

coeur & artères

PRINTEMPS 2026

JOURNAL DE LA LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE



Alcool et risque cardiovasculaire

**ALCOOL ET RISQUE
CARDIOVASCULAIRE**
Réponses à quelques
questions que vous vous
êtes peut-être posées

LES BOISSONS À 0 % (NA)
Une bonne alternative
à l'alcool ?

TÉMOIGNAGE
Pierrot, 26 ans, alcoolique :
chronique d'une chute et
d'une renaissance

**Recevez
ce magazine
chez vous!**

Info en page 2



LIGUE
CARDIOLOGIQUE
BELGE ASBL

03 **ÉDITO**
Alcool et cœur : ami ou ennemi ?

05 **PRÉVENTION**
5 • Alcool et risque cardiovasculaire : réponses à quelques questions que vous vous êtes peut-être posées
8 • Regarder notre foie pour sauver notre cœur ou la maladie du soda : une pathologie hépatique aux lourdes conséquences cardiovasculaires

11 **BIEN-ÊTRE & CONSEILS**
Sevrage alcoolique

14 **NUTRITION**
Les boissons à 0 % (NA) : une bonne alternative à l'alcool ?

16 **TÉMOIGNAGE**
Pierrot, 26 ans, alcoolique : chronique d'une chute et d'une renaissance

18 **ASSOCIATIONS**
Les AA

21 **ILS NOUS SOUTIENNENT**
• Cette année encore, AXA a soutenu la Ligue Cardiologique Belge
• Be in Move

22 **ÉCHOS DE LA LIGUE**
• Lady Fortuna. On a besoin de vous !
• Lecture: confessions d'un alcoolique qui se soigne

23 **À TABLE !**
Recette : scampis à l'aigre-doux et petits légumes

Abonnez-vous !

Vous aimez ce magazine et souhaitez être informé.e de ce qui est bon pour votre cœur ?

N'hésitez pas à vous abonner !

L'abonnement s'élève à 15€ par an pour 4 numéros.

Pour vous abonner, veuillez verser 15€ sur le compte suivant communication : abonnement

LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE
BE25 0012 6378 2482
BIC : GEBABEBB



CŒUR & ARTÈRES

Journal de la **Ligue Cardiologique Belge**

DIRECTEUR GÉNÉRAL : Rik Vanhoof
ADMINISTRATEUR DÉLÉGUÉ :
Hendrik De Rocker

DONS
(déductibles fiscalement
à partir de 40 euros)
BE77 0010 2495 4742

LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE
Rue des Champs Elysées 63
1050 Bruxelles
Tél. : 02 649 85 37
info@liguecardioliga.be
www.liguecardioliga.be

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Prof. Ernst Rietzschel (UGent), Président
Prof. Antoine Bondue (ULB)
Prof. Nicolas Paquot (ULg)
Dr Muriel Sprynger (CHU Liège)
Dr Olivier Descamps (UCL)
Prof. Jean-Luc Vandenbossche (ULB)
Prof. Philippe van de Borne (ULB)
Prof. Ruben Casado (ULB)
Prof. Thomas Vanassche (KUL)
Dr Sebastien Knecht (AZ Sint Jan Bruges)
Prof. Tine de Backer (UZ Gent)
Prof. Steven Droogmans (VUB)
Prof. Jean-François Argacha (UZ Brussel)
Prof. Julie De Backer (UZ Gent)
Dr Nada Lakiss (St-Luc Namur)
Prof. Anne-Catherine Pouleur (UCL)

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Jean-Claude Lemaire
Prof. Bernard Cosyns
Prof. Luc Piérard
Prof. Jean-Luc Vandenbossche
Prof. Guy de Backer
Rik Vanhoof
Audrey Velghe-Lenelle
Dominique Kocklenberg
Sylvianne Moyens

EDITEUR RESPONSABLE

Rik Vanhoof
Rue des Champs Elysées, 63
1050 Bruxelles

GRAPHISME

Christine Delor - www.enitalic.be

Dit tijdschrift verschijnt eveneens in het Nederlands («Hart & Slagaders»)
La Ligue Cardiologique Belge n'engage aucune responsabilité quant aux publicités.

Tous droits de reproduction réservés
Crédits photo : ingimages, unsplash, freepik

ALCOOL ET CŒUR: AMI OU ENNEMI?

PROF. BERNARD COSYNS - UZ BRUSSEL

L'alcool — cette substance dont Oscar Wilde disait qu'« en quantité suffisante, elle peut produire tous les effets de l'ivresse ».



Les messages au sujet de la consommation d'alcool sont contradictoires et génèrent une certaine confusion dans les esprits de la population. D'un côté, les recommandations alimentaires américaines de 2020 à 2025 stipulaient qu'il n'y avait "aucun risque", voire "un risque moindre" de maladie cardiaque lorsque l'on consommait 1 à 2 verres d'alcool par jour, déplorant cependant le manque de données scientifiques et suggérant dès lors que les hommes limitent leur consommation d'alcool à deux verres ou moins par jour et les femmes à un verre ou moins.

Mais les nouvelles recommandations alimentaires publiées en 2026 se contentent de dire "consommez moins d'alcool pour une meilleure santé générale". Moins étant une notion très vague. L'Organisation Mondiale de la Santé, en revanche, après avoir examiné les mêmes données a déclaré qu'"aucune consommation d'alcool n'est sans danger pour la santé".

Finalement la question "Quelle quantité d'alcool peut-on réellement boire sans danger?" reste pertinente.

Pour y répondre, on peut s'attaquer au problème en prenant des cas de figure simples: dans le premier, les données montrent clairement que la consommation excessive d'alcool (environ cinq verres ou plus par jour pour les hommes et quatre verres ou plus pour les femmes) est associée à une multitude d'effets néfastes sur la santé, notamment une augmentation des risques de blessures, de crise cardiaque, d'arythmie, d'accident vasculaire cérébral, de pancréatite, de diabète, de maladie du foie et de cancers du tractus gastro-intestinal et du sein, entre autres.

L'autre concerne les personnes qui ne boivent pas actuellement. Il est assez clair que si vous

ne buvez pas, vous ne devriez pas commencer simplement parce que vous avez entendu dire qu'un verre ou deux sont bons pour la santé. Certains parlent d'une "courbe en J", montrant bien sûr un risque de décès par rapport aux non-buveurs, qui augmente comme on peut s'y attendre avec des niveaux plus élevés de consommation d'alcool, mais aussi soulignant un effet protecteur à faible dose (environ un verre par jour). Cependant, ces études ne tiennent pas compte du fait que certains non-buveurs buvaient auparavant et qu'ils ont arrêté de boire dans le cadre d'un problème de santé justifiant leur surcroît de mortalité. Les études qui excluent cet effet de sevrage ne montrent pas de courbe en J.

Écartons également les personnes pour lesquelles l'alcool présente des risques disproportionnés: les femmes enceintes ou qui essaient de le devenir, les personnes qui prennent des médicaments qui interagissent avec l'alcool ou celles dont l'état de santé est aggravé par l'alcool.

Pour les autres... Il existe clairement certains effets néfastes potentiels. Le plus connu est sans doute celui sur la tension artérielle. La consommation d'alcool augmente la tension artérielle, et il s'agit d'une relation assez linéaire. Les données sur le cancer sont un peu plus complexes à interpréter et restent observationnelles. Une consommation modérée d'alcool est associée à une légère augmentation du risque de certains cancers (notamment ceux du tractus gastro-intestinal, du sein et du foie), mais, du moins à des niveaux modérés, ce risque semble concerner principalement les fumeurs. Il est très faible chez les non-fumeurs en général et pratiquement inexistant chez les patients non-fumeurs. Ceci à l'exception du cancer du sein avec une augmentation plutôt linéaire du risque de cancer du sein avec la consommation d'alcool (interférence avec le métabolisme des œstrogènes?), quel que soit le statut tabagique. En rappelant que corrélation et causalité sont 2 choses différentes. A cette fin certains ont proposé des études de rando-

misation mendélienne. Si les variantes génétiques qui vous font boire un peu plus n'ont pas d'autres effets négatifs, nous pouvons alors les utiliser comme variables quasi aléatoires pour mieux comprendre la causalité. Si l'alcool ne pose pas de problème, l'hérédité de ces gènes n'augmentera pas votre risque de cancer ou autre. Dans ces études, une prédisposition génétique à une consommation modérée d'alcool n'augmentait pas le risque de cancer du sein, suggérant que la consommation modérée d'alcool est un indicateur du risque de cancer du sein, mais pas une cause directe de ce cancer.

