement des vendeurs qui a un effet positif sur l'application de la loi.

L'interdiction stricte de publicité pour l'alcool ciblant les moins de 18 ans :

De même, de nombreuses études mettent en avant l'efficacité du contrôle du marketing concernant l'alcool et notamment l'interdiction de sa publicité (Anderson et al., 2009; Brand, Saisana, Rynn, Pennoni, & Lowenfels, 2007; OCDE, 2015; WHO Regional office for Europe, 2017). Une autre étude (Anderson et al., 2009) indique clairement que l'autorégulation du marketing autour de l'alcool n'est pas efficace pour diminuer les effets néfastes de la consommation d'alcool.

Le récent rapport du Conseil Supérieur de la Santé (Conseil Supérieur de la Santé, 2018), qui s'appuie lui-même sur de nombreuses études, se positionne en faveur de l'interdiction du marketing pour l'alcool également. Cela sans distinction de l'âge du public qu'elle cible. Il faut cependant se rappeler que ces dernières années, le marketing pour l'alcool cible spécifiquement les jeunes.

Malgré tout cela, il semble que les acteurs du PANA n'aient pas abouti à un accord sur la définition de l'âge légal d'accès à l'alcool et la régulation du marketing lié à l'alcool. Les entretiens de la partie exploratoire m'avaient indiqué l'existence de désaccord entre les recommandations du SPF, de l'OMS ou même du Conseil Supérieur de la Santé et les politiciens. En effet, j'ai appris que les politiciens sont majoritairement d'accord pour dire que la loi actuelle sur l'âge d'accès à l'alcool n'est pas claire. Mais il n'existe pas de consensus sur la nouvelle limitation à adopter. Lorsque le SPF avait proposé de limiter l'accès à l'alcool à un seul âge (18 ans), les politiciens avaient jugé que cela n'était pas acceptable. Pourtant un projet de loi visant l'interdiction de vendre de l'alcool aux mineurs à l'exception de la bière et du vin au plus de 16 ans était en discussion en 2018. Les résultats quantitatifs montrent que ce sont les producteurs/vendeurs/ lobby qui sont les moins enclins à accepter les mesures visant le marketing et l'augmentation de l'âge légal d'accès à l'alcool. Dès lors, il n'est pas déraisonnable de s'interroger sur les motivations des politiciens. Lorsqu'ils disent que cela n'est pas acceptable, qui protègent-ils ? Le secteur ou les consommateurs ?

Ce qui est interpellant c'est que le critère d'acceptabilité rencontre le taux d'importance le moins élevé dans ma recherche. Il y a un paradoxe, car l'efficacité semble être le critère le plus important pour mes répondants et l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans est la mesure jugée la plus efficace par mes répondants. Je suspecte donc les politiciens de se « cacher » derrière cette notion d'acceptabilité pour refuser des réglementations qui les gênent dans d'autres domaines qu'ils ne peuvent exprimer publiquement. Lors de l'enquête en ligne présentée comme relative à une recherche de la faculté de santé publique, les politiciens se montrent les plus enclins à accepter l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18ans. Cela ne corrobore donc pas avec les résultats de ma phase exploratoire ni avec le projet de loi existant. Mais il faut remettre les choses dans leur contexte. Mon enquête s'est déroulée durant le mois d'avril 2019 c'est-à-dire en pleine période électorale. Il est évident que durant cette période, les politiciens cherchent à gagner des voix. L'enquête était présentée comme relative à la faculté de santé publique. Il n'est donc pas impossible que leurs réponses aient été orientées en vue de séduire de futurs électeurs.

