

LA CONSOMMATION D'ALCOOL : DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE À LA PRÉVENTION

STREEL S (1)*, SILVESTRE A (1)*, HOGE A (1), GUILLAUME M (1), DONNEAU AF (1), DUPONT H (2),
PÉTRÉ B (1), CONSORTIUM DE RECHERCHE EUPREVENT SNA**

RÉSUMÉ : Les données épidémiologiques de la consommation d'alcool les plus récentes montrent que les mesures préventives actuelles connaissent leurs limites. De façon inquiétante, la morbidité et la mortalité qui lui sont associées restent importantes dans le monde. Deux grands types d'approches préventives ciblant directement les affects des individus existent : l'approche négative basée sur la peur et la menace et l'approche dite par la norme sociale (SNA pour Social Norm Approach). Cette dernière approche originale et plus positive de la santé est utilisée depuis une trentaine d'années outre-Atlantique et montre une certaine efficacité. Elle vise à réduire la consommation d'une substance addictive par un individu en confrontant sa norme sociale (ce qu'il pense que les gens boivent, quantités généralement surestimées) à la norme réelle de consommation du groupe social de référence. Un projet transfrontalier évalue actuellement la faisabilité de ce genre d'approche dans l'Eurégio Meuse-Rhin.

MOTS-CLÉS : *Consommation d'alcool - Prévention - Épidémiologie - Approche par la norme sociale*

ALCOHOL CONSUMPTION : FROM EPIDEMIOLOGY TO PREVENTION

SUMMARY : The epidemiological data about alcohol consumption show that the current preventive measures have their limits. Worryingly, the morbidity and mortality associated remain significant in the world. Two main types of preventive approaches, based on individual affect exist: the negative approach based on fear and threat and the so-called Social Norm Approach (SNA). The last original and more positive approach has been used across the Atlantic for thirty years and shows to be efficient. It aims to reduce an individual's consumption of addictive substance by confronting his own social norm (what he thinks people drink, quantities generally overestimated) to the real norm of consumption by a reference social group. A cross-border project is currently evaluating the feasibility of this approach in the Euregio Meuse-Rhin.

KEYWORDS : *Alcohol consumption - Prevention - Epidemiology - Social norm approach*

INTRODUCTION

Dans le monde, la consommation d'alcool représente un défi majeur de santé publique, où elle constitue le principal facteur de décès prématuré et d'invalidité pour les personnes âgées de 15 à 49 ans et la septième cause dans la population générale (1). Dans les régions développées, elle serait à l'origine d'une stagnation, voire d'une diminution, de l'espérance de vie (2).

Malgré un investissement important dans les politiques publiques de prévention de la consommation d'alcool, les dernières données épidémiologiques ne relatent aucune diminution effective des quantités consommées dans le monde. La morbidité et la mortalité associées à la consommation d'alcool restent toujours trop élevées (2). Ces constats sont d'autant plus interpellants que les résultats d'une récente analyse systématique des données mondiales, fixent pour un risque santé de zéro, un niveau de consommation nul (1). Dès lors, il est urgent que les politiques de santé soient questionnées

afin de les rendre plus efficaces en matière de réduction des consommations.

Les objectifs de cet article sont de: 1) faire l'état des lieux des profils épidémiologiques de la consommation d'alcool sur le plan international et belge; 2) exposer les recommandations actuelles en matière de consommation responsable; 3) présenter la mise en place à venir de politiques de prévention originales au sein de l'Eurégio Meuse-Rhin (EMR) qui visent à utiliser l'approche dite par la norme sociale.

PROFILS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

PRÉVALENCE

Bien que le nombre de consommateurs d'alcool a diminué depuis les années 2000 (réduction de 5 %) (2), l'alcool reste l'une des substances psychoactives les plus consommées. En 2016, 43 % de la population mondiale de 15 ans et plus a consommé au moins un verre d'alcool au cours des 12 derniers mois. Les prévalences les plus élevées sont observées en Europe (59,9 %), dans les régions des deux Amériques (54,1 %) et les régions du Pacifique occidental (53,8 %) (2). Selon la dernière enquête de santé belge, la prévalence de consommation de boissons alcoolisées était de

(1) Département des Sciences de la Santé publique, ULiège, Belgique.

(2) Unité de Prévention des Addictions, Institut Mondriaan, Heerlen, Pays-Bas.

* Contribution équivalente des auteurs.