Les preuves les plus solides des bienfaits proviennent de la littérature cardiovasculaire, d'où proviennent les célèbres "courbes en J", qui montrent souvent un bénéfice cardiovasculaire à raison de 1 à 2 verres par jour. Le risque d'événements cardiovasculaires pour différents niveaux de consommation de vin ne montre aucune augmentation du risque jusqu'à des quantités atteignant parfois jusqu'à 2 litres de vin par jour, soulignant des artefacts dans la conception observationnelle de ces études, et reflétant le fait que les buveurs modérés d'alcool sont peut-être plus enclins à adopter d'autres comportements sains

(tels que l'exercice physique) qui atténuent le risque.

Cependant, il existe plusieurs études génétiques qui tendent à pointer dans la même direction : plus d'alcool signifie plus de risques de maladies cardiovasculaires et une prédisposition génétique à la consommation d'alcool augmente considérablement le risque de maladie coronarienne, de fibrillation auriculaire et d'anévrisme de l'aorte abdominale.

En résumé, les preuves des effets néfastes, du moins d'une consommation modérée d'alcool, sont assez difficiles à établir. Des effets subtils sont observés dans les études observationnelles, mais celles-ci peuvent établir une corrélation et non une causalité; les personnes qui boivent diffèrent de celles qui ne boivent pas à bien des égards, ce qui peut augmenter leur risque de cancer indépendamment de l'alcool. En conclusion, si la consommation modérée d'alcool comporte un risque de cancer, celui-ci est faible, mais les personnes à risque de cancer du sein devraient probablement être un peu plus prudentes. Et surtout, ne fumez pas.

À votre santé pour le reste de l'année 2026.



Avis aux patientes cardiaques

VOUS ÊTES UNE FEMME ET AVEZ SOUFFERT D'UNE DES PATHOLOGIES CARDIAQUES SUIVANTES :

- **L'Ischémie non-obstructive des artères coronaires (INOCA) :** caractérisée par des crampes ou dysfonctionnements des petites artères sans obstruction majeure visible.
- **La Dissection spontanée de l'artère coronaire (SCAD) :** Pathologie grave, souvent sans facteurs de risque classiques.
- **Le Syndrome de Takotsubo (Syndrome du cœur brisé) :** Dysfonctionnement cardiaque temporaire souvent déclenché par un stress émotionnel ou physique intense.
- **Une Insuffisance cardiaque :** Notamment la forme à "fraction d'éjection préservée", fréquente après la ménopause.

Nous recherchons des femmes prêtes à témoigner pour que ces pathologies ne restent plus méconnues. Contactez-nous pour en parler!

Email : sylvianne.moyens@liguecardioliga.be

ALCOOL ET RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Réponses à quelques questions que vous vous êtes peut-être posées

DR JEAN-CLAUDE LEMAIRE, RÉDACTEUR MÉDICAL, MEDIASCOOP



QUELLES SONT LES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES (CV) SPÉCIFIQUEMENT LIÉES À L'ALCOOL ?

- **La cardiomyopathie alcoolique** qui fait partie des cardiomyopathies dilatées. Elle est la conséquence d'une toxicité myocardique directe de l'alcool (éthanol) et de ses métabolites et s'observe surtout en cas de **consommation chronique et élevée**.

Elle se manifeste cliniquement par les signes typiques de l'insuffisance cardiaque: essoufflement, fatigue et œdème des membres inférieurs, et l'imagerie met en évidence une dilatation du ventricule gauche avec diminution de la force d'éjection du sang vers la périphérie. Les sujets atteints sont à risque de troubles du rythme et de mort subite.

- **Le syndrome du cœur des fêtes** (Holiday Heart Syndrome) tire son nom du fait qu'il survient lors des périodes souvent propices à des **consommations aiguës exagérées** d'alcool (binge drinking), combinées à une alimentation plus riche et moins équilibrée (fêtes de fin d'année en particulier). Il s'agit en fait de la survenue de troubles du rythme (fibrillation auriculaire, tachycardie supraventriculaire ou simples extrasystoles).

Un certain degré de toxicité myocardique est impliqué, mais il s'agit plus souvent de la traduction :

- soit d'anomalies passagères de la conduction cardiaque (cheminement des impulsions électriques permettant d'obtenir des battements cardiaques réguliers et efficaces);
- soit d'altérations des concentrations d'électrolytes entre les compartiments intra et extracellulaires qui se solutionnent le plus souvent spontanément.

Les personnes âgées et celles qui habituellement consomment peu ou pas sont plus à risque.

A noter que les alcooliques chroniques peuvent développer une **carence en thiamine** (vitamine B1) qui, outre les troubles neurologiques, est susceptible d'entraîner une insuffisance cardiaque.

QUELLES SONT LES PATHOLOGIES CV EXISTANTES AGGRAVÉES PAR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

La consommation d'alcool, en particulier régulière et excessive ou sous forme d'épisodes de forte consommation (binge-drinking) contribue aussi à aggraver des pathologies CV existantes.

Le cas le plus typique est l'**hypertension artérielle** (HTA), car même dans le cadre d'une consommation modérée, l'alcool contribue à augmenter la pression artérielle et dans le cadre d'une HTA peut faire basculer un sujet d'une HTA contrôlée à une HTA non contrôlée et donc majorer son risque CV en aggravant une éventuelle pathologie en relation avec l'athérosclérose :

- **insuffisance coronaire** dont les manifestations les plus courantes sont l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde.
- **insuffisance vasculaire cérébrale** et survenue d'**accidents vasculaires cérébraux** (AVC) ischémiques transitoires ou définitifs. Le risque d'AVC hémorragique est également majoré en raison de l'augmentation de la pression artérielle.

A NIVEAU DE RISQUE CV IDENTIQUE LE PRONOSTIC CV DES CONSOMMATEURS RÉGULIERS D'ALCOOL DIFFÈRE-T-IL DE CELUI DES NON CONSOMMATEURS ?

Globalement les données les plus récentes mettent en doute l'existence d'une relation de type "courbe en J" (risque minimum pour une consommation faible et risque supérieur pour l'absence de consommation et surtout pour une consommation excessive), ce qui avait fait supposer le bénéfice d'une consommation modeste par rapport à une non consommation.

Ce doute vaut tant pour les sujets indemnes d'atteintes CV que pour ceux qui en ont une.

Le petit verre de whisky bon pour les artères du coronarien est un mythe à ranger aux oubliettes.

Diverses études montrent qu'une **consommation quotidienne ou élevée** d'alcool augmente la mortalité et le risque d'événements (HTA, fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque, AVC) et il a également été établi que de **faibles consommations régulières** sont associées à plus de mortalité qu'une consommation occasionnelle faible.

Au vu de ces données il semble logique de conclure qu'à risque CV égal, la consommation régulière d'alcool n'apparaît pas comme bénéfique pour le pronostic CV et peut même l'aggraver selon le volume et la fréquence de consommation. Les prises de positions récentes d'organisations européennes et amé-

ricaines vont dans ce sens en préconisant de **ne pas présenter l'alcool comme protecteur pour le cœur et en appelant à réduire la consommation** pour la santé CV.

UNE CONSOMMATION MODÉRÉE DE BOISSONS ALCOOLISÉES EST-ELLE BÉNÉFIQUE SUR LE PLAN CV ?

Comme l'explique et le détaille brillamment le professeur Bernard Cosyns dans l'édito qu'il consacre à ce numéro thématique de Cœur et Artères, la réponse à cette question n'est pas univoque puisque certains y voient le verre à moitié plein et d'autres le verre à moitié vide.



La vérité actuelle est que la question restera sujet de **spéculations** et ne pourra pas être tranchée tant que nous n'aurons pas de grandes études de population prospectives (sujets suivis au fil du temps) recueillant de multiples données détaillées de consommation (types de boisson, intensité et régularité de consommation) et examinant les résultats en fonction de ces données et des autres facteurs pouvant les influencer (facteurs confondants avec notamment le rôle de la génétique, de l'environnement, des habitudes de vie, des pathologies concomitantes...).

LE RISQUE CV EST-IL PLUS ÉLEVÉ EN CAS DE STÉATOSE (MALADIE DU FOIE GRAS) OU DE CIRRHOSE ?

Effectivement les personnes présentant ces atteintes hépatiques ont un moins bon pronostic CV que la population générale (risque majoré d'événements CV type infarctus ou AVC et de troubles du rythme). Le pronostic CV est d'autant moins bon que l'atteinte hépatique est plus sévère (fibrose/cirrhose).

Contentons-nous donc pour l'heure de faire nôtre ces deux principes

- Il n'y a **pas de raison scientifiquement fondée d'inciter un non consommateur à devenir un utilisateur régulier** (même avec toute la modération requise).
- En cas de **consommation régulière, le moins possible est très certainement le mieux** (et pas seulement sur le plan CV).