J'ai également perçu des divergences d'opinions concernant la réglementation du marketing autour de l'alcool lors de la phase exploratoire. Dans ce cas-ci, le niveau politique fédéral défend l'autorégulation du marketing autour de l'alcool, tandis que le niveau des entités fédérées et le SPF santé déplorent son inefficacité et son non-sens. L'enquête en ligne, elle, a révélé l'existence de divergences de points de vue dans lesquelles les producteurs marquent

les scores utilité les plus bas. En effet, ils donnent des scores d'utilité à la faisabilité et l'acceptabilité de l'interdiction de la publicité pour l'alcool visant les moins de 18 ans bien plus bas que les autres stakeholders. Les stakeholders ont également un avis divisé concernant les coûts sociaux qu'engendrerait l'interdiction stricte de publicité pour l'alcool ciblant les mineurs. Les nombreux désaccords présents ici empêchent la mise en place de la mesure. Par conséquent, l'autorégulation reste d'actualité. Néanmoins, la composition du JEP devrait inclure un expert du SPF santé publique. Cela devrait augmenter la transparence des décisions prises concernant les sanctions.

Raisons du non-aboutissement du PANA :

Les différentes explications données par les personnes interrogées lors de la phase exploratoire et les désaccords mis en avant par l'enquête en ligne me permettent de formuler une explication. L'alcool est un produit avec des implications complexes au niveau économique, social, sanitaire et culturel, *et cetera*. L'ivresse a des consonances agréables. La consommation régulière d'alcool est historiquement inscrite dans la culture de la population belge. Elle est donc fortement banalisée. Cette banalisation engendre une difficulté à entrevoir l'alcool comme nocif pour la santé. De ce fait, les réglementations tentées sont mal vues et mal vécues par la population générale. Il y a donc un amalgame entre mesures de protection de la santé et moralisation de la consommation. De plus, la production d'alcool est un secteur très lucratif en Belgique. Cependant, tout cela est également vrai pour beaucoup de pays d'Europe. Or de nombreux pays voisins ont réussi à aboutir à un plan d'action national. Serait-ce donc l'organisation politique qui serait responsable du non-aboutissement du PANA ?

Si je reprends le modèle de Shiffman, je peux dire qu'il existe certains éléments qui sont favorables à l'aboutissement du PANA. En effet, le problème est très bien défini et très bien connu, de nombreuses solutions documentées existent et le plan est aux mains d'acteurs qui ont de réelles capacités dans la prise de décision politique en Belgique. De plus, une partie des acteurs de terrain se mobilise en vue d'aboutir à un plan efficace.

Cela confirme donc que les points qui posent problème se trouvent dans le contexte politique de la prise de décision, plus précisément, dans la régionalisation de plusieurs compétences. Par conséquent le pouvoir est fragmenté entre plusieurs autorités politiques. Cela a pour effet

d'ajouter de l'autonomie aux acteurs concernés, mais aussi de la complexité dans les processus de prise de décisions.

En plus des désaccords entre les différents niveaux de pouvoir, l'influence de certains groupes d'intérêt s'ajoute dans les négociations.

Enfin, il manque peut-être des fenêtres d'opportunité. Lors des entretiens, une personne exprimait le fait que l'alcool n'est plus tellement une priorité dans le domaine de la santé publique belge. Selon cette personne, les programmes des politiciens tiennent de moins en moins compte de cette problématique. J'ai l'impression que la problématisation pourrait être un bon outil pour pallier ces désaccords. En effet, comparer l'importance estimée par les différents stakeholders pour chacune des dimensions apporte une lecture intéressante. Cela permet d'identifier les critères que chaque *stakeholder* valorise le plus. Cet élément peut s'avérer intéressant pour ajuster son discours en fonction du *stakeholder* à qui on s'adresse. Par exemple, il serait peu judicieux de parler du coût social d'une mesure face à un public étudiant. En revanche, mettre en avant la faisabilité d'une mesure lorsqu'on s'adresse aux représentants étudiants s'avérerait efficace. Pour toucher un public large, il est intéressant de mettre en avant l'efficacité d'une mesure. Je peux dire que connaître les critères qui ont de l'importance aux yeux des stakeholders peut être un atout intéressant. Cela permet d'ajuster la problématisation et le discours en fonction du *stakeholder* auquel on s'adresse.

Le parallèle avec les mesures liées au tabac.

Le tabac et l'alcool sont comparables sur de nombreux points. Ce sont deux substances ayant des effets toxiques sur la santé qui sont pourtant largement consommées en Belgique. Ils engendrent tous les deux de la dépendance. Je n'ai donc pas été surprise d'entendre dans la phase exploratoire que les répondants les comparaient souvent.