** SNA : Social Norm Approach.

82 % (3), soit quasiment le double de la prévalence moyenne mondiale (Figure 1).

QUANTITÉ

Dans le monde, la consommation totale d'alcool pur par habitant est estimée à 6,4 litres par an, soit 13,9 grammes d'alcool pur par jour et par habitant. C'est en Europe que la consommation d'alcool est la plus élevée, avec des quantités consommées dépassant les 10 litres d'alcool pur par an et par habitant (2). Le même niveau de consommation a été observé en Belgique en 2016 (4).

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, de manière générale, les femmes sont moins nombreuses à consommer de l'alcool comparées aux hommes (32,3 % versus 53,6 %) et lorsqu'elles en consomment, les quantités d'alcool sont moins volumineuses (2). Cependant, les différences observées entre les hommes et femmes pourraient tendre à disparaître en raison des convergences dans les comportements de consommation d'alcool (5). Chez les jeunes, le phénomène est déjà observé en région flamande de Belgique où les filles âgées de 15 à 16 ans sont plus nombreuses que les garçons à adopter ce type de comportement (83 % versus 77 %) (6).

Des différences d'habitudes de consommation sont également observées en fonction du niveau d'éducation et du statut socio-économique. Plus ces niveaux sont élevés, plus le

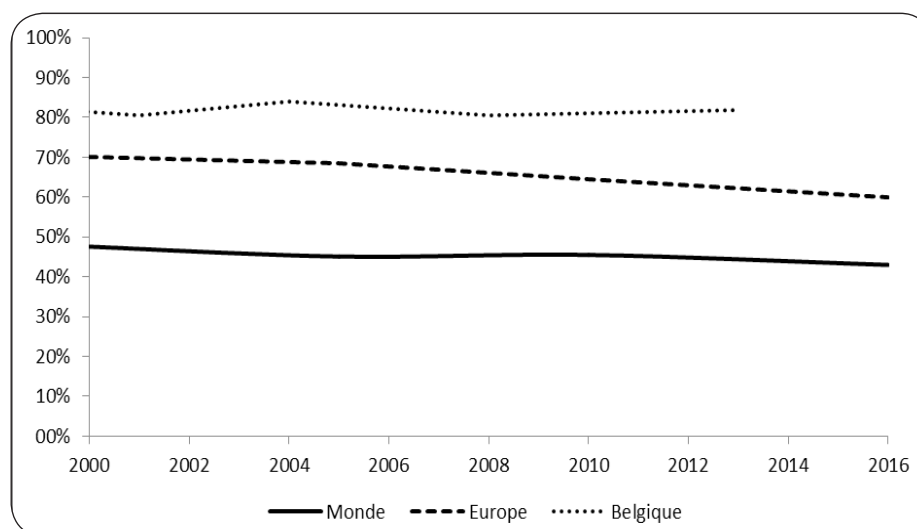
nombre de consommateurs et les quantités d'alcool consommées augmentent. Ceci s'expliquerait par le plus grand pouvoir d'achat des hauts niveaux socio-économiques et/ou par le fait que les populations socio-économiquement défavorisées sont en moins bonne santé que les populations socio-économiquement favorisées (5).

Autre fait préoccupant, le nombre de consommateurs chez les jeunes de 15 à 19 ans représente un peu plus d'un quart de ce groupe d'âge au niveau mondial. En Europe, la situation est pire avec une prévalence chez les jeunes de 15 à 19 ans qui annonce déjà la prévalence chez les adultes (43,8 % versus 43 %) (2).

HABITUDE DE CONSOMMATION

Outre le nombre de consommateurs et les quantités d'alcool consommées, il est important de suivre les habitudes de consommation telle la consommation excessive épisodique d'alcool, mieux connue sous la terminologie «binge drinking» (consommation de 60 grammes ou plus d'alcool au cours d'une même occasion). Alors que ce comportement est en diminution depuis plus d'une dizaine d'années, sa prévalence mondiale est toujours de 18,2 %. En Europe, plus d'une personne sur quatre est concernée par l'adoption de cette habitude de consommation (2). Ce phénomène est fréquemment observé chez les jeunes européens (26,5 %) qui, avec l'initiation précoce (consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans) ont des effets particulièrement délétères sur la santé ainsi que sur la réussite scolaire et les relations sociales

Figure 1. Evolution du pourcentage de la population (15 ans et plus) ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois au niveau mondial, européen et belge (2, 3).



