

COMITÉ OMS D'EXPERTS DES PROBLÈMES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Deuxième Rapport



Organisation
mondiale de la Santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui agit en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique. Elle est tenue par sa Constitution de fournir des informations et des avis objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine, fonction dont elle s'acquitte en partie grâce à son vaste programme de publications. Dans ses publications, l'Organisation s'emploie à soutenir les stratégies sanitaires nationales et aborde les problèmes de santé publique les plus urgents dans le monde. Afin de répondre aux besoins de ses Etats Membres, quel que soit leur niveau de développement, l'OMS publie des manuels pratiques, des guides et du matériel de formation pour différentes catégories d'agents de santé, des lignes directrices et des normes applicables au niveau international, des bilans et analyses des politiques et programmes sanitaires et de la recherche en santé, ainsi que des rapports de consensus sur des thèmes d'actualité dans lesquels sont formulés des avis techniques et des recommandations à l'intention des décideurs. Ces ouvrages sont étroitement liés aux activités prioritaires de l'Organisation, à savoir la prévention et l'endiguement des maladies, la mise en place de systèmes de santé équitables fondés sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé individuelle et collective. L'accession de tous à un meilleur état de santé implique l'échange et la diffusion d'informations tirées du fonds d'expérience et de connaissance de tous les Etats Membres ainsi que la collaboration des responsables mondiaux de la santé publique et des sciences biomédicales. Pour qu'informations et avis autorisés en matière de santé soient connus le plus largement possible, l'OMS veille à ce que ses publications aient une diffusion internationale et elle encourage leur traduction et leur adaptation. En aidant à promouvoir et protéger la santé ainsi qu'à prévenir et à combattre les maladies dans le monde, les publications de l'OMS contribuent à la réalisation du but premier de l'Organisation – amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Dans la Série de Rapports techniques de l'OMS sont publiées les observations et conclusions d'un certain nombre de groupes internationaux d'experts qui donnent à l'Organisation des avis scientifiques et techniques à jour sur une vaste gamme de sujets intéressant la médecine et la santé publique. Les membres de ces groupes d'experts ne reçoivent aucune rémunération ; ils apportent leurs services à titre personnel et non en qualité de représentants de gouvernements ou d'autres organismes ; les vues qu'ils expriment ne représentent pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'OMS. L'abonnement annuel à la série (environ 6 numéros) coûte CHF 168,00/US\$ 151,00 (CHF 128,40/ US\$ 115,00 pour les pays en développement). Pour plus d'informations, contactez les Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20, avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. +41 22 791 3264 ; fax : +41 22 791 4857 ; mél : bookorders@who.int ; commande en ligne : <http://www.who.int/bookorders>).

Le présent rapport renferme les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ni la politique arrêtées par l'Organisation mondiale de la Santé.

OMS, Série de Rapports Techniques

944

COMITÉ OMS D'EXPERTS DES PROBLÈMES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Deuxième Rapport



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :

Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool (2ème : 2006 : Genève : Suisse)

Deuxième rapport / Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool.

(OMS Série de rapports techniques ; no. 944)

« Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool, Genève, 10-13 octobre 2006 ».

1. Consommation alcool. 2. Ethanol – pharmacologie. 3. Alcoolisme – prévention et contrôle. 4. Troubles liés alcool – prévention et contrôle. I. Organisation mondiale de la Santé. II. Titre. III. Titre : Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool : deuxième rapport. IV. Série.

ISBN 978 92 4 220944 0

(classification NLM: WM 274)

ISSN 0373-3998

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ni la politique officielle de l'Organisation mondiale de la Santé.

Imprimé en Suisse

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1	Généralités	2
1.2	Cadre et terminologie	4
2.	Les mécanismes de la nocivité de l'alcool : intoxication, dépendance et toxicité	5
2.1	Les méfaits de l'alcool et leurs fondements physiologiques	6
2.2	L'intoxication alcoolique	7
2.3	Les propriétés addictogènes de l'alcool	8
2.4	Les effets toxiques de l'alcool	8
2.5	Conclusions relatives aux mécanismes de nocivité	10
3.	La disponibilité et la consommation d'alcool dans le monde	10
3.1	Production, distribution et promotion de l'alcool	10
3.2	Consommation alcoolique : degrés, modes et tendances observés	12
3.3	Déterminants et indicateurs de la consommation alcoolique	17
3.4	Conclusions relatives à la disponibilité et à la consommation d'alcool	21
4.	Les méfaits imputables à la consommation d'alcool	22
4.1	Effets sur la santé : part de l'alcool dans la charge de morbidité mondiale	22
4.2	Méfaits sociaux	24
4.3	Conclusions relatives aux méfaits imputables à la consommation d'alcool	27
5.	Les stratégies et interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool	28
5.1	Mesures visant à réduire la disponibilité de l'alcool	29
5.2	Prix de l'alcool et taxes sur l'alcool	31
5.3	Restriction de la vente d'alcool	33
5.4	Réglementation du contexte dans lequel s'effectue la prise de boisson	33
5.5	Restrictions imposées au marketing de l'alcool	34
5.6	Mesures contre l'alcool au volant	35
5.7	Education et persuasion	36
5.8	Services d'intervention et de traitement précoces	38
5.9	Conclusions relatives aux stratégies efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool	40
6.	L'élaboration d'une politique en matière d'alcool	41
6.1	La constitution d'un ensemble de connaissances pour l'élaboration d'une politique en matière d'alcool	42
6.2	La politique en matière d'alcool et les différents secteurs	43
6.3	La politique en matière d'alcool aux différents niveaux juridiques	44
6.4	Conclusions relatives à l'élaboration d'une politique en matière d'alcool	46