Plusieurs répondants ont soulevé une question qui me semble intéressante. Le tabac a « subi » toute sorte de réglementations ces dernières années. Elles visaient le prix, les lieux où il est autorisé de fumer, la présentation des paquets, le renfort de la ligne tabac stop... Elles ont fait l'objet d'énormément de discussion, elles ont été retardées, mais elles ont abouti (De Bock, 2011). Il est intéressant de comprendre comment ces réglementations ont réussi à aboutir, alors que les éléments du contexte politique sont pourtant grandement similaires.

Plusieurs différences peuvent nous aider à comprendre. En premier lieu, il me semble que le tabagisme passif est une externalité beaucoup plus gênante en termes de santé publique que ce que représente les accidents de la route ou les désordres sur voie publique. Ensuite, il est

beaucoup plus rare de croiser des fumeurs occasionnels que des buveurs occasionnels. La dépendance au tabac est donc plus « directe ». Je pense également qu'il est probable que l'enjeu économique soit différent. En effet, le lobby du tabac est fort puissant et l'état dispose d'accises sur ce produit également. Néanmoins la Belgique n'est pas réputée pour sa culture de champs de tabac. Enfin, je crois également que le tabac est apparu bien plus tard dans nos habitudes de consommation, il est sans doute moins ancré dans notre histoire et notre mémoire collective. Enfin, comme le faisait remarquer un des répondants, il existe un consensus dans la population, y compris chez les fumeurs pour dire que le tabac est nocif pour la santé. Ce serait donc la perception sociétale du problème qui engendrerait le courage politique. Ou l'inverse ? Le courage politique et l'élaboration de mesures permettent de changer les conceptions sociétales d'un produit ?

4.3 Validité de la recherche

L'analyse par les stakeholders même si elle essaye au mieux de rendre compte de l'aspect dynamique des processus politiques, nécessite un arrêt sur image. Ce mémoire ne peut donc rendre compte que de la situation à un moment précis. Il ne sera peut-être plus d'actualité dans une semaine, un mois ou un an. C'est la première limite de cette méthode.

Ensuite, il est parfois intéressant de pratiquer l'analyse par les stakeholders en étant soi-même partie prenante du projet. La position interne offre l'avantage de déjà connaître une partie des acteurs, d'y avoir plus facilement accès (ou au contraire) et d'aller à un niveau plus profond dans l'analyse, car le chercheur est déjà au point sur le contexte et le jargon lié à la problématique. L'analyse par les stakeholders peut se faire par un individu seul ou par une équipe. La force de l'équipe représente les limites du travail seul. Elle réside principalement dans le fait d'apporter de la nuance dans l'analyse des relations entre les acteurs. En effet, la vision de différents chercheurs permet d'étayer et de nuancer la description d'une position. Au contraire, lorsque le chercheur opère seul, l'uniformité dans l'analyse est plus élevée. Lorsqu'on veut interroger un groupe ou une institution, on choisit un représentant de celle-ci. Si cette personne ne reflète pas ou pas correctement l'opinion de son institution (pour des raisons qui peuvent être variables) cela induit un biais dans l'étude. Dans mon cas, ce biais potentiel est accentué par le petit nombre d'entretiens. De plus, deux personnes initialement ciblées ont refusé de me rencontrer. Il a donc fallu que je retrouve des personnes de niveau équivalent.

La qualité des résultats des entretiens semi-directifs est dépendante de la qualité du chercheur. Pour ma part, je n'avais pas énormément d'expérience dans ce domaine. De plus, j'ai pu vite remarquer qu'il est très difficile de mener un entretien face à un politicien. J'ai eu l'impression par moment qu'il dirigeait l'entretien à ma place.

Dans l'analyse aux stakeholders, le chercheur doit être vigilant à deux aspects spécifiques : lors de son étude, il doit veiller à ne pas devenir partie prenante lui-même. Ensuite, il doit se rendre compte que le produit de sa recherche va influencer la manière dont les stakeholders se positionnent. (Brugha & Varvasovszky, 2000a). Je pense avoir été vigilante à ces deux aspects.