(7). Dans le décours de leur vie, les buveurs précoces ont plus de risque de développer une dépendance à l'alcool (4, 5, 8).

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ ASSOCIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Les impacts de la consommation d'alcool sur la santé mondiale sont alarmants. En 2016, 3 millions de décès étaient recensés et attribués à l'alcool dans le monde. Ce taux de mortalité est plus élevé que celui observé pour la tuberculose, le VIH/SIDA et le diabète. Les décès liés à l'alcool sont principalement dus aux blessures (28,7 %), aux maladies digestives (21,3 %), aux maladies cardiovasculaires et au diabète (19,0 %), aux maladies infectieuses (12,9 %) et aux cancers (12,6 %) (2). L'alcoolisation serait également responsable de la perte de 132,6 millions d'Année de Vie Corrigée du facteur d'Invalidité (AVCI). Les principales pathologies associées à cette perte d'AVCI sont les blessures non intentionnelles (30,0 %) et les maladies digestives (17,6 %) (2).

Bien que de faibles niveaux de consommation d'alcool semblent avoir des effets protecteurs pour les cardiopathies ischémiques et le diabète chez les femmes (9), ces effets semblent s'annihiler lorsque les risques globaux pour la santé sont considérés. En effet, une forte association existe entre la consommation d'alcool et le risque de cancers, de blessures et de maladies contagieuses (1).

Les décès liés à la consommation de cette substance psychoactive sont, en partie, responsables d'une stagnation, voire d'une diminution de l'espérance de vie dans les régions développées. Le risque est dû, entre autres raisons, à une augmentation des décès liés aux blessures, lesquelles surviennent plus particulièrement chez les 20-39 ans (2).

Actuellement, il persiste des différences dans les dommages causés par l'alcool entre les hommes et les femmes. Comme indiqué plus haut, ces différences pourraient disparaître en raison de l'homogénéisation des comportements de consommation (2).

Paradoxalement, alors que la consommation d'alcool est plus importante dans les groupes à haut niveau socio-économique et d'éducation, la mortalité et la morbidité associées à l'alcool sont supérieures dans les groupes socio-économiquement défavorisés. Ce paradoxe pourrait s'expliquer par la prévalence plus élevée d'autres facteurs de risque comportementaux (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation, etc.), environnementaux et sociaux (problème d'accessibilité aux soins de qualité, faible sou-

tien social, etc.) chez les sujets plus défavorisés (10).

Outre ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité, la consommation d'alcool entraîne également des pertes économiques liées aux soins de santé, à la criminalité et à la baisse de productivité (5).

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET NATIONALES

Il n'existe pas de consensus sur le seuil au-delà duquel la consommation d'alcool devrait être considérée comme dangereuse. Les dernières études indiquent que toute consommation d'alcool, aussi faible soit-elle, a des effets délétères sur la santé (1, 2).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a jadis formulé des repères de consommation essentiellement à des fins épidémiologiques et cliniques. Une consommation responsable a été définie par un maximum de 21 verres, à répartir sur une semaine, chez l'homme adulte et par un maximum de 14 verres, également à répartir sur une semaine, chez la femme adulte, incluant au moins deux jours d'abstinence (11, 12). Ces seuils font office de références internationales, largement reprises et utilisées dans de nombreux documents scientifiques.

Au niveau belge, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a récemment actualisé ses recommandations. Pour réduire les risques de santé, il préconise de limiter sa consommation d'alcool à un maximum de 10 unités standards par semaine (1 unité standard = 10 grammes d'alcool, soit l'équivalent d'un verre de vin de 10 cl ou d'un verre de bière de type «Pils» de 25 cl), à les répartir sur plusieurs jours, à prévoir plusieurs jours sur la semaine sans alcool et à ne pas consommer avant l'âge de 18 ans ainsi qu'en période préconceptionnelle, en cas de grossesse et d'allaitement (13). Le phénomène de «binge drinking» doit être proscrit. Les quantités d'alcool prises à une même occasion doivent se limiter à 4 unités standard chez les femmes et 6 chez les hommes (13).

Pour assurer une approche systémique du problème, le CSS souhaite également que les autorités adoptent des mesures complémentaires telles que l'interdiction complète de publicité et de sponsoring liés à l'alcool, l'augmentation des taxes et accises, la réduction de l'accessibilité aux boissons alcoolisées (13). Ces directives sont dans la lignée de celles prônées par l'OMS (2).