DE QUELLE PROPORTION DU RISQUE CV EST RESPONSABLE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

La question est très pertinente car l'alcool n'est évidemment pas le seul coupable, de très nombreux autres facteurs interviennent dont certains sont capables de moduler le risque lié à l'alcool.

Le **risque lié à l'alcool est très dose-dépendant** et cela vaut pour le risque d'HTA, de troubles du rythme, d'AVC et d'insuffisance cardiaque. Globalement plus la consommation est élevée et régulière plus le risque croît.

Le **risque lié à l'alcool est également temps-dépendant**, une même quantité consommée en peu de temps n'a pas le même impact qu'une consommation étalée dans le temps (7 verres en une soirée n'a pas le même impact qu'un verre par jour).

A titre individuel les femmes, les fumeurs, les sujets âgés, ceux qui ont des troubles de la fonction du foie et ceux qui ont des désordres métaboliques, obésité et diabète notamment, semblent plus sensibles aux effets de l'alcool et il existe également des variations génétiques du métabolisme de l'alcool qui contribuent à moduler l'impact sur le risque CV.

L'essentiel à retenir est que c'est l'ensemble des caractéristiques d'un individu et son mode de vie qui déterminent le risque CV, **l'alcool n'est que l'un des éléments de l'équation**. D'aucuns se sont essayés à calculer, au niveau d'une population, la part de survenue de tel ou tel événements ou d'un décès qui pouvait être attribuée à l'alcool. Cette part existe bel et bien, avec d'ailleurs d'importantes variations selon les populations étudiées et les profils de consommations, mais elle est **relativement modeste** et très généralement moindre que la part attribuable aux classiques facteurs de risque (HTA, tabagisme, hypercholestérolémie et diabète).

Le message est que lutter contre une consommation régulière et/ou excessive est un bon combat, mais qu'il faut que cela ne se fasse pas **au détriment du contrôle d'autres facteurs** susceptibles d'apporter des gains plus importants sur le plan CV.



LE DEGRÉ D'ALCOOL (ALCOOLS FORTS VS VIN OU BIÈRE) INFLUENCE-T-IL LE RISQUE CV ?

Les deux éléments qui influencent le plus le risque CV sont la quantité totale d'alcool consommée (nombre de grammes d'alcool) et le mode de consommation (binge drinking vs consommation régulière). En clair pour réduire le risque CV il faut réduire le nombre de grammes d'alcool et éviter les cuïtes/bitures express (binge drinking).

REGARDER NOTRE FOIE POUR SAUVER NOTRE CŒUR

ou la maladie du soda : une pathologie hépatique aux lourdes conséquences cardiovasculaires

Quand le foie souffre, le coeur et les vaisseaux sont aussi malades

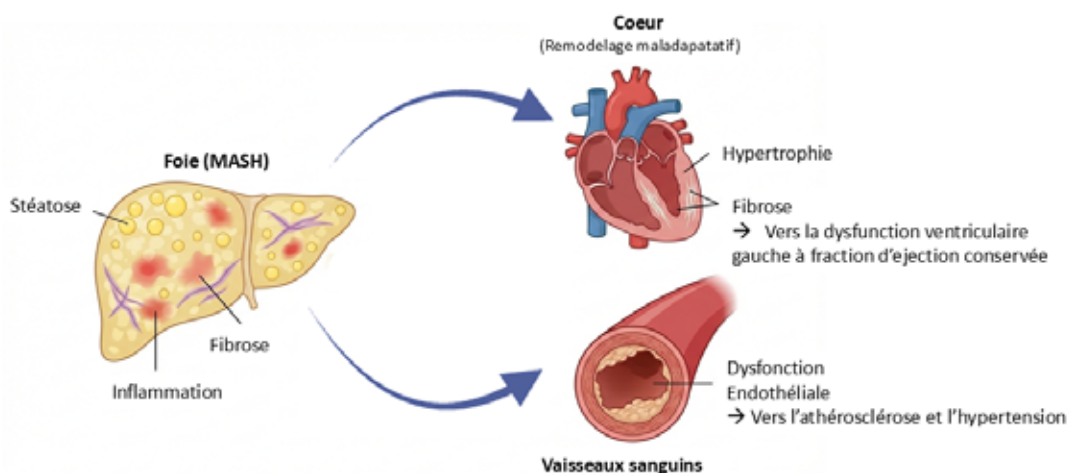


Diagramme simplifié de l'axe physiopathologique: le foie atteint de MASH libère des signaux qui favorisent le remodelage cardiaque et la dysfonction vasculaire

La MASLD (Maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique), également appelée "maladie du soda", touche aujourd'hui près d'un quart de la population adulte mondiale. La MASLD désigne l'accumulation de graisses dans le foie, souvent due au surpoids et au diabète et associée à l'hypertension. Ces facteurs perturbent le métabolisme du sucre et des graisses et entraînent dans un premier temps une accumulation de graisse dans le foie ou stéatose. Chez environ 30% des patients, la MASLD va évoluer vers un stade plus sévère dit stéato-hépatite ou MASH. Dans ce cas, la stéatose s'accompagne d'une inflammation chronique, d'une destruction des cellules hépatiques, de leur dysfonctionnement et d'une accumulation de tissu cicatriciel qu'on appelle fibrose. Le traitement repose sur la perte de poids, une alimentation saine et l'exercice, et des médicaments commencent à être disponibles pour les formes les plus graves.

Bien que cette maladie touche initialement le foie, les complications cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez les patients atteints de MASLD/MASH. Plusieurs études épidémiologiques récentes montrent que la MASLD/MASH est associée à une augmentation significative du risque d'événements

cardiovasculaires majeurs, comme l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral ou l'insuffisance cardiaque. Ces associations persistent indépendamment des facteurs de risque cardiovasculaires classiques, communs aux deux pathologies, ce qui suggère que les altérations hépatiques ne sont pas de simples indicateurs de risque, mais bien des acteurs directs de la pathologie cardiovasculaire.

Ces observations ont conduit à l'émergence du concept d'un axe fonctionnel foie-cœur. Longtemps considérés comme des organes distincts fonctionnant de façon indépendante, le foie, centre du métabolisme énergétique, et le système cardiovasculaire, garant de la perfusion des tissus, sont aujourd'hui reconnus comme étroitement interconnectés. Au-delà des facteurs de risque communs liés au syndrome métabolique, cette interaction repose sur des mécanismes physiopathologiques spécifiques qui favorisent le développement et la progression des maladies cardiovasculaires. C'est précisément l'identification de ces mécanismes qui fait l'objet de recherches menées en collaboration entre les laboratoires de gastroentérologie et de pharmacothérapie de l'UCLouvain.

DES MODÈLES PRÉCLINIQUES POUR MIEUX COMPRENDRE LES ALTÉRATIONS CARDIOVASCULAIRES ASSOCIÉES À LA MASH

Dans une étude récente menée sur des modèles animaux qui miment la maladie du soda, les chercheurs ont observé que lorsque la maladie hépatique devient sévère, la structure du cœur est modifiée. Les parois cardiaques s'épaississent, les cellules du muscle cardiaque sont hypertrophiées et des dépôts de collagène apparaissent, témoignant d'une fibrose du muscle cardiaque. Ces changements correspondent à un remodelage cardiaque pathologique.

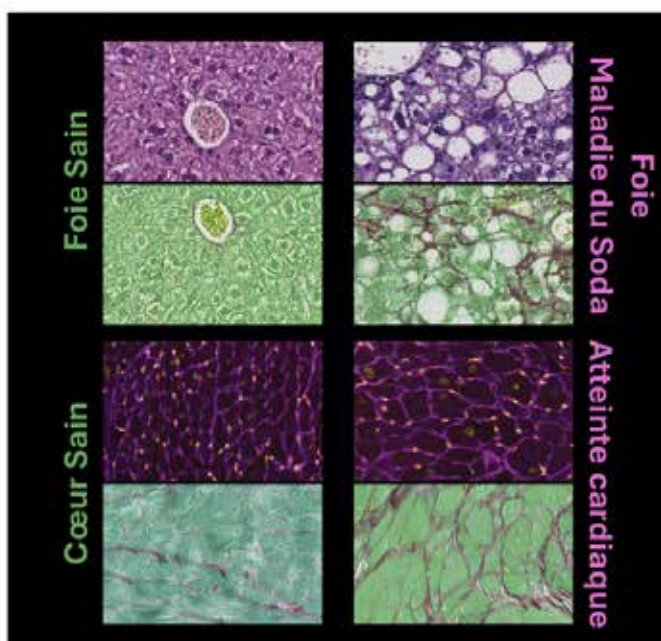
À ce stade, le cœur continue encore à pomper efficacement le sang, mais il est déjà fragilisé. Nos équipes ont montré que quand on provoque une hypertension, le cœur des souris saines s'adapte parfaitement à cette surcharge de travail. Ce n'est pas le cas des souris qui ont une MAFLD/MASH; chez elle l'hypertension précipite la dysfonction cardiaque. Cette phase de remodelage cardiaque est silencieuse, sans symptômes évidents. Cependant, à terme, le cœur se rigidifie et devient alors incapable de compléter sa fonction de relaxation et donc de remplissage lors de la diastole, ce qui peut conduire à une insuffisance cardiaque et à l'apparition d'un œdème pulmonaire. C'est ce que l'on appelle une dysfonction diastolique ou une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée, que l'on rencontre chez les patients qui ont une MAFLD/MASH.