La collecte des données basée sur les parties prenantes elles-mêmes n'engendre pas ou peu de données objectives ou observables. Pour pallier cette limite, l'ajout de la phase quantitative est un atout.

La SEM analyse les préférences séparément dans chaque critère. Cela lui donne l'avantage de pouvoir analyser énormément de critères. D'un autre côté, elle n'analyse donc pas l'ensemble des préférences dans toutes les dimensions confondues. Or un produit est le résultat de l'ensemble des dimensions (Sambandam, s. d.; Srinivasan & Park, 1997).

L'utilisation du classement empêche le répondant de donner le même score à des mesures différentes. De fait, cela implique obligatoirement de mettre une mesure au-dessus d'une autre. Par exemple : si un répondant trouvait le contrôle de l'âge des personnes qui achètent de l'alcool tout aussi efficace que l'interdiction de vendre de l'alcool aux moins de 18 ans, il ne pouvait pas leur donner le même score. Il est possible qu'en obligeant les répondants à classer les mesures cela ait eu pour effet de gommer des différences ou des similitudes entre des mesures. Le fait de pouvoir mettre le chiffre maximum ou minimum à plusieurs mesures aurait pu mettre davantage en avant des différences (Schlereth et al., 2014). Ce choix a été fait lors du design de l'enquête. En effet, permettre d'apprécier chaque mesure via une échelle dans chaque critère rendait le test beaucoup plus long, moins intelligible et donc compromettait le taux de participation. C'est une des limites de ma recherche.

Selon plusieurs études (Nulty, 2008; Sheehan, 2001) le taux de réponse des questionnaires envoyés par e-mail approche les 30%. De ce fait, 27,5% est un taux de réponse correct.

Une personne ne peut se résumer à une seule fonction, un seul profil, un seul point de vue. Il est d'autant plus important de comprendre que les personnes de mon échantillon ont été classées dans un sous-groupe correspondant à une catégorie de stakeholders. Ces catégories n'étaient pas exclusives. Ainsi, il est possible d'être un élu politique et un professionnel de la

santé ou un producteur d'alcool. Je reprends l'exemple de Sven Gatz qui lors des négociations pour le PANA était à la fois élu politique et président de l'association des brasseurs belges. Dans cet exemple, le chevauchement de ces deux fonctions pouvait influencer ses choix politiques. Cela peut donc modérer les opinions des personnes de l'échantillon et donner des résultats majoritairement moyens.

L'absence de différence significative entre les mesures dans les classements et entre les critères dans l'appréciation par importance pourrait signifier que les répondants ont répondu de manière aléatoire au questionnaire. J'ai exclu cette explication pour plusieurs raisons.

J'ai comparé la durée nécessaire pour répondre au questionnaire estimée par Qualtrics et le mode du temps passé à répondre au questionnaire par les répondants. Les deux valeurs étaient quasiment similaires. De plus, j'observe de la cohérence dans les résultats obtenus. En effet, certaines mesures étudiées sont exclusives dans plusieurs critères. Je vois qu'elles occupent des places opposées (première dernière) dans les classements concernés. Cela prouve que l'échantillon a répondu avec sens au questionnaire.

Enfin, l'absence de différence statistique entre les mesures à l'intérieur des classements ne signifie pas pour autant qu'il existe une similitude. Cela ne signifie pas non plus qu'il n'y aura pas de différence de point de vue entre les stakeholders. Au contraire. S'il n'y a pas d'unanimité dans le jugement des mesures entre les stakeholders, c'est sans doute que les avis divergent. Cela peut impliquer des moyennes relativement proches entre les différentes mesures à l'intérieur des classements.

4.4 Pistes d'action et perspectives de recherche

Dans ma recherche, la partie des statistiques pourrait être approfondie et/ou précisée. La SEM pourrait être complétée à l'aide d'une autre méthode de type '*full profile conjoint analysis*' (Srinivasan & Park, 1997). L'existence de différences statistiques entre les points de vue de certains stakeholders pourrait être précisée par un test post-hoc avec la comparaison de Bonferonni (Yergeau & Poirier, 2013). De même, la partie qualitative est fort succincte, elle pourrait faire l'objet d'une attention plus large.