LES MESURES PRÉVENTIVES: DE LA PEUR À LA SENSIBILISATION POSITIVE

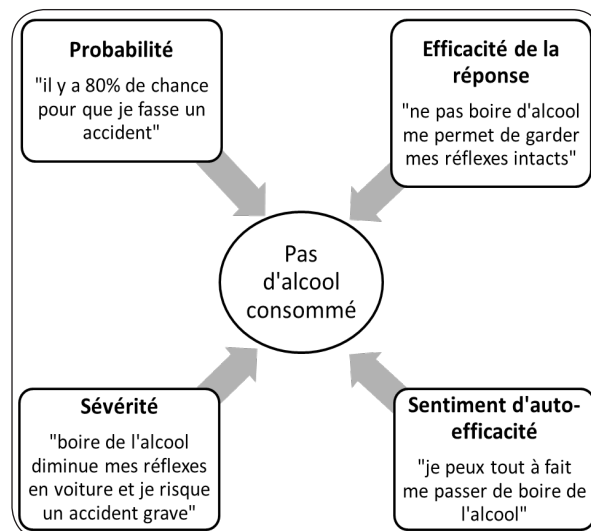
Sur base des données épidémiologiques, différentes mesures préventives ont été développées et proposées pour réduire la consommation d'alcool et ses effets sur la santé individuelle et collective. Les actions de prévention peuvent être catégorisées en campagnes basées sur une approche négative (par exemple: utilisation de la peur, de la menace) ou positive (par exemple: utilisation de l'humour). Ces deux types de campagnes ont, comme dénominateur commun, l'envie d'agir sur des aspects affectifs/émotionnels pour tenter de convaincre la population de diminuer sa consommation. Ils seront présentés dans les prochaines lignes ainsi que les mécanismes socio-psychologiques d'action et les enjeux en termes d'efficacité.

LES CAMPAGNES BASÉES SUR LA PEUR OU LA MENACE

Les campagnes de prévention traditionnellement les plus souvent rencontrées sont celles basées sur la peur. Les images «choc» montrent les conséquences tragiques de la consommation d'alcool au volant, dans le but de rendre cette consommation et ses conséquences, effrayantes. L'idée de base est que, confrontés émotionnellement aux conséquences négatives de leur comportement, les individus le modifieront (14). Cependant, l'utilisation unique de ce type de campagne émotionnellement chargée est insuffisante. Les recherches montrent que la peur et/ou la menace (i.e. des conséquences mortelles de la consommation d'alcool associée à la conduite d'un véhicule) ne fonctionnent que dans certaines conditions et, donc, seulement pour un certain public cible.

Selon Kok et coll. (14) qui ont recensé plusieurs études relatives à l'efficacité de la peur ou de la menace sur le changement de comportement subséquent, il y a quatre variables qui influencent le changement de comportement : 1) perception de la sévérité des conséquences: mon comportement va-t-il engendrer des conséquences négatives sévères ?; 2) probabilité perçue de la menace : quelle est la probabilité que je souffre de ces conséquences négatives ?; 3) efficacité perçue de la réponse: puis-je faire quelque chose pour éviter ces conséquences négatives efficacement ?; et enfin, 4) sentiment d'auto-efficacité : à quel point je me sens capable de mettre en place le changement de comportement ? (Figure 2). Les campagnes de prévention autour de la peur seront, ainsi, effi-

Figure 2. Conditions d'efficacité pour qu'un message de prévention basé sur la peur soit efficace



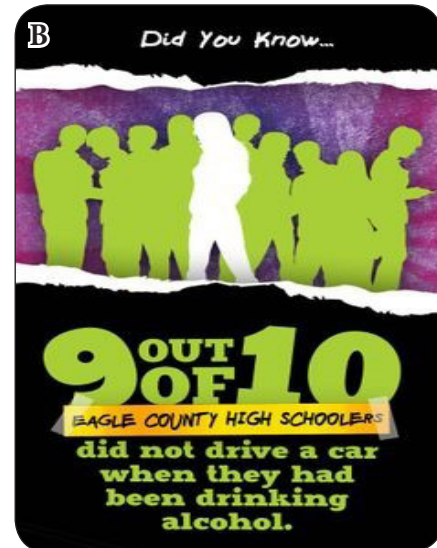
caces chez les personnes qui répondent aux quatre conditions susmentionnées, raison pour laquelle l'efficacité globale est plus que limitée pour des campagnes de prévention mobilisant, comme moyen UNIQUE, la peur. La combinaison de messages à l'intérieur d'une même campagne de prévention devrait être mobilisée. Par exemple, les termes de l'affiche de la Figure 3A «Pour les fêtes, le plus beau cadeau c'est de rentrer en vie» (message menace), pourraient être accompagnés par «Osez dire non lorsqu'on vous propose de l'alcool» (message qui devrait augmenter le sentiment d'auto-efficacité).