LA DYSFONCTION ENDOTHÉLIALE : UN MÉCANISME CLÉ DANS LA SURVENUE DES TROUBLES CARDIOVASCULAIRES

Les chercheurs se sont également intéressés aux altérations vasculaires associées à la MASLD/MASH, en particulier à la dysfonction endothéliale, un événement précoce dans le développement des maladies cardiovasculaires.

Dans des conditions physiologiques normales, les cellules endothéliales vasculaires sécrètent des molécules vasoactives qui permettent aux vaisseaux de se dilater et d'adapter le flux sanguin aux besoins des tissus. En cas de dysfonction endothéliale, la production de ces molécules est altérée, favorisant l'hypertension ainsi que le développement de l'athérosclérose notamment. En effet, certaines de ces molécules, comme le monoxyde d'azote (ou NO), jouent aussi un rôle protecteur en limitant l'inflammation et la perméabilité vasculaire. Une diminution de leur production peut ainsi être à l'origine de la formation de plaques d'athérome.

Parallèlement aux altérations cardiaques, une dysfonction endothéliale associée à une baisse de la production de NO a été observée dans les modèles de souris atteintes de la maladie du soda. Ces observations renforcent l'idée d'un lien étroit entre la maladie hépatique et les atteintes vasculaires et identifient la voie du NO comme un mécanisme central dans les troubles cardiovasculaires associés à la MASH.



À gauche, des organes sains: le foie ne contient ni graisse ni cicatrice, et le cœur présente des cellules musculaires normales.

À droite, dans la maladie du soda, le foie accumule de la graisse (vacuoles blanches) et des tissus cicatriciels (en rouge), tandis que le cœur montre des cellules musculaires épaissies et davantage de fibrose (en rouge), signes d'un fonctionnement altéré.

QUAND LE FOIE PARLE AU CŒUR : L'ADMA, UN MÉDIATEUR D'ORIGINE HÉPATIQUE À L'ORIGINE DES TROUBLES CARDIOVASCULAIRES?

Pour mieux prévenir et traiter les patients, il est essentiel de comprendre les mécanismes physiopathologiques qui conduisent aux altérations cardiovasculaires associées à la MASH. Dans ce contexte, les chercheurs ont identifié l'ADMA comme une molécule clé susceptible d'expliquer le lien entre la MASH et les troubles cardiovasculaires.

L'ADMA est une molécule endogène produite lors de la dégradation des protéines dans l'organisme. Elle est également connue pour inhiber la production de NO et est déjà considérée comme un biomarqueur du risque cardiovasculaire. Les travaux récents des chercheurs de l'UCLouvain suggèrent qu'un foie atteint de MASH produit de l'ADMA en grande quantité. Transportée via la circulation sanguine, cette molécule peut atteindre les cellules endothéliales des vaisseaux et pourrait ainsi être responsable de la diminution de la production de NO, et par conséquent des altérations cardiovasculaires observées dans les modèles de MASH, en particulier la dysfonction endothéliale.

Aujourd'hui, le rôle de l'axe ADMA/NO dans les maladies cardiovasculaires associées à la MASH est encore à l'étude dans des modèles précliniques, mais ces résultats ouvrent la voie à l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques et de biomarqueurs permettant de mieux caractériser le risque cardiovasculaire chez les patients atteints de MASH.

Conclusion : **une vision intégrée des maladies** **métaboliques**

Ces travaux mettent en lumière l'existence d'un dialogue étroit entre le foie et le système cardiovasculaire dans le contexte de la MASLD/MASH. Ils soulignent l'importance, chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires, d'examiner la santé du foie, qui pourrait jouer un rôle déterminant dans la progression des atteintes cardiaques et vasculaires. De la même manière, lorsque l'on considère d'administrer un traitement pour améliorer la santé hépatique, il apparaît essentiel de juger de son efficacité aussi par ses effets sur le cœur et les vaisseaux. Plus largement, ces résultats rappellent que les organes ne fonctionnent pas de manière isolée. Dans des pathologies systémiques comme le syndrome métabolique, une approche multidisciplinaire, intégrant à la fois les dimensions hépatiques, cardiovasculaires et métaboliques, est indispensable pour une prise en charge efficace des patients.

Justine Lallement,
post doctoral Fellow, UCLouvain, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Laboratoires d'hépatogastroentérologie et de pharmacothérapie.

Chantal Dessy,
Maître de Recherche du FNRS et Professeur, UCLouvain, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Laboratoire de pharmacothérapie.

Isabelle Leclercq,
MD PhD, Professeur ordinaire, UCLouvain, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Laboratoires d'hépatogastroentérologie.

SEVRAGE ALCOOLIQUE

DOCTEUR BERNADETTE SCOMAN

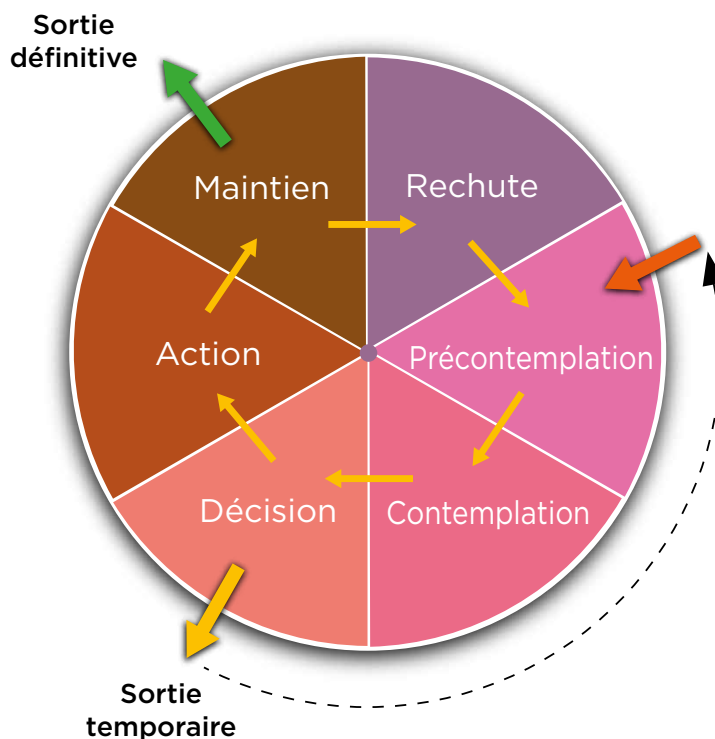
Le sevrage alcoolique se définit comme l'arrêt de la consommation d'alcool chez une personne dépendante. Ce sevrage peut entraîner un syndrome de manque et il est vivement recommandé d'être médicalement assisté lors de ce processus.

Le moteur principal du processus de sevrage est la motivation, c'est primordial.

Les critères de la dépendance sont repris dans le DSM V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Le célèbre médecin Pierre Fouquet (1913-1998) définit la dépendance, et donc l'addiction, comme la perte de la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool. La discussion peut se faire autour du mot liberté ou capacité à s'abstenir de boire de l'alcool.

Il est évident que ni la quantité d'alcool ingérée, ni par exemple le fait de boire seul.e ne sont des critères d'alcoolodépendance.

L'alcool est un produit toxique, surtout son métabolite : l'acétaldéhyde.



Le moteur principal du processus de sevrage est la motivation, c'est primordial.

On peut se référer au cycle de Prochaska-Di Clemente ci-dessus, illustrant les différents stades du changement.

La motivation doit être intrinsèque (propre à la personne), une motivation extrinsèque (par ex. : la personne est obligée par le ou la conjoint.e sous peine de séparation) est prédictive d'une moins grande réussite. La décision d'arrêter de consommer peut être décidée par la personne mais cela peut aussi être une obligation médicale notamment en cas de pathologies digestives (hépatique, pancréatique...).