Il me semble qu'un PANA belge intégré et global n'est pas près d'aboutir rapidement. Néanmoins, si dans un prochain gouvernement les ministres de la Santé devaient remettre le projet de PANA à l'agenda politique, je pense qu'une enquête aux stakeholders pourrait être un bon outil d'aide à l'élaboration du plan. Elle devrait se dérouler à une échelle nationale et devrait être officiellement mandatée par l'état. Elle devrait également inclure un groupe de stakeholders qui reprend spécifiquement les mineurs avec une distinction pour ceux de moins de 16 ans. Le groupe des politiciens devrait également permettre de distinguer le niveau de pouvoir auquel la personne appartient. De même, pour éventuellement arriver un jour à un plan, il me semble primordial que la Belgique s'engage vers plus de participations de ses citoyens dans ce genre de prise de décision. Les CJ qui se déroulent en Australie en sont un bon exemple. Je pense également qu'il est nécessaire pour la Belgique d'investir davantage dans le monitoring et la surveillance des effets néfastes de l'alcool, mais aussi dans l'évaluation des mesures existantes et l'évaluation de programme. Enfin, j'avais déjà abordé la comparaison entre l'élaboration des réglementations liées au tabac comme étant un questionnement intéressant. Cela pourrait prolonger cette recherche.

5 Bibliographie

- A.L., & Allo, M. (2013, décembre 17). Faute d'accord politique, le Plan alcool 2014-2018 a été recalé. *RTBF Info*. Consulté à l'adresse https://www.rtbf.be/info/societe/detail_plan-alcool-des-mesures-pour-diminuer-l-usage-nocif-en-belgique?id=8159292
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. *London: Institute of Alcohol Studies*, 2, 73–75.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet (London, England)*, 373(9682), 2234-2246. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3)
- Aujoulat, I. (2016). *WFSP 2106- Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Présenté à Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- Bantuelle. (2009, janvier). Le Plan d'action national alcool (PANA) 2008-2012. *Education Santé*, (241). Consulté à l'adresse <http://educationsante.be/article/le-plan-daction-national-alcool-pana-2008-2012/>
- Beccaria, F., & Rolando, S. (2015). The Italian politics of alcohol : The creation of a public arena at the end of the 20th century. *International Journal of Drug Policy*, 26(7), 662-669. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.10.008>
- Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PLOS Medicine*, 4(4), e151. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040151>
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000a). How to do (or not to do)... A Stakeholder analysis. *Health policy and planning*, 15(3), 338-345.
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000b). Review article Stakeholder analysis : A review. *Health policy and planning*, 15(3), 239-246.
- Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). L'alcool et la santé au Canada : Résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque. *Ottawa (Ont.): Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies*.
- Chevalier, J. M., Buckles, D. J., & Bourasse, M. (2013). *Guide de la recherche-action, la planification et l'évaluation participatives*. Présenté à Ottawa Canada. Ottawa Canada.

Conférence Ministérielle Santé Publique. *Plan d'Action National Alcool 2008-2012.* , (2008).

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

Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool. , (2013).

CPCP. (2008). *Jeunes, publicité et alcool : Un cocktail détonnant*. Consulté à l'adresse <http://www.cpcp.be/etudes-et-prospectives/collection-au-quotidien/jeunes-publicite-alcool>

De Block, M. (2018, octobre 19). Clarté concernant la vente d'alcool aux mineurs. Consulté 11 juillet 2019, à l'adresse <https://www.deblock.belgium.be/fr/clart%C3%A9-concernant-la-vente-d%E2%80%99alcool-aux-mineurs>