7. Les incidences sur l'action internationale	47
7.1 Aspects internationaux de la lutte contre l'alcool	47
7.2 Rôle de l'OMS	50
7.3 Collaboration entre organisations internationales	51
7.4 Conclusions relatives aux incidences sur l'action internationale	53
8. Recommandations	54
Bibliographie	58
Annexe	62
Résumé des données OMS sur la charge de morbidité imputable à l'alcool en 2002	

Comité OMS d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool

Genève, 10–13 octobre 2006

Membres

Professeur D. Ofori-Adjei, Directeur, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Accra, Ghana

Professeur S. Casswell, Directeur, Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation, Massey University, Auckland, Nouvelle-Zélande

Professeur C. Drummond, Professor of Addiction Psychiatry and Head of Section of Addictive Behaviour, Division of Mental Health, St George's University of London, Londres, Royaume-Uni

Professeur Wei Hao, Professeur de psychiatrie, Directeur du centre collaborateur OMS sur les facteurs psychosociaux, l'abus de médicament et la santé, Institut de Santé mentale, deuxième Hôpital Xiangya, Université du centre sud, Changsha, Chine

Professeur M. E. Medina-Mora, Recherches épidémiologique et psychosociale, Institut national de Psychiatrie Ramon de la Fuente, Mexico, Mexique

Dr S. Ranganathan, Honorary Secretary, T.T. Ranganathan Clinical Research Foundation, Chennai, Inde

Dr E.M. Razaghi, Directeur, Centre national iranien d'Etudes des Addictions, Faculté des Sciences médicales, Université de Téhéran, Téhéran, République islamique d'Iran

Professeur R. Room, University of Melbourne and Turning Point Alcohol and Drug Center, Fitzroy, Australie (*Rapporteur*)

Dr I. Rossow, Institut norvégien de Recherche sur l'Alcool et les Drogues, Oslo, Norvège

Professeur D. S. Samarasinghe, Associate Professor of Psychological Medicine, Departement of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Colombo, Colombo, Sri Lanka (*Vice-Président*)

Professeur C. Weisner, Department of Psychiatry and Langley Porter Psychiatric Institute, University of California, San Francisco, CA, Etats-Unis d'Amérique (*Président*)

Représentants d'autres organisations¹

Organisation internationale du Travail

Mme M. Deluca, Spécialiste, Promotion de la santé au travail, SafeWork, Genève, Suisse

¹ N'ont pu assister à la réunion : l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Rome, Italie ; la Banque mondiale, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique ; l'Association mondiale de Psychiatrie, Genève, Suisse.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

Dr A. Chatterjee, Conseiller principal, Prévention et politique publique, Genève, Suisse

Secrétariat

Dr T. Agossou, Conseiller régional en santé mentale et abus de substances, Bureau régional OMS de l'Afrique, Brazzaville, Congo

Dr P. Anderson, Consultant en santé publique, Hellerup, Danemark (*Conseiller temporaire*)

Professeur T. Babor, Department of Community Medicine and Health Care, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, CT, Etats-Unis d'Amérique (*Conseiller temporaire*)

Dr A. Fleischmann, Spécialiste scientifique, Prise en charge de l'abus de substances psychoactives, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, Genève, Suisse

Professeur M. L. O. Souza Formigoni, Département de Psychobiologie, Université fédérale de São Paulo, São Paulo, Brésil (*Conseiller temporaire*)

Dr S. Higuchi, Sous-Directeur, Organisation nationale des Hôpitaux, Centre Kurihama de l'Alcoolisme, Kanagawa, Japon (*Conseiller temporaire*)

Dr M. Monteiro, Conseiller régional, Alcohol and Substance Abuse, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique

Dr I. Obot, Spécialiste scientifique, Prise en charge de l'abus de substances psychoactives, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, Genève, Suisse

Dr V. Poznyak, Coordonnateur, Prise en charge de l'abus de substances psychoactives, Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, Genève, Suisse (*Secrétaire*)

Professeur J. Rehm, Centre de Toxicomanie et de Santé mentale, Toronto, Canada (*Conseiller temporaire*)

Mr D. Rekke, Administrateur technique, Prise en charge de l'abus de substances psychoactives, Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, Genève, Suisse

Dr Benedetto Saraceno, Directeur, Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, Genève, Suisse

Dr E. Streel, Avenida J. Nyerere, Maputo, Mozambique (*Conseiller temporaire*)

Dr T. Yasamy, Conseiller régional, Santé mentale et abus de substances psychoactives, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, le Caire, Egypte

1. Introduction

Un Comité OMS d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool s'est réuni à Genève du 10 au 13 octobre 2006.

La réunion a été ouverte par le Dr B. Saraceno, Directeur, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives au Siège de l'OMS à Genève (Suisse), qui a noté que, depuis l'adoption en 2005 par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé de la résolution WHA58.26 sur les « Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool », il y avait eu une activité intense à l'OMS aussi bien à l'échelle mondiale que régionale. Dans la Région européenne, les grandes lignes de la politique en matière d'alcool, s'appuyant sur le plan d'action européen en matière d'alcool 2000-2005, ont été approuvées et adoptées lors du Comité régional en septembre 2005 ; dans la Région des Amériques, la Première Conférence panaméricaine sur les politiques publiques en matière d'alcool s'est tenue à Brasília en novembre 2005 ; dans la Région africaine, une consultation technique de l'OMS sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool a eu lieu en mai 2006 ; dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le Comité régional a adopté en août 2006 une résolution sur les options stratégiques de lutte contre la consommation d'alcool ; dans la Région de la Méditerranée orientale, le Comité régional a adopté une résolution sur les problèmes de santé publique dus à la consommation d'alcool en septembre 2006 ; et enfin, dans la Région du Pacifique occidental, une résolution a été adoptée en septembre 2006 approuvant la stratégie régionale en vue de réduire les méfaits de l'alcool. A l'échelle mondiale, le Secrétariat de l'OMS a convoqué plusieurs réunions d'experts techniques et engagé un processus de consultation intensif avec les principales parties prenantes en organisant plusieurs réunions et consultations avec des groupes de la société civile, des scientifiques et des représentants de l'industrie, du commerce et du secteur agricole. Le Dr Saraceno a souligné que le Secrétariat de l'OMS se servirait des recommandations du Comité pour élaborer des activités complémentaires visant à réduire les problèmes sanitaires et sociaux imputables à la consommation d'alcool.

Dans son discours de bienvenue prononcé au nom du Directeur général de l'OMS, le Dr C. Le Galès-Camus, Sous-Directeur général, Maladies non transmissibles et santé mentale, du Siège de l'OMS à Genève (Suisse), a noté que la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2005 était une expression des préoccupations soulevées dans les Etats Membres par les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool. Il y a eu ces dernières années une attention accrue portée aux méfaits de l'alcool dans le monde, surtout depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, qui a souligné le rôle de la consommation alcoolique comme facteur

de risque important pour la santé dans le monde. Les données disponibles indiquent que les problèmes sanitaires et sociaux provoqués par l'usage nocif de l'alcool sont en augmentation dans de nombreux pays par suite de l'augmentation de la consommation ou du changement des modes de consommation, en particulier chez les femmes et les jeunes. De nombreux points de vue sur la façon la plus appropriée de faire face aux préoccupations soulevées par les problèmes de santé publique imputables à l'alcool ont vu le jour, et le Secrétariat de l'OMS les a pris en compte dans un effort concerté visant à définir des modalités réalistes et efficaces pour réduire les conséquences sanitaires et sociales néfastes de la consommation d'alcool. L'élaboration de recommandations en faveur de politiques efficaces pour réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool, conformément au mandat confié à l'Organisation par la résolution WHA58.26 et pour aider les Etats Membres à mettre en oeuvre et à évaluer stratégies et programmes, est nécessaire.

1.1 Généralités

En 2005, dans la résolution WHA58.26, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé pria le Directeur général « de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles en vue de réduire les méfaits de l'alcool, avec notamment un bilan complet des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool » et « d'élaborer des recommandations en vue de l'adoption de politiques et d'interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool ».

C'est à cette fin qu'un Comité OMS d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool a été réuni avec pour principaux objectifs d'examiner toute une série de problèmes de santé publique imputables à la consommation d'alcool, ainsi que des données empiriques et scientifiques attestant de l'efficacité des différentes options stratégiques, et de formuler des recommandations techniques sur les politiques et interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool.