En dehors de toute urgence, le sevrage doit être planifié.

Seuls 10 à 30 % des sevrages se font en milieu hospitalier, les autres se font en ambulatoire, c'est à dire au domicile, généralement avec l'aide du médecin traitant.

Les contre-indications au sevrage à domicile sont: état somatique (de santé) trop précaire, polytoxicomanie, solitude, lieu non sécurisé, comorbidités psychiatriques, accidents sur sevrage (épilepsie, délirium, encéphalopathie), antécédents de tentative de suicide, mauvaise compliance ou non compréhension du traitement, sevrage nécessitant de grosses doses de benzodiazépines.

Les contre-indications au sevrage ambulatoire sont donc par la force des choses des indications de sevrage hospitalier.

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

La prise en charge hospitalière offre un sevrage sécurisé, un accompagnement pluridisciplinaire ainsi que la possibilité d'ateliers thérapeutiques.

Certaines personnes préfèrent quitter leur domicile car elles se sentent plus en sécurité, d'autres choisissent le mode hospitalier pour des raisons familiales (par ex : conflit dans le couple).

Pour un sevrage hospitalier, il est nécessaire de réaliser une pré-admission avec un psychiatre. Cela permet de tester la motivation de la personne et de réaliser un dossier médical. Le sevrage alcoolique se réalise le plus souvent dans un hôpital psychiatrique, mais peut aussi se réaliser dans une unité de gastro-entérologie ou de neurologie. La durée et le mode d'hospitalisation varient en fonction des hôpitaux. Les questions doivent être posées et les renseignements au sujet de l'hospitalisation seront donnés à la pré-admission (psychiatrie). La prise en charge est pluridisciplinaire (psychologie, ergothérapeute, psychiatre, médecine interne).

Le sevrage en ambulatoire se fait donc au domicile. La motivation est essentielle, les objectifs doivent être définis.

Rester à la maison offre des avantages certains comme être entouré par les siens mais il faut redoubler de prudence car **l'alcool est une drogue légale et se trouve partout. Une drogue qui est légale mais dangereuse pour la santé.** Une préparation à la réalisation de cette démarche est importante. On conseille de ne plus avoir

de boissons alcoolisées au domicile, de bien s'hydrater et d'être accompagné. Le repos est impératif et une incapacité de travail est préconisée pour une durée de deux semaines minimum. La personne construit son parcours, les règles institutionnelles de l'hôpital n'existent pas. Il est contre-indiqué pendant cette période de conduire, d'utiliser des outils dangereux ou toute activité pouvant mettre la personne en danger. Le moment du sevrage appartient à la personne, il est important lors du processus qu'il n'y ait aucune contrainte de vie.

Un sevrage ne devrait jamais se faire seul. En effet, un syndrome de manque risque de s'installer avec tout un cortège de complications (physiques et/ou psychiques) qui peuvent être sévères (sueurs, transpirations, tachycardie, hypertension artérielle, vertiges, nausées, tremblements, hallucinations (réf. score de Cushman)). Une crise d'épilepsie peut aussi survenir lors d'un sevrage. Des professionnels de santé doivent être présents pendant et après le sevrage (médecin traitant, alcoologue, psychologue...)

Le syndrome de manque apparaît généralement dans les quelques heures qui suivent l'arrêt de la consommation mais des symptômes peuvent encore se manifester après quelques jours. Parfois des tremblements se produisent rapidement. Le paroxysme des symptômes de manque semble arriver après 24 heures. La période des trois premiers jours est généralement la plus pénible. La durée de ces manifestations peut durer 10 jours.

TRAITEMENTS ET CONSEILS

Le traitement médicamenteux du sevrage aussi bien en ambulatoire qu'à l'hôpital consiste en benzodiazépines (Valium, oxazepam, rivotril) et vitaminothérapie (Thiamine (B1), Zinc, Magnésium) et une bonne hydratation. Le traitement habituel n'est pas modifié.

Ces traitements de sevrage peuvent avoir des effets secondaires: somnolence, vertiges, confusion, troubles de mémoire, faiblesse et risque de chute. Une évaluation doit se faire au fur et à mesure des jours sans alcool.

Deux ASBL existent dans le Hainaut pratiquant le sevrage alcool au domicile par une équipe pluridisciplinaire. Il s'agit de Freedom (Wallonie Picarde/Mons) et Hope One (région de Soignies).

Les soignants de ces deux ASBL vont à domicile et organisent en concertation avec la personne et les proches le sevrage alcool.

Les équipes mobiles psychiatriques se rendent aussi au domicile.

Le suivi est essentiel, la motivation doit rester intacte.

Le sevrage consiste en l'arrêt de la consommation d'alcool mais la suite est le maintien de l'abstinence. Cette nouvelle vie doit se construire en partenariat avec des professionnels de santé mais aussi avec les proches.

Différents outils peuvent être mis en place en dehors des professionnels de santé comme les groupes d'entraide (AA, Vie Libre). Des groupes pour les proches et pour les enfants existent aussi (Al-Anon, Alateen).

L'alcool est la première cause de mortalité hépatique. Consommer entre les repas augmente le risque d'atteinte hépatique. Une étude récente de 2024 a montré les bénéfices du sevrage et de l'abstinence pour réduire le risque de cancer du à l'alcool, globalement et pour chaque site de cancer (Alcool réhabilitation and cancer Risk: a nationwide hospital cohorte Study in France : The Lancet , juillet 2024).

Pour conclure: l'abstinence vécue doit être une abstinence heureuse pour permettre de la maintenir. Les bénéfices sur la santé physique, psychique et sociale sont indéniables.



LES BOISSONS À 0 % (NA) : UNE BONNE ALTERNATIVE À L'ALCOOL ?

Bières, vins, bulles ou cocktails « sans alcool » : les boissons à 0 % occupent aujourd'hui une place de plus en plus visible dans l'offre proposée par les producteurs. Cette évolution traduit une adaptation progressive du secteur aux attentes de nombreuses personnes qui souhaitent réduire ou éviter la consommation d'alcool, tout en conservant une dimension de plaisir et de convivialité. Mais que valent réellement ces boissons, et comment les intégrer de manière pertinente dans une approche globale de santé ?

QUE SIGNIFIE RÉELLEMENT « 0 % » ?

La mention « 0 % » signifie que la boisson contient moins de 0,5 % d'alcool. Ces boissons peuvent être obtenues par fermentation suivie d'un retrait de l'alcool ou par des procédés d'aromatization reproduisant les saveurs sans fermentation.

UNE ALTERNATIVE INTÉRESSANTE MAIS PAS UNE BOISSON « SANTÉ »

Dans une logique de réduction de la consommation d'alcool, les boissons à 0 % peuvent constituer une alternative pertinente, en particulier lors de moments festifs. Elles permettent de maintenir une dimension conviviale sans alcool.

Il est toutefois important de rappeler qu'une boisson sans alcool n'est pas nécessairement une boisson bénéfique pour la santé. Leur intérêt dépend largement de leur composition nutritionnelle et de leur mode de consommation.


LE POINT SUR LES SUCRES : UNE VIGILANCE NÉCESSAIRE

Certaines boissons à 0 %, notamment les bières sans alcool, les vins désalcoolisés ou certains cocktails prêts à boire, peuvent contenir des quantités significatives de sucres. Lorsque l'alcool est retiré, le goût et la texture peuvent être compensés par des sucres ajoutés ou par des jus de fruits concentrés.

Or, une consommation excessive de sucres libres est associée à une augmentation du risque cardiometabolique à long terme. Sur le plan nutritionnel, certaines boissons à 0 % peuvent ainsi se rapprocher davantage d'une boisson sucrée que d'une boisson neutre. La lecture de l'étiquetage nutritionnel constitue donc un repère utile (teneur en sucres).

LES ÉDULCORANTS : UNE ALTERNATIVE ENCADRÉE

Afin de limiter l'apport en sucres, de nombreuses boissons à 0 % utilisent des édulcorants (tels que



Il est toutefois important de rappeler qu'une boisson sans alcool n'est pas nécessairement une boisson bénéfique pour la santé. Leur intérêt dépend largement de leur composition nutritionnelle et de leur mode de consommation.

l'aspartame, le sucralose ou les glycosides de stéviol). Ces substances permettent d'apporter une saveur sucrée sans contribution calorique significative.

Les édulcorants autorisés sont considérés comme sûrs par les autorités sanitaires européennes lorsqu'ils sont consommés dans les limites des apports journaliers admissibles. Leur consommation régulière interroge toutefois sur le maintien de l'appétence pour le goût sucré, ce qui invite à une utilisation raisonnée plutôt que systématique.