Les campagnes de prévention basées sur la peur sont particulièrement inefficaces face au phénomène de binge drinking. Lee (15) a mis en évidence que, bien que les étudiants se montrent généralement intéressés par les campagnes de prévention basées sur la peur, lorsque la campagne est adressée à des étudiants buvant une quantité importante d'alcool dans un laps de temps réduit (binge drinking), leur disposition à modifier leur comportement de consommation est faible. En revanche, lorsque la campagne de prévention utilise l'humour plutôt que la peur, et donc est construite de manière plus positive, les étudiants pratiquant le binge drinking se disent plus enclins à changer leur comportement.

LES CAMPAGNES BASÉES SUR L'APPROCHE PAR LA NORME SOCIALE

Dans cette optique de développement de campagnes axées sur une construction plus positive des messages de prévention, une nouvelle

Figure 3. (A) Exemples de support de prévention mobilisant la peur (25) et (B) l'approche par la norme sociale (26).
Un projet Eurégio Meuse-Rhin sur l'approche par la norme sociale comme outil de prévention des assuétudes.



approche s'est développée. Cette approche, la Social Norm Approach (l'approche par la norme sociale), repose sur deux hypothèses : premièrement, les individus surestiment la consommation «normale» de substances addictives au sein de leur groupe social de référence et, deuxièmement, les individus se conforment aux normes sociales ambiantes. La différence entre la norme perçue et la norme réelle amène ainsi à une consommation plus importante d'alcool (16). Les mêmes constats ont été observés pour la consommation de cannabis (17), de somnifères ou sédatifs non prescrits (18), ou encore de tabac (19). L'approche préventive mobilisant la norme sociale vise à réduire la consommation d'une substance addictive par un individu en le confrontant à la norme réelle du groupe cible de référence; ainsi, l'individu veut rentrer dans la norme (20).

Par exemple, à titre fictif, une personne qui a pour habitude de boire 4 verres de vin lorsqu'elle se rend au restaurant aura tendance à considérer que tout le monde autour d'elle consomme la même quantité de vin au restaurant, alors que la majorité des gens n'en boivent peut-être, en réalité, que 2. La perception de ce qui constitue la norme est donc erronée chez cette personne. L'approche par la norme sociale propose de corriger cette norme erronée par la confrontation à la norme réelle du groupe social de référence. La confrontation à cette norme sociale corrigée

se fera sur la même base que les campagnes de prévention classiques : affiches le long des routes, messages sur les ondes radio, spots télévisés, etc. (Figure 3B). Le comportement considéré jusqu'alors comme étant «normal» par la personne, deviendra «hors-norme», ce qui devrait engendrer une diminution de la consommation.

Cette approche comme outil de prévention a, d'ores et déjà, fait ses preuves outre-Atlantique, où l'efficacité de cette méthode a été testée maintes fois depuis une trentaine d'années, notamment par Perkins et ses collègues, auprès d'étudiants (21). Par exemple, la mise en place sur un campus universitaire d'une campagne de sensibilisation basée sur la norme sociale, utilisant différents canaux de communication électronique (installation d'écran de veille transmettant le message : «La majorité des étudiants du campus boit entre 1 et 4 verres d'alcool en soirée ou ne boit pas du tout» sur les ordinateurs du campus, etc.), a entraîné une diminution de 18 % du nombre moyen de verres d'alcool consommés par étudiant et par soirée. Elle a également amené une diminution de 17 % du pourcentage d'étudiants consommant 5 verres ou plus d'alcool par soirée (22).

Plus récemment, une équipe de chercheurs, menée notamment par le professeur McAlaney (Royaume-Uni) et le professeur van Hal (Belgique) s'est également intéressée à l'approche

par la norme sociale en Europe. Tout comme aux États-Unis, il a été montré que la surestimation de la consommation d'alcool du groupe social de référence engendre une surconsommation d'alcool de l'individu (16, 23, 24). L'efficacité de l'approche par la norme sociale doit encore faire l'objet d'évaluations en Europe.