En ce qui concerne la consommation d'alcool et ses conséquences sanitaires et sociales, la situation a considérablement évolué depuis la réunion précédente du Comité OMS d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool en 1979. Dans son rapport, le Comité OMS d'experts de 1979 concluait : « Etant donné l'extrême diversité des problèmes médicaux et sociaux, ainsi que la somme de souffrances humaines qu'entraîne la consommation de boissons alcoolisées, l'efficacité limitée et le coût élevé des moyens actuellement mis en oeuvre pour résoudre la plupart de ces problèmes qui sont en outre très répandus dans de nombreuses parties du monde, le Comité recommande que : a) la

priorité soit donnée à la prévention ; b) les investissements nouveaux en matière de traitement soient consacrés à la mise au point de services peu coûteux et d'un bon rapport coût/efficacité » (1). Dans ce rapport, il est noté que les effets nocifs de la consommation d'alcool sont étroitement liés au degré de consommation des individus et des populations ; que les gouvernements devraient par conséquent entreprendre de réduire la consommation en limitant l'offre de boissons alcoolisées et en prenant des mesures éducatives et autres afin de faire baisser la demande ; que des activités éducatives bien conçues qui pourraient réduire la demande d'alcool tout en préparant à l'introduction de mesures législatives devraient être développées ; et que les politiques relatives à la publicité pour les boissons alcoolisées devraient être réexaminées de manière à les aligner sur les efforts éducatifs visant à réduire la demande. Le Comité d'experts a recommandé que les gouvernements engagent et mettent en oeuvre des politiques nationales globales en matière d'alcool et portent à l'attention des autorités nationales, régionales et internationales les conséquences graves pour la santé publique et le coût social et économique élevé qu'entraîne l'augmentation de la consommation d'alcool, lorsque des politiques et des accords commerciaux portant sur les boissons alcoolisées sont élaborés ; et que l'OMS, en collaboration avec d'autres organisations internationales, s'intéresse de très près aux politiques et aux accords commerciaux existants et à venir ayant une incidence potentielle sur la disponibilité des boissons alcoolisées.

En 1992, le Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance a étudié les méthodes de prévention et les réponses thérapeutiques à l'utilisation nocive des substances psychoactives et, dans son vingt-huitième rapport, souligné la nécessité d'une politique nationale intégrée concernant les substances psychoactives (2). Quatre ans plus tard, le Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance s'est intéressé à la problématique du traitement et à l'élaboration de systèmes de traitement pour les affections liées à l'usage de substances psychoactives. Dans son trentième rapport, ce Comité recommandait : « l'OMS devrait encourager les pays à accorder la même importance aux mesures visant à réduire la demande de substances psychoactives qu'aux efforts visant à en réduire l'offre » (3).

Depuis la dernière réunion du Comité OMS d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool, l'OMS a lancé toute une série de grandes initiatives afin de soutenir les Etats Membres et de renforcer la base factuelle sur laquelle les politiques s'articulent, d'élaborer des systèmes d'information mondiale et régionale, et de promouvoir des politiques efficaces dans le cadre des soins de santé. Ces initiatives constituent le contexte général dans lequel s'inscrit le rôle permanent de l'OMS pour aider les Etats Membres à réduire les méfaits de l'alcool.

1.2 Cadre et terminologie

Le Comité a considéré la Déclaration mondiale sur la santé, adoptée par la communauté mondiale de la santé en 1998, comme un cadre pour ses délibérations. Cette Déclaration réaffirme l'engagement de l'OMS vis-à-vis du principe énoncé dans sa Constitution qui est que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » ; elle reconnaît que l'amélioration de la santé et du bien-être des gens est le but ultime du développement social et économique ; et elle souligne l'importance qu'il y a à réduire les inégalités sociales et économiques en améliorant la santé de l'ensemble de la population. Par conséquent, il est impératif d'apporter la plus grande attention à ceux qui, plus que les autres, sont dans le besoin, subissent le poids de la mauvaise santé, reçoivent des services insuffisants pour leur santé ou sont dans la pauvreté.