CAFÉINE ET AUTRES STIMULANTS : UNE VIGILANCE CIBLÉE

Chez l'adulte en bonne santé, une consommation modérée de caféine est généralement bien tolérée.

Certaines boissons sans alcool, en particulier des mocktails industriels ou des boissons à visée "énergisante", peuvent toutefois contenir de la caféine ou d'autres substances stimulantes, issues notamment d'extraits de thé, de guarana ou de café.

En cas de consommation cumulative au cours de la journée, ou chez des personnes présentant une sensibilité particulière aux stimulants, ces composés peuvent s'accompagner de palpitations, d'une augmentation transitoire de la fréquence cardiaque ou d'une sensation d'agitation. Une attention spécifique peut dès lors être utile chez les personnes présentant des troubles du rythme cardiaque.



UNE DIMENSION COMPORTEMENTALE À NE PAS NÉGLIGER

Au-delà de leur composition, les boissons à 0 % soulèvent également une question comportementale importante. En reproduisant le goût, le geste et le rituel associés à l'alcool, elles peuvent contribuer à une forme de normalisation de la consommation.

Chez certaines personnes ayant arrêté de consommer de l'alcool, ces boissons facilitent la participation sociale et soutiennent une démarche d'abstinence ou de réduction. Chez d'autres, elles peuvent entretenir un attachement symbolique à l'alcool ou réactiver certaines envies. Leur impact dépend donc fortement de l'histoire individuelle, du rapport à l'alcool et du contexte de consommation.

COMMENT LES INTÉGRER DANS UNE APPROCHE ÉQUILBRÉE ?

Les boissons à 0 % peuvent trouver leur place :

- comme alternative occasionnelle à l'alcool;
- lors d'événements sociaux;
- dans une démarche volontaire de réduction de la consommation d'alcool.

Quelques repères pratiques peuvent guider leur usage :

- privilégier les boissons pauvres en sucres;
- varier avec des alternatives simples, peu transformées et non sucrées : l'eau, l'eau pétillante, les infusions (chaudes ou glacées), les eaux aromatisées maison à base de fruits, d'herbes aromatiques ou d'épices, ou encore les boissons à base de gingembre;
- éviter une consommation automatique ou quotidienne.

En conclusion

Les boissons à 0 % constituent aujourd'hui une alternative intéressante à l'alcool, dans un contexte où l'offre s'élargit et s'adapte aux attentes de nombreuses personnes souhaitant réduire leur consommation tout en conservant une dimension de plaisir et de convivialité.

Leur place mérite toutefois d'être envisagée de manière réfléchie, en tenant compte de leur composition, notamment en sucres, en édulcorants ou en substances stimulantes, ainsi que de leur impact comportemental, en particulier chez les personnes ayant un antécédent de dépendance à l'alcool.

Ces boissons peuvent s'intégrer aux côtés d'alternatives simples et peu transformées, comme l'eau, les infusions ou les boissons à base de gingembre. Plus que le choix d'un produit en particulier, c'est la diversité des options et un usage raisonné qui constituent des repères utiles dans une approche globale de la santé.

Référence :
ESC, Guidelines on cardiovascular disease prevention, 2021.



Stéphanie Tylleman, diététicienne-
nutritionniste et fondatrice des centres
Dietconsult à Bruxelles (www.dietconsult.be)



PIERROT, 26 ANS, ALCOOLIQUE : CHRONIQUE D'UNE CHUTE ET D'UNE RENAISSANCE

« Je m'appelle Pierrot et je suis alcoolique. »

Quand Pierrot commence à boire à 16 ans, dans une école militaire, il ne pense pas tomber malade. Il imite les anciens, enchaîne les bières, vacille, rit. Dix ans plus tard, à 26 ans, il est capable d'absorber plus de trente verres par jour sans s'effondrer. Une résistance qui lui coûtera cher. *«Malheureusement, je supportais bien l'alcool»*, dit-il aujourd'hui. Son corps, lui, n'éliminait plus rien.

À cet âge-là, Pierrot boit en permanence. Il travaille pourtant, commande des hommes, conduit, décide. En apparence, il tient debout. En réalité, tout s'effondre.

L'arrêt ne vient pas d'une prise de conscience personnelle, mais d'un ultimatum. Son supérieur hiérarchique lui laisse le choix : l'internement ou la porte. Pierrot choisit l'hôpital. Pas parce qu'il se pense malade, mais pour se "tenir à carreaux". Il est encore convaincu de pouvoir arrêter quand il veut. Le déni est déjà là.

Sur le terrain professionnel, son alcoolisme désorganise tout. Il donne des ordres le matin qu'il ne se souvient plus avoir donnés l'après-midi. Ses absences pèsent sur ses collègues. Son autorité se délite. À la maison, le tableau n'est guère plus reluisant. Issu d'une famille soudée, Pierrot en est le mouton noir. Un soir de fête familiale, il quitte la table pour aller regarder un Grand Prix au café. Il rentre ivre, au milieu de la nuit. La clé est restée à l'intérieur. Il dormira dans sa voiture.

Les relations amoureuses suivent la même pente. Un premier divorce, marqué par l'égoïsme, les absences, les mensonges. Une seconde compagne pose un ultimatum : elle ou l'alcool. La semaine, Pierrot boit. Le week-end, il se montre sobre. Jusqu'au jour où les deux mondes se rencontrent. La fiancée part. L'alcool reste.

Le corps, lui, commence à lâcher. À l'hôpital militaire, les examens révèlent une stéatose sévère : le foie a doublé de volume. L'alcool ressort par la peau. On le surnomme "cramique". À cela s'ajoute la drogue, consommée pour accompagner l'ivresse. Pierrot découvre qu'il est devenu polytoxicomane sans l'avoir voulu. *«J'étais obsédé sans le savoir. Malade sans le savoir.»*

La dégradation est aussi financière. Comptes à découvert, emprunts, dettes auprès des amis. Puis viennent les vols, l'isolement, les bagarres. Le judiciaire n'est jamais loin : garde à vue, tribunal, prison. *«Chienne de vie»*, résume-t-il.

À 26 ans, Pierrot est capable d'absorber plus de trente verres par jour sans s'effondrer. Une résistance qui lui coûtera cher.



Un jour, un neuropsychiatre lui pose une question simple: combien boit-il par jour? *“Une quinzaine de verres”*, répond Pierrot. Le médecin s’indigne. À l’intérieur, Pierrot sourit: il en boit le double. Mais pour la première fois, une autorité médicale lui dit que c’est trop. Mieux encore, elle prononce un mot nouveau: maladie. L’alcoolisme n’est pas un vice, mais une addiction, progressive, incurable, parfois mortelle.

Le médecin l’oriente vers le bureau info-alcool, puis vers une réunion des Alcooliques Anonymes. Pierrot y va sans conviction, pensant surtout rassurer son patron. Il arrive en retard, provoque, ironise. Il se moque de leurs sourires. Jusqu’à ce qu’un homme lui explique que ce sourire n’est pas de la condescendance, mais de l’identification. Tous ont été à sa place.

Et là, Pierrot réalise quelque chose d’essentiel: lui ne sourit plus. Il ne rit plus. Il vit en permanence sur la défensive, agressif, paranoïaque. Il comprend qu’il veut ce sourire. Qu’il veut cette paix.

Chez les AA, personne ne lui ordonne quoi que ce soit. Pas de *“y’a qu’à”*, pas de *“il faut”*. Juste des témoignages. Et un choix. Celui de vivre sans alcool, non par punition, mais par désir.

Pierrot s’accroche. Un jour à la fois. Il reste abstinant. En 2026, il compte plus de 43 ans sans alcool. Il est le dernier survivant de son premier groupe. Il a tout reconstruit: sa santé, sa carrière, ses finances, ses liens familiaux. Il est devenu père, puis grand-père. *“Ce qui a le plus changé, c’est ma tête. L’alcool ne dirige plus ma vie.”*

Mais il le sait: rien n’est jamais acquis. Il restera alcoolique toute sa vie. Vigilant. Reconnaisant. Abstinant. *“Rien ni personne ne vaut que je prenne ce premier verre.”*

Un jour à la fois.

**Chez les AA, personne ne lui ordonne quoi que ce soit. Pas de “y’a qu’à”, pas de “il faut”.
Juste des témoignages. Et un choix. Celui de vivre sans alcool, non par punition, mais par désir.**



À celui ou celle qui se reconnaît dans ce miroir brisé, Pierrot adresse un message simple:

Toi qui a un problème avec l’alcool, si mon témoignage peut faire que tu en sois enfin à ce moment magique où tu peux te rendre compte qu’il y a moyen de s’en sortir, que tu n’es plus tout seul, que tu peux être aidé, alors viens voir de l’autre côté du miroir si nous sommes faits pour nous entendre. Je t’écouterai. Nous t’écouterons.