Fort de ces résultats prometteurs dans le cadre culturel européen, et désireux de mettre à l'épreuve l'approche par la norme sociale comme outil de prévention pour réduire la consommation d'alcool en Europe, un consortium d'acteurs experts et actifs dans le domaine de la prévention des assuétudes ou de la santé publique dans l'Eurégio Meuse-Rhin (EMR - Limbourg Néerlandais, Limbourg belge, région de Aachen et Province de Liège) s'est réuni dans un projet ambitieux de collaboration transfrontalière sur trois ans. Le but est d'amener la population à poser des choix de santé plus sains, en développant des campagnes de prévention (ou en adaptant des campagnes déjà existantes) basées sur l'approche par la norme sociale. Le projet accorde une attention particulière aux publics vulnérables et aux comportements addictifs actuels : une diminution de la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes de 12 à 26 ans; une diminution du temps passé à jouer en ligne chez les 12-14 ans; une diminution de la consommation d'alcool et de médicaments non prescrits chez les personnes âgées de 55 ans et plus.

Le projet se déroulera en trois phases : 1) une première phase d'inventorisation, durant laquelle les données démographiques et épidémiologiques ainsi que les bonnes pratiques en termes de prévention au sein de l'EMR seront collectées. Un questionnaire en ligne sera conçu afin de mesurer la norme sociale perçue ainsi que la consommation réelle des substances d'intérêt, auprès des deux groupes cibles cités précédemment; 2) sur base des résultats de la phase 1, une deuxième phase d'implémentation consistera à construire ou adapter des campagnes de prévention mettant en lumière la différence de normes (perçue et réelle); et enfin, 3) une troisième phase de pérennisation, durant laquelle la durabilité des campagnes de prévention sera assurée, notamment en formant les acteurs de terrain directement en contact avec les populations consommatrices.

Le Département des Sciences de la Santé publique de l'ULiège prend une place active dans ce projet en contribuant à la rigueur scientifique des recherches qui y seront menées et en essayant d'être le relais du développement de ce type d'action dans la région liégeoise. Le

projet, d'une durée de 3 ans, a débuté en septembre 2018. Les premiers résultats sur l'écart entre les normes réelles et perçues par rapport aux différents comportements à risque étudiés (dont la consommation d'alcool) devraient être disponibles fin 2019.

CONCLUSION

Pour répondre à la problématique complexe de la consommation d'alcool, les politiques et programmes en matière de prévention des assuétudes doivent trouver leurs fondements dans de nouvelles approches originales, tout en dégageant les forces de celles qui ont déjà fait partiellement leurs preuves. L'approche par la norme sociale pourrait s'inscrire parmi les stratégies de réponse. Mobilisée depuis de nombreuses années Outre-Atlantique, cette approche doit désormais être testée au sein de l'Eurégio pour en évaluer son acceptabilité et efficacité dans le système socio-culturel européen.

REMERCIEMENTS

La recherche euPrevent-SNA sur l'utilisation de l'Approche par la norme Sociale en EMR est financée par Interreg V-A Eurégio Meuse-Rhin (EMR), qui investit près de 100 millions d'euros pour le développement de la région d'Interreg jusqu'en 2020. Cette zone s'étend de Louvain à l'ouest jusqu'aux frontières de Cologne à l'est, et va de Eindhoven au nord jusqu'à la frontière luxembourgeoise. Plus de 5,5 millions de personnes vivent dans cette région transfrontalière, où le meilleur des trois pays se fond dans une culture véritablement européenne. Grâce à l'investissement de fonds de l'UE dans des projets Interreg, l'Union européenne a pu directement investir dans le développement économique, l'innovation, le développement territorial et le développement social, l'inclusion et l'éducation dans cette région.

Les auteurs de l'article remercient également les autorités publiques régionales qui ont cofinancé le projet pour les partenaires liégeois. Enfin, les auteurs remercient l'ensemble des partenaires du Consortium de recherche Euprevent SNA sans qui tout ce projet n'aurait pu se concrétiser.