Le Comité considère que « les méfaits de l'alcool » et « les problèmes liés à la consommation d'alcool » sont des propositions équivalentes, faisant référence à la grande variété des problèmes sanitaires et sociaux, pour le buveur et pour les autres, aux niveaux individuel et collectif, dans lesquels l'alcool est incriminé. « L'usage nocif de l'alcool » est une proposition liée à l'une des précédentes, qui constitue une catégorie dans la Dixième Classification internationale des Troubles mentaux et des Troubles du Comportement, et qui fait référence à une affection dans laquelle un dommage physique ou psychologique a été subi par l'individu par suite de son alcoolisme. « L'usage nocif » dans ce sens fait partie des méfaits ou des problèmes liés à l'alcool. Mais du point de vue de la santé publique, étant donné les dommages que l'alcool cause aux autres et la signification plus large de la santé dans la terminologie de l'OMS, « les méfaits de l'alcool » ont une signification plus vaste. Toujours du point de vue de la santé publique, le cadre n'est pas limité aux occasions dans lesquelles ces dommages ont été occasionnés, mais doit également s'intéresser aux risques de dommages associés par exemple aux quantités bues ou aux modes de consommation particuliers. Le Comité a donc adopté comme cadre de référence l'ensemble de la gamme des problèmes ou des méfaits liés à la consommation alcoolique et les politiques ou autres mesures qui permettront de réduire autant que possible ces problèmes ou méfaits.

Dans cet ouvrage, la « politique en matière d'alcool » est une proposition collective qui fait référence à la série de mesures qui, dans une juridiction ou une société, visent à réduire au minimum les méfaits sanitaires et sociaux de la consommation d'alcool. Ces mesures peuvent être du ressort de n'importe quel secteur gouvernemental ou sociétal et comprendre des dispositions qui ne sont pas directement axées sur la consommation d'alcool ; par exemple le fait de promouvoir des solutions de remplacement au fait de boire

lorsqu'une telle mesure a pour but de réduire au minimum les méfaits de l'alcool. Une politique nationale en matière d'alcool sera constituée d'une série d'interventions, de stratégies et de mises en application particulières. Il existe également de nombreuses autres mesures qui ont des effets sur les problèmes liés à l'alcool, en les augmentant ou en les diminuant, mais qui ne sont normalement pas décrites comme des mesures en rapport avec l'alcool, pas plus qu'elles ne figurent normalement dans une politique générale en matière d'alcool, puisqu'elles ne sont pas adoptées ni mises en oeuvre dans le but principal de réduire au minimum les problèmes liés à l'alcool.

Dans le domaine des drogues illicites, les politiques s'articulent habituellement en trois volets : réduction de l'offre, réduction de la demande et réduction des méfaits. Le Comité a étudié la question, mais il n'a pas adopté ces subdivisions dans le présent rapport, car elles risqueraient de semer la confusion. Les catégories d'activités généralement utilisées, comme le traitement ou l'éducation à l'école, se cachent derrière le terme plutôt obscur de « réduction de la demande ». Qui plus est, l'objectif général des politiques en matière d'alcool est de prévenir ou de réduire les méfaits de l'alcool, et cela prêterait à confusion de parler aussi de « réduction des méfaits » pour une catégorie de mesures.

Le Comité reconnaît que l'OMS a parrainé ou effectué un travail important sur les concepts et la terminologie liés aux problèmes posés par l'alcool depuis de nombreuses années. Toutefois, l'orientation première de ce travail a été de définir une terminologie et une pratique cliniques. Le Comité estime qu'il est important que l'OMS poursuive ses travaux sur la terminologie et les concepts internationaux dans le domaine de l'alcool considéré du point de vue de la santé publique, en accordant une attention particulière aux termes et concepts qui existent dans les diverses langues, ainsi qu'à la possibilité de les traduire.

2. **Les mécanismes de la nocivité de l'alcool : intoxication, dépendance et toxicité**

Historiquement, les boissons alcoolisées ont été en usage dans de nombreuses sociétés à de nombreuses fins. En tant que substances psychoactives, les boissons alcoolisées sont utilisées pour leurs propriétés de modulation de l'humeur. En tant que substances enivrantes, elles sont employées pour échapper à la réalité objective. En tant que liquides, elles sont utilisées pour étancher la soif. En tant que sources de calories, elles sont utilisées comme aliments. Naturellement, quelle que soit la propriété physique de la boisson recherchée par l'utilisateur, dans une certaine mesure elle est aussi nécessairement porteuse des autres propriétés. En dehors de leurs propriétés physiques, les boissons alcoolisées et leurs utilisations sont porteuses de

toutes sortes de significations symboliques, positives et négatives. Selon la culture, le fait de boire des boissons alcoolisées peut être un symbole d'inclusion ou d'exclusion d'un groupe social, un symbole de célébration ou un acte sacramentel. Par ailleurs, le fait de boire ou l'ébriété peuvent être socialement désapprouvés et stigmatisés. Dans une étude OMS effectuée dans des sociétés très diverses, « quelqu'un de visiblement soûl » caractérise un des états les plus stigmatisés d'une liste d'affections (4).