De Bock, C. (2011, juillet). Politique anti-tabac : La Belgique passe de la 8e à la 10e place européenne. *Education Santé*. Consulté à l'adresse <http://educationsante.be/article/politique-anti-tabac-la-belgique-passe-de-la-8e-a-la-10e-place-europeenne/>

de Duve, M. (2017, mars 28). *Plan alcool : De block lance un écran de fumée*. Consulté à l'adresse <http://www.lesoir.be/87719/article/2017-03-28/plan-alcool-maggie-de-block-lance-un-ecran-de-fumee>

de Duve, M., & Jacques, J.-P. (2014). L'alcool notre drogue culturelle. In *comprendre Adolescence. Jeunes et alcool : Génération jouissance* (p. 15-19). Consulté à l'adresse <http://www.calameo.com/read/000015856da7f764f218d>

Déclaration conjointe des Ministres, qui ont la Santé publique dans leurs attributions, sur la politique future en matière d'alcool. , Moniteur Belge § (2008).

Degeling, C., Rychetnik, L., Street, J., Thomas, R., & Carter, S. M. (2017). Influencing health policy through public deliberation : Lessons learned from two decades of Citizens'/community juries. *Social Science & Medicine*, 179, 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.003>

European Commission DG budget. (2004). *Evaluating EU activities : A practical guide for the commission services :July 2004*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Gallopel-Morvan, K., Spilka, S., Mutatayi, C., Rigaud, A., Lecas, F., & Beck, F. (2017). France's Évin Law on the control of alcohol advertising : Content, effectiveness and limitations: French students' exposure and receptivity to alcohol advertising. *Addiction*, 112, 86-93. <https://doi.org/10.1111/add.13431>

Gecchini, M., & Belloni, A. (2015). lutter contre les méfaits de l'alcool : Quelles approches.

In OCDE, *Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique* (p. 97-134). Consulté à l'adresse <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264244580-fr>

Gisle, L. (2014). *Enquête de santé 2013 Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie* (p. 31-73). Consulté à l'adresse wiv-isp website: https://www.belgium.be/fr/publications/enquete_de_sante_2013_rapport_2_comportements_de_sante_et_style_de_vie

Goorden, T. (2014, avril). Pourquoi le Plan Alcool est tombé à l'eau. *Education Santé*, (299). Consulté à l'adresse <http://educationsante.be/article/pourquoi-le-plan-alcool-est-tombe-a-leau/>

Gustafsson, A., Herrmann, A., & Huber, F. (Éd.). (2007). *Conjoint measurement : Methods and applications* (4th ed). Berlin ; New York: Springer.

Henne, B. (2016, octobre 24). Les coulisses des pouvoirsâ€ ” Plan Alcool, la bouteille à l'amer. *RTBF Info*. Consulté à l'adresse https://www.rtb.be/info/article/detail_les-coulisses-des-pouvoirs-plan-alcool-la-bouteille-a-l-amer-bertrand-henne?id=9438583

JEP. (s. d.). Consulté 16 juin 2019, à l'adresse <https://www.jep.be/fr>

jeunes alcool et société. (2015, mai 27). Législation. Consulté 3 avril 2018, à l'adresse Jeunes et alcool website: <http://www.jeunesetalcool.be/publicite-marketing/constats/>

Kapiriri, L., & Razavi, D. (2017). How have systematic priority setting approaches influenced policy making? A synthesis of the current literature. *Health Policy*, 121(9), 937-946. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.003>

Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) : Principes et présentation générale. (2004). *Santé Publique*, 16(4), 661-672. <https://doi.org/10.3917/spub.044.0661>

Loi relative à la police de la circulation routière Chapitre V. Imprégnation alcoolique et ivresse. , art. 34-37/1 Code de la route § (1968).