LES AA

L'alcool est présent partout dans notre société. Il est convivial, festif, lié à la gastronomie et à un certain art de vie. "Tout le monde boit".

L'alcoolisme

Mais certains ne boivent pas comme tout le monde. L'alcool a aussi une face sombre. D'après l'institut de santé publique Sciensano, parmi la population, 14 % des plus de quinze ans pratiquent une consommation à risque (plus de dix verres par semaine) et 5,9 % dépassent le seuil d'alerte de vingt-et-un verres par semaine.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique sur son site (9 juillet 2022) que la consommation d'alcool est à l'origine de 3 millions de décès chaque année dans le monde, ainsi que de nombreux handicaps et de la mauvaise santé de millions de personnes. Globalement, l'usage nocif de l'alcool est, toujours selon l'OMS, responsable de 5,1 % de la morbidité globale.

Pour la Belgique, le coût social de l'alcoolisme serait d'environ deux milliards d'euros (enquête de l'université de Gand et du Service public de programmation scientifique). C'est un chiffre difficile à établir car la consommation excessive, outre les suicides et décès prématurés, entraîne des dépenses de soins de santé et d'absentéisme: problèmes digestifs et cardio-vasculaires, dépression... L'alcoolisme a aussi un effet désastreux sur l'entourage. L'ivresse est responsable de 11 % des accidents de la route (Institut belge de la sécurité routière) et de très nombreux actes de délinquance. Elle est très souvent présente dans les cas graves de violence conjugale et familiale.

LA RÉPONSE AA

Selon les AA, l'alcoolisme, ou dépendance à l'alcool, est une affection dont on ne guérit pas, mais qu'il est possible de gérer par l'abstinence. S'habituer à ne pas boire d'alcool permet de vivre tout à fait sereinement.

Actifs en Belgique depuis 1953, les Alcooliques anonymes ont permis à des dizaines de milliers d'hommes et de femmes en souffrance de rompre avec leur addiction. Ils ne remplacent en aucune façon l'assistance médicale et professionnelle, mais lui viennent en appui et ont parfois réussi à sortir de l'alcool des cas considérés comme désespérés.

La méthode des AA repose tout simplement sur le partage d'expérience. La porte est ouverte à toute personne qui a "le désir d'arrêter de boire". Il n'y a pas de cotisation à payer ni aucune autre condition. Les

plus anciens sont présents pour demeurer abstinents et pour encourager, accompagner, conseiller les nouveaux dans leur quête de la sobriété. Un programme de rétablissement est proposé pour reconstruire une vie sans alcool, dans la sérénité.

Il n'y a pas de cotisation à payer ni aucune autre condition. Les plus anciens sont présents pour demeurer abstinents et pour encourager, accompagner, conseiller les nouveaux dans leur quête de la sobriété.

ANONYMES MAIS PAS INVISIBLES

Les AA ont été popularisés en Europe par le livre de Joseph Kessel, "Avec les Alcooliques Anonymes" (paru en 1960). Cet écrivain a fréquenté le Mouvement, rencontré ses membres, écouté les récits, palpé l'ambiance des réunions. Le compte-rendu qu'il en a fait a bouleversé ses lecteurs et certainement sauvé des vies en indiquant une porte de sortie à des personnes désespérées par leur addiction. Depuis 1960, le monde a changé mais la méthode AA n'a évolué qu'à la marge. Les réunions hebdomadaires en restent le cœur. Elles sont discrètes, mais pas secrètes. Il est toujours possible à une personne extérieure d'y assister.

QUI SOMMES-NOUS? DES PERSONNES UNIES PAR LE DÉSIR DE NE PLUS BOIRE

Les Alcooliques anonymes sont aujourd'hui une association de deux millions de personnes qui se regroupent à peu près partout dans le monde, pour résoudre leur problème commun et pour aider ceux qui souffrent encore à se rétablir de cette maladie séculaire, déroutante, qu'est l'alcoolisme.

LES GROUPES AA

Plus de 200 groupes d'expression française et plus de 300 groupes néerlandophones se réunissent régulièrement en Belgique, et la plupart des réunions comprennent de 10 à 20 participant(e)s, de tous âges et de tous milieux sociaux.

Si le programme AA est basé sur 12 étapes, la richesse partagée des expériences vécues permet le plus souvent aux "jeunes" participant(e)s de recevoir une réponse concrète aux questions qu'ils et elles se posent.

Les témoignages sont empreints d'une réelle empathie entre les participants, qui ont pratiquement toutes et tous connu des souffrances et des difficultés semblables.

Un peu d'histoire

La naissance des AA remonte à 1935, à Akron, en Ohio, et résulte de la rencontre de Bill W., un agent de change de New York, avec le Dr Bob S., un chirurgien d'Akron. Tous les deux avaient un passé d'alcooliques irrécupérables.

Le 10 juin 1935, le Dr Bob prit son dernier verre d'alcool. C'est cette date qui a été retenue officiellement pour marquer le début du mouvement Alcooliques Anonymes. En effet, les deux hommes se mirent aussitôt au travail auprès d'alcooliques de l'hôpital d'Akron. On n'avait pas encore lancé le nom des Alcooliques Anonymes, mais ils formaient déjà le noyau du premier groupe des AA.

À l'automne 1935, un deuxième groupe prenait lentement forme à New York. Un troisième voyait le jour à Cleveland en 1939...


En 1950, on pouvait compter un peu partout dans le monde 100.000 alcooliques rétablis. À partir de ce moment, le mouvement des AA connut un développement rapide par la formation de groupes autonomes.

Le premier groupe AA s'ouvre à Bruxelles en 1953.

Je m'appelle Virginie, j'ai 43 ans et je suis alcoolique. J'ai arrêté de boire grâce au mouvement des alcooliques anonymes à 29 ans. J'aurai donc, en juin, 15 ans d'abstinence. Je n'ai jamais fait aucune rechute et, le plus important, je suis vraiment heureuse dans mon abstinence.

Pourtant, lorsque je suis arrivée chez AA; la nuit précédente, j'étais une fois de plus très alcoolisée et j'ai tenté de mettre fin à mes jours en jetant ma voiture contre un pont d'autoroute, veillant au préalable de détacher ma ceinture. J'ignore par quel miracle j'en suis sortie indemne mais ce jour-là, j'ai su que je n'arrivais plus à vivre avec l'alcool mais que j'étais incapable de vivre sans... C'est alors que les alcooliques anonymes me sont venus comme étant la solution à mon problème. L'accueil, la bienveillance, la disponibilité, les témoignages des participants m'ont touchée en plein cœur. Je me suis directement sentie "à ma place". Je fréquente les réunions chaque semaine depuis ce jour de juin 2011.

Aujourd'hui, je n'ai plus du tout envie de boire mais j'aime transmettre le message qu'on peut vivre heureux et absolument pas frustré sans alcool. J'essaie d'aider plus particulièrement les jeunes dans le mouvement car j'ai eu cette immense chance de rencontrer les alcooliques anonymes au début de ma vie adulte. Ça m'a permis de pouvoir construire ma vie de couple, de maman, ma vie professionnelle,... sans alcool. Là où beaucoup d'autres doivent "réparer ou reconstruire", moi je savoure chaque jour le bonheur d'être une maman alcoolique abstinente.



Les partages ne sont ni des discussions ni des leçons, ce sont des échanges d'expériences de vie et de conseils de comportement, dont la sincérité est protégée par l'anonymat et la confidentialité.


Témoignage



www.alcooliquesanonymes.be
Permanence téléphonique 24h/24 et 7j/7:
078 15 25 56

 <https://www.facebook.com/aabelgiquefrancophone/>
Page facebook AA belge francophone

 <https://www.instagram.com/alcooliquesanonymesbe>
Compte instagram @alcooliquesanonymesbe

 alcooliquesanonymes.be
Site internet national belge francophone



Cette année encore, AXA a soutenu la Ligue Cardiologique Belge

À travers le programme AXA Hearts in Action, les employés se sont mobilisés autour d'un objectif commun: bouger pour la santé du cœur, permettant de récolter **8.485 €**.

L'AXA Running Team a relevé un défi collectif en parcourant plus de 10.000 kilomètres lors de différentes courses, dont les 20 km de Bruxelles.