BIBLIOGRAPHIE

1. GBD 2016 Alcohol Collaborators.— Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2018, **392**, 1015-1035.
2. WHO.— *Global status report on alcohol and health 2018*. Genève, 2018, 1-472.
3. Gisle L.— *La consommation d'alcool*. Dans: Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé*, Bruxelles, 2013, 1-140.
4. OCDE.— *Health at a glance: Europe 2018: State of Health In the EU cycle*. OECD Publishing, Paris, 2018, 1-216. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
5. OCDE.— *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*. OECD Publishing, Paris, 2015, 1-240. DOI: <https://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>
6. ESPAD Group.— *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2016, pp 37-38.
7. Malchair A.— La consommation d'alcool chez les jeunes : le "binge drinking". *Rev Med Liege*, 2019, **74**, 248-252.
8. Inchley J, Currie D, Young T, et al.— *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, N°7). pp 157-168. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf
9. Scheen AJ. — L'alcool, facteur protecteur ou facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires? *Rev Med Liege*, 2019, **74**, 314-320.
10. Wood & Bellis.— *Socio-economic inequalities in alcohol consumption and harm: Evidence for effective interventions and policy across EU countries*. European Union, 2017.
11. WHO.— *Guide to mental and neurological health in primary care: a guide to mental and neurological ill health in adults and children and adolescents*. 1st edition. Hogrefe & Huber Publishers, Germany, 1996, 1-104.
12. WHO.— *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Genève, 2000, 1-209.
13. Conseil Supérieur de la Santé.— *Avis du Conseil supérieur de la santé n° 9438. Risques liés à la consommation d'alcool*, Belgique, 2018.
14. Kok G, Peters GY, Kessels LTE, et al.— Ignoring theory and misinterpreting evidence: the false belief in fear appeals. *Health Psychol Rev*, 2018, **12**, 111-125.
15. Lee MJ.— College students' responses to emotional anti-alcohol abuse media messages: should we scare or amuse them? *Health Promot Pract*, 2018, **19**, 465-474.
16. McAlaney J, Helmer SM, Stock C, et al.— Personal and perceived peer use of and attitudes toward alcohol among university and college students in seven EU countries: Project SNIPE. *J Stud Alcohol Drugs*, 2015, **76**, 430-438.
17. Dempsey RC, McAlaney J, Helmer SM, et al.— Normative perceptions of cannabis use among European university students: associations of perceived peer use and peer attitudes with personal use and attitudes. *J Stud Alcohol Drugs*, 2016, **77**, 740-748.
18. Lehne G, Zeeb H, Pischke CR, et al.— Personal and perceived peer use and attitudes towards use of non-prescribed prescription sedatives and sleeping pills among university students in seven European countries. *Addict Behav*, 2018, **87**, 17-23.
19. Pischke CR, Helmer SM, McAlaney J, et al.— Normative misperceptions of tobacco use among university students in seven European countries: Baseline findings of the 'Social Norms Intervention for the prevention of Polydrug use' study. *Addictive Behav*, 2015, **51**, 158-164.
20. McAlaney J, Boot CR, Dahlin M, et al.— A comparison of substance use behaviours and normative beliefs in North West European university and college students. *Int J Disabil Hum Dev*, 2012, **11**, 281-287.
21. Perkins HW.— *The emergence and evolution of the social norms approach to substance abuse prevention*. In Perkins HW. (Ed.), *The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: a handbook for educators, counselors, and clinicians*. San Francisco, 2003, 3-17.
22. Perkins HW, Craig DW.— *A multifaceted social norms approach to reduce high-risk drinking: lessons from Hobart and William Smith colleges*. Newton, 2002, 1-48.
23. McAlaney J, Bewick B, Hughes C.— The international development of the 'Social Norms' approach to drug education and prevention. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2011, **18**, 81-89.
24. Stock C, McAlaney J, Pischke C, et al.— Student estimations of peer alcohol consumption: links between the social norms approach and the health promoting university concept. *Scand J Public Health*, 2014, **42**, 52-59.
25. Association prévention routière. (2016). En ligne: <https://www.preventionroutiere.asso.fr/campagne/pour-les-fetes-le-plus-beau-des-cadeaux-cest-dentree-en-vie-2/>, dernière consultation le 2 mai 2019.
26. Eagle River Youth Coalition. (2017). En ligne: <http://eagleyouth.org/index.php/main/eryc-programs/social-norms>, dernière consultation le 2 mai 2019.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr S. Streef, Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Belgique.

Email : Sylvie.Streef@uliege.be