McConnell, A. (2017). Hidden agendas : Shining a light on the dark side of public policy. *Journal of European Public Policy*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/13501763.2017.1382555>

Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys : What can be done? *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 33(3), 301-314. <https://doi.org/10.1080/02602930701293231>

OCDE. (2015). *Lutter Contre la Consommation Nocive D'Alcool : Politiques Economiques et de Sante Publique*. Consulté à l'adresse <https://dx.doi.org/10.1787/9789264244580-fr>

O'Donnell, B. (2006). Reducing harm and changing culture : Scotland's national Plan for

Action on Alcohol Problems. *International Journal of Drug Policy*, (17), 367-372.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.01.006>

OMS. (2010). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44485/1/9789242599930_fre.pdf

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

OMS | Utilisation nocive pour la santé. (s. d.). Consulté 4 janvier 2019, à l'adresse WHO website: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/fr/

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research : Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

Ravishankar, N., Lewis, M. G., Mujja, A., Nair, S., & Sreekumaran Nair, N. (2015). Complexity in public health interventions – Stakeholders' perspective : A qualitative analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 3(2), 72-76.
<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2014.08.002>

rtbf.be. (2017, octobre 27). L'augmentation des accises sur l'alcool a coûté 356 millions d'euros à l'Etat. Consulté 12 juillet 2019, à l'adresse RTBF Info website: https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_l-augmentation-des-accises-sur-l-alcool-a-coute-356-millions-d-euros-a-l-etat?id=9747913

Sambandam, R. (s. d.). *Conjoint Analysis vs. Self-Explicated Method : A Comparison*. Consulté à l'adresse <https://www.trchome.com/docs/6-conjoint-analysis-vs-self-explicated-method/file>

Schelleman-Offermans, K., Roodbeen, R. T. J., & Lemmens, P. H. H. M. (2017). Increased minimum legal age for the sale of alcohol in the Netherlands as of 2014 : The effect on alcohol sellers' compliance after one and two years. *International Journal of Drug Policy*, 49, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.07.016>

Schlereth, C., Eckert, C., Schaaf, R., & Skiera, B. (2014). Measurement of preferences with self-explicated approaches : A classification and merge of trade-off- and non-trade-off-based evaluation types. *European Journal of Operational Research*, 238(1), 185-198.
<https://doi.org/10.1016/j.ejor.2014.03.010>

Scottish Government. (2018). *Alcohol Framework 2018 : Preventing Harmâ€ ” Next steps on changing our relationship with alcohol*. 50.

Sheehan, K. (2001). *E-mail Survey Response Rates : A Review*. 6(Issue 2).

<https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2001.tb00117.x>

Shiffman, J., & Smith, S. (2007). Generation of political priority for global health initiatives : A framework and case study of maternal mortality. *The lancet*, 370(9595), 1370–1379.

Srinivasan, V., & Park, C. S. (1997). Surprising Robustness of the Self-Explicated Approach to Customer Preference Structure Measurement. *Journal of Marketing Research*, 34(2), 286. <https://doi.org/10.2307/3151865>

Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique Déclaration conjointe de la conférence interministérielle drogues 15.04.2010. , Moniteur Belge § (2010).

Van Geel, C., & Mees, K. (2015, novembre 3). Droits d'accise plus élevés sur l'alcool depuis le 1er novembre 2015 | Wolters Kluwer. Consulté 12 juillet 2019, à l'adresse LegalWorld website: <https://legalworld.wolterskluwer.be/fr/nouvelles/moniteur/droits-d-accise-plus-eleves-sur-l-alcool-depuis-le-1er-novembre-2015/>

Vander Laenen, F., Lievens, D., Pauwels, L., Hardyns, W., Schils, N., Putman, K., ...

Verhaeghe, N. (2016). *Le cout social des drogues légales et illégales en Belgique Résumé*. VUB, Bruxelles.

WHO. (2013). Chapitre 9 Planification et mise en oeuvre. In *Directives OMS pour l'utilisation sans risque des eaux usées, des excreta et des eaux ménagères*. Consulté à l'adresse

https://www.who.int/water_sanitation_health/wastewater/Volume3_chapter9_fr.pdf?ua=1

WHO Regional office for Europe. (2017). *Alcohol policy implementation in the European Region. Update with 2015 data*. Consulté à l'adresse

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/343115/European-Alcohol-Policy-Progress-Report-050717.pdf?ua=1

Yergeau, E., & Poirier, M. (2013). SPSS à l'UdeS. Consulté 17 juillet 2019, à l'adresse <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/stat-inferentielles/analyse-de-variance/interpretation.php>