La mobilisation s'est également ouverte au grand public avec l'organisation des Foulées Estivales et Hivernales d'AXA. Ces courses de 5 et 12 km ont rassemblé 1.600 participants et permis de récolter 1.789 € de dons. Elles ont aussi été des moments de sensibilisation: grâce au stand de la Ligue Cardio, 188 personnes ont pu bénéficier gratuitement d'un dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire.



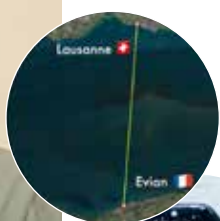
Be in Move

Pour sensibiliser le public aux maladies cardiovasculaires, BelnMove s'est associé à nous pour promouvoir la pratique du sport et le bien-être.

Suite à son ultra-triathlon de Lausanne à Gemboux, que nous vous avons présenté dans nos numéros en 2025, Benoît Delahaye nous a remis un chèque de **2.682,64 €**.

Nous le remercions pour son précieux soutien.

Ensemble, faisons du sport un moteur de prévention et de bien-être pour tous.



LADY FORTUNA on a besoin de vous !

Nous avons été sélectionnées par le jury de la Loterie Nationale pour intégrer le programme **Lady Fortuna** !

Grâce à vos votes, nous pouvons obtenir un énorme coup de pouce financier (jusqu'à 75 000€) pour lancer une grande campagne dédiée au **Cœur des Femmes** !

POURQUOI UNE CAMPAGNE SUR LE CŒUR DES FEMMES ?

Parce que les maladies cardiovasculaires sont encore perçues comme des maladies d'hommes... alors qu'elles sont la première cause de mortalité chez les femmes.

Les symptômes chez la femme peuvent être différents, moins visibles, et donc ignorés ou sous-diagnostiqués.

Parce qu'une maladie cardiovasculaire se prévient et se soigne lorsqu'elle est détectée à temps. Informer, prévenir et briser les idées reçues, c'est sauver des vies!

Le cœur des femmes mérite d'être protégé et cela fait partie de notre mission!



COMMENT VOTER ?

Lady Fortuna est un jeu à gratter de la Loterie Nationale, disponible en ligne et en magasin.

• En magasin du 19 janvier au 1er avril 2026

À l'aide de votre smartphone ou tablette, scannez le QR code présent sous la couche à gratter du billet via l'app de la Loterie Nationale. Une fois connecté-e, suivez les étapes en ligne.

• En ligne du 12 janvier au 1er avril 2026

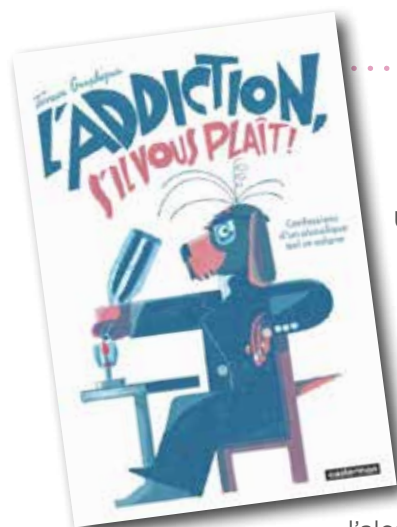
À l'issue du jeu (ou via votre historique de jeu), vous êtes invité-e à vous rendre sur la page de vote où vous pouvez voter pour votre association préférée parmi celles proposées.

Merci pour votre soutien!



<https://www.loterie-nationale.be/nos-jeux/lady-fortuna/vote>

LECTURE



Confessions d'un alcoolique qui se soigne

Un récit intime, drôle et bouleversant sur la dépendance à l'alcool!

Né sur Instagram, L'Addiction, s'il vous plaît est bien plus qu'un témoignage: c'est une plongée sans filtre dans le combat de Terreur Graphique contre l'alcool. Avec une sincérité rare,

l'auteur explore toutes les dimensions de cette addiction: héritage familial, blessures enfouies, quête de reconnaissance, pression sociale, influence de la pop culture...

Entre humour noir, lucidité implacable et émotions à vif, il signe une œuvre aussi drôle que déchirante, où chaque page sonne juste. Sans doute le livre le plus fort et le plus abouti de Terreur Graphique.

À PROPOS DE L'AUTEUR



Terreur Graphique vit et dessine sobrement à Tours. On le retrouve chaque samedi dans le journal Libération. Après avoir dessiné *Il était une fois la famille* en 2024, *L'Addiction, s'il vous plaît!* est son deuxième album aux éditions Casterman.

SCAMPIS À L'AIGRE-DOUX ET PETITS LÉGUMES



INGRÉDIENTS

- 600g de scampis (frais ou surgelés)
- Farine (3 càs)
- Fécule de maïs pour la panure (2 càs)
- Vinaigre de riz (2 càs)
- Ketchup (2 càs)
- Sauce soja à teneur réduite en sel (2 càs)
- Sauce d'huître (2 càs)
- Poivron jaune (150g)
- Poivron rouge (150g)
- Pois mange-tout (200g)
- 1 oignon blanc
- 2 gousses d'ail
- 4 tranches d'ananas en conserve "au jus"
- jus de la conserve d'ananas (4 càs)
- Huile d'arachide (4 càs)
- Eau (2 càs)
- Poivre, un peu de sel
- Riz basmati, de préférence complet (240 g sec)

PRÉPARATION

1. Dans un bol, mélanger la farine, la fécule de maïs, le sel et le poivre noir. Passer les scampis épluchés dans ce mélange afin de les enrober uniformément;
2. Faire chauffer 2/3 de l'huile dans une poêle (ou un wok) et faire frire les scampis jusqu'à ce qu'ils soient dorés et croustillants. Réserver sur du papier absorbant;
3. Faire cuire le riz dans 2,5x son volume en eau avec une pincée de sel. Cuire 11 min. à feu doux. Placer par dessus la casserole, une passoire ou un panier bambou avec vos pois mange-tout équeutés qui cuiront avec la vapeur de l'eau de cuisson du riz. Surveiller la cuisson des pois mange-tout (cuisson environ 6 min. réserver les pois ensuite). Après les 11 min. couper le feu et laisser gonfler avec le couvercle fermé environ 10 min.;
4. Eplucher et détailler en lanières les poivrons épépinés, émincer l'oignon. Egoutter et couper les tranches d'ananas en petits dés (conserver le jus d'ananas);
5. Dans la même poêle (ou wok), faire chauffer l'huile restante. Ajouter l'ail haché, les poivrons, l'oignon et les ananas. Faire sauter les légumes jusqu'à ce qu'ils soient tendres (intégrer à la fin de la cuisson les pois mange-tout cuits précédemment);
6. Pour la **sauce aigre-douce**: dans un bol, mélanger le vinaigre de riz, le ketchup, la sauce soja, le jus d'ananas et la sauce d'huître.
7. Ajouter la sauce aigre-douce dans la poêle avec les légumes sautés. Laisser mijoter environ 5 min. jusqu'à ce que la sauce épaississe;
8. Procéder au dressage, dans un bol (ou une assiette profonde) servir le riz et par dessus les légumes avec la sauce. Terminer avec les scampis. Les scampis peuvent aussi être mélangés à la sauce avant de servir.



VALEURS NUTRITIONNELLES

Énergie/portion	496 kcal
Matières grasses totales	11,4 g
dont acides gras saturés	2,2 g
Glucides totaux	65,6 g
dont sucres	10,4 g
Protéines	31,8 g



Apprenez à cuisiner équilibré, en direct, avec un chef et une diététicienne. + de 450 recettes



LIGUE
CARDIOLOGIQUE
BELGE ASBL

LA LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE, L'ASSOCIATION QUI SE BAT POUR VOTRE CŒUR DEPUIS PLUS DE 50 ANS.

**Laissez parler votre cœur, faites un don à la Ligue.
Vous pouvez nous aider à sauver des vies.**

La Ligue Cardiologique Belge ne reçoit aucune subvention de l'État. Nous faisons, par conséquent, appel à votre générosité pour nous aider à poursuivre notre mission de prévention et à lutter contre l'une des premières causes de mortalité en Belgique : les maladies cardiovasculaires.

De tout cœur MERCI !



Ethique, transparence, bonne gouvernance
**Votre don,
notre engagement**
recoltedefonds-ethique.be



SAUVEZ DES VIES :
LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE
BE77 0010 2495 4742
BIC : GEBABEBB

** Les dons sont fiscalement déductibles à partir de 40€ par an.
Dans ce cas, vous recevrez une attestation fiscale. Pour faciliter
l'envoi de votre attestation, merci de nous communiquer vos nom,
prénom, adresse, email, numéro de registre national, téléphone,
date de naissance à l'adresse: info@liguecardioliga.be.*