2.1 Les méfaits de l'alcool et leurs fondements physiologiques

Quelle que soit la connotation sociale et personnelle du recours aux boissons alcoolisées, positive, négative ou les deux, le fait de boire est porteur d'un certain potentiel de nocivité sociale et sanitaire, pour le buveur comme pour les autres. Certains méfaits sont immédiats, notamment les traumatismes et autres méfaits associés à l'intoxication ou à une concentration élevée d'alcool dans le sang. D'autres le sont à plus long terme, par exemple les effets dommageables cumulés sur la vie familiale ou professionnelle ou sur la situation sociale, ou les effets chroniques néfastes pour la santé. Le Comité présente ses résultats sur la nature et l'étendue de ces méfaits dans le monde d'aujourd'hui à la section 4 du présent rapport. Cette étude a pour cadre l'examen des trois principaux mécanismes de nocivité des boissons alcoolisées : l'intoxication, la dépendance et la toxicité.

Beaucoup de progrès ont été accomplis depuis la réunion de 1979 dans la compréhension de la pharmacologie et de la neurophysiologie de l'alcool (5). La structure et la petite taille de la molécule d'éthanol² (alcool éthylique) lui permettent de diffuser facilement à travers les membranes cellulaires et de se répartir dans toutes les cellules et tissus après ingestion. L'ingestion d'alcool a donc des effets sur tout l'organisme. Même un apport modéré peut produire des concentrations d'alcool dans le sang de l'ordre de 10 à 20 mmol/litre. A ces concentrations, l'alcool peut modifier de façon aiguë le fonctionnement cellulaire en interagissant avec les protéines et membranes cellulaires. A des concentrations plus élevées, ou lors d'épisodes répétés, les effets aigus et chroniques se multiplient. En tant que substance psychoactive, l'alcool produit également des effets immédiats sur l'humeur, la fonction motrice et les processus cognitifs.

Les effets de la consommation alcoolique montrent des variations individuelles considérables. Tous les gros buveurs chroniques ne finissent pas avec une cirrhose du foie. On observe une variation d'un facteur 3 à 4 dans la vitesse du métabolisme de l'alcool selon les individus, par suite de toute une série de facteurs comprenant le sexe et la variation génétique des enzymes hépatiques (6). On observe également une variation d'un

² Pour les besoins de ce rapport, les termes « éthanol » et « alcool » sont employés indifféremment.

facteur 2 à 3 dans la pharmacodynamique de l'alcool du fait des différences individuelles, qui influe sur la mesure dans laquelle les sujets sont affectés par une dose donnée d'alcool. Ces différences individuelles ont une incidence sur les effets toxiques et comportementaux induits par l'alcool, le mode de consommation, le potentiel d'apparition d'une dépendance à l'alcool et le risque de lésions organiques dues à l'alcool. Comme pour toutes les autres denrées comestibles potentiellement dangereuses, les politiques sociales et sanitaires relatives à l'alcool doivent prendre en considération toute la gamme des effets enregistrés chez l'homme, y compris l'extrémité la plus vulnérable du spectre, ce qui a des répercussions sur toute politique cherchant à fixer des limites ou à formuler des directives en matière de consommation d'alcool.

2.2 L'intoxication alcoolique

L'intoxication est une conséquence prévisible de l'ingestion de quantités importantes de boissons alcoolisées en une période de temps limitée. La plupart des symptômes de l'intoxication alcoolique sont attribuables aux effets de l'alcool sur toute une série de structures et de processus du système nerveux central. D'une part, l'intoxication est un syndrome clinique reconnu dans la Classification internationale des Maladies (F10.0 dans la CIM-10) et trop bien connu des médecins et infirmières des services d'urgence de la plupart des régions du monde. De l'autre, on observe de très importantes différences culturelles dans l'importance de la consommation définissant l'intoxication et dans les comportements associés à l'intoxication (7). Le regard des autres sur l'intoxication et la mesure dans laquelle elle devient une excuse pour des comportements par ailleurs inacceptables sont également variables selon les cultures et les groupes sociaux (8). La survenue d'une intoxication est donc sujette à des variations que l'on peut attribuer à de nombreux facteurs, à savoir non seulement à la quantité d'alcool consommée, à la rapidité avec laquelle une quantité donnée d'alcool a été consommée et aux grandes différences individuelles, mais aussi aux attentes et réactions socioculturelles de l'entourage.

Les effets enivrants de l'alcool, combinés aux comportements qui leur sont associés, peuvent conduire à toute une série de prises de risque (y compris des rapports sexuels non protégés), d'accidents et de traumatismes (notamment lors de la conduite de véhicules ou du fonctionnement de machines), à la violence et à l'intoxication alcoolique aiguë. Certains de ces effets aigus dus à la boisson peuvent conduire à des problèmes chroniques comme une incapacité en cas de traumatisme ou une infection par le virus de l'immunodéficience humaine dans le cas de rapports non protégés, en particulier dans les régions de forte prévalence de l'infection à VIH. Ces effets font peser une charge importante sur les services de soins de santé et d'urgence. Ils sont également à l'origine de dommages importants causés à des tiers.

2.3 Les propriétés addictogènes de l'alcool

L'alcool est une substance psychoactive qui a une propension connue à produire une dépendance chez l'homme et chez l'animal. Si on l'examine dans le cadre de la Convention sur les substances psychotropes de 1971, l'alcool devrait être inscrit en tant que substance qui « peut provoquer un état de dépendance et une stimulation ou une dépression du système nerveux central donnant lieu à des hallucinations ou à des troubles de la fonction motrice ou du jugement ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur » et pour laquelle « il existe des raisons suffisantes de croire que la substance donne... lieu à des abus tels qu'elle constitue un problème de santé publique et un problème social justifiant qu'elle soit placée sous contrôle international » (9).

Ce pouvoir addictogène relève de plusieurs mécanismes interdépendants. L'alcool a des propriétés de renforcement qui conduisent à l'utiliser de façon répétée, et la voie nerveuse centrale que l'on estime être à la base de ce renforcement est la voie dopaminergique mésolimbique allant de l'aire tegmentale ventrale jusqu'au noyau accumbens du striatum ventral (10). On pense également que l'alcool réalise certains de ses effets « de récompense » par le biais du système opioïde endogène. Les mécanismes de renforcement de l'alcool sont les mêmes que pour d'autres substances psychoactives.

L'action directe de l'alcool sur le cerveau et l'exposition prolongée à l'alcool conduisent à des changements moléculaires à plus long terme dans le cerveau connus sous le nom de neuroadaptation. Dans bien des cas, la neuroadaptation neutralise ou inverse les effets aigus de l'alcool. Après arrêt de l'alcool, le système ainsi adapté surcompense dans le sens de l'excitation, ce qui entraîne des symptômes de sevrage tels qu'hyperexcitabilité, anxiété, voire l'apparition de convulsions. La neuroadaptation qui se produit lors d'une exposition répétée à l'alcool constitue la base du phénomène de tolérance et du syndrome de sevrage (5).

Au niveau expérientiel et comportemental, le besoin maladif d'alcool et les difficultés à limiter sa consommation figurent parmi les signes distinctifs de la dépendance, et les divers aspects de cette dernière deviennent des mécanismes favorisant la poursuite d'une alcoolisation importante malgré ses effets sanitaires ou sociaux indésirables.

2.4 Les effets toxiques de l'alcool

L'alcool est une substance toxique liée à plus de 60 troubles différents. Pour certaines maladies chroniques dans lesquelles il est impliqué, comme le cancer du sein chez la femme, le risque augmente avec l'importance de la consommation alcoolique, sans qu'il y ait apparemment d'effet de seuil.

Pour certaines autres maladies, comme la cirrhose du foie, le risque est curvilinéaire et augmente avec l'augmentation de la consommation.

L'alcool est un tératogène puissant. La conséquence la plus grave d'un alcoolisme pendant la grossesse est le syndrome d'alcoolisme foetal, un trouble du développement caractérisé par des anomalies craniofaciales, un retard de croissance et des lésions du système nerveux pouvant entraîner un handicap mental.

L'alcool modifie le développement cérébral, un processus soumis à des contraintes temporelles et spatiales strictes, chaque région du cerveau ayant son propre calendrier de développement. On a montré que l'alcool exerçait sélectivement ses effets aux niveaux cellulaires et moléculaires sur ces processus de développement. Les adolescents et les personnes jeunes sont particulièrement vulnérables aux effets nocifs de l'alcool (11). Au cours de l'adolescence, l'alcool peut conduire à des modifications structurelles de l'hippocampe (une partie du cerveau impliquée dans le processus d'apprentissage).

La consommation répétée d'alcool peut entraîner une hypoxie au niveau du foie et l'exposer aux produits nocifs du métabolisme de l'alcool et à des substances oxygénées radicalaires, ainsi qu'à des adduits protéiques. En outre, l'alcool augmente les concentrations de lipopolysaccharides circulants qui, avec les toxines susmentionnées, provoquent des lésions hépatiques. L'alcool peut également exacerber une hépatite C. Plus de la moitié de l'ensemble des malades souffrant d'hépatite C ont des antécédents d'alcoolisme, et la consommation chronique de plus de cinq boissons alcoolisées par jour chez les sujets atteints d'hépatite C augmente la vitesse de la fibrose hépatique et le risque de cirrhose, d'hépatome et, peut-être, de décès dû à une maladie hépatique (12).

Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) a déterminé que l'alcool était cancérigène pour l'homme (13). Plusieurs mécanismes de cancérogenèse associés à l'alcool ont été recensés, notamment la formation d'acétaldéhyde, l'induction de CYP2E1 conduisant à la formation d'espèces oxygénées radicalaires et à une activation cancérogène renforcée, ainsi qu'à une modulation de la régénération cellulaire. En raison d'une exposition répétée à l'acétaldéhyde après consommation d'alcool, les sujets ayant une ALDH2 inactive présentent un risque accru de cancer des voies digestives hautes.

La consommation chronique d'alcool peut conduire à des conséquences immunologiques indésirables. De nombreuses études ont documenté les très importants effets délétères de la consommation aiguë et chronique d'alcool sur l'immunité innée et adaptative. Les gens qui souffrent de dépendance à l'alcool sont souvent immunodéficients et ont une incidence accrue de maladies infectieuses. Les pneumopathies bactériennes, par exemple, sont

une cause majeure d'infection des voies respiratoires inférieures dans cette population.

En ce qui concerne les maladies cardiaques, il semble que les effets de l'alcool soient à la fois positifs et négatifs. Des études épidémiologiques ont observé un effet préventif de la prise régulière en petite quantité de boissons alcoolisées (par exemple un verre tous les deux jours), bien que ce résultat soit loin de faire l'unanimité (14, 15) et semble ne concerner que les hommes de plus de 45 ans et les femmes ménopausées. Quoi qu'il en soit, les accès de forte alcoolisation sont associés à des taux accrus de crises cardiaques. Même dans les sociétés où les cardiopathies constituent une cause très importante de mortalité, le nombre global d'années de vie perdues à cause de l'alcool l'emporte sur les années de vie gagnées grâce à ses effets protecteurs.

2.5 Conclusions relatives aux mécanismes de nocivité

En réexaminant l'intoxication alcoolique, les propriétés toxiques et addictogènes de l'alcool, le Comité a conclu que l'alcool : a des effets toxiques qui peuvent être nocifs pour presque tous les systèmes ou organes de l'organisme ; peut exacerber des troubles mentaux et physiques préexistants ; peut interagir de façon indésirable avec d'autres médicaments prescrits ou drogues illicites dans l'organisme ; en tant que substance provoquant des intoxications, il est associé à un large éventail de lésions traumatiques intentionnelles et non intentionnelles ; et il peut engendrer un syndrome de dépendance, avec un potentiel d'abus comparable à celui des autres substances addictogènes sous contrôle international.

3. La disponibilité et la consommation d'alcool dans le monde

Les boissons alcoolisées sont disponibles dans le monde entier depuis des siècles. Depuis les boissons traditionnelles produites collectivement jusqu'aux produits de marque destinés à la consommation de masse, l'alcool prend de nombreuses formes.

3.1 Production, distribution et promotion de l'alcool

On peut recenser quatre modes principaux de production et de distribution des boissons alcoolisées (16) : la production à domicile ou artisanale des boissons traditionnelles ; la production industrielle des boissons traditionnelles ; la production industrielle locale de boissons cosmopolites ; et la production industrielle mondialisée de boissons cosmopolites. Par « boissons cosmopolites », on entend la bière de style européen, le vin et le cognac, le whisky, le gin, la vodka et autres alcools distillés largement distribués – dans

bien des cas, à l'échelle mondiale. Toutes les boissons alcoolisées étaient à l'origine locales et les distributeurs cherchent régulièrement à ajouter de nouvelles boissons à la catégorie « cosmopolite », qui renferme désormais également la téquila, le saké, le cidre et les sodas alcoolisés vendus par les circuits de production et de distribution mondiaux.

La production à domicile et la production artisanale restent une partie importante de la production des boissons alcoolisées dans de nombreux pays à faible revenu. Il existe une très grande variété de boissons fermentées et distillées traditionnellement produites à l'échelon local, par exemple dans les villages et les foyers. Ces boissons fermentées produites de façon traditionnelle peuvent d'une part présenter l'avantage potentiel d'avoir une teneur en alcool plus faible, de fournir des possibilités d'emploi local et de préserver les valeurs de la culture locale (qui peut ou non promouvoir des niveaux de consommation alcoolique plus bas). D'autre part, ces formes traditionnelles d'alcool sont en général peu contrôlées sur le plan de la qualité et du degré d'alcool qu'elles renferment et sont souvent à l'origine de problèmes de santé liés aux impuretés et aux adultérants nocifs qu'elles contiennent, en particulier s'agissant des boissons distillées, problèmes qui, dans les cas extrêmes, entraînent le décès par intoxication multiple.

La production à domicile et la production artisanale sont communément hors d'atteinte des contrôles et de la taxation. Le produit est vendu bon marché et souvent aux segments les plus pauvres de la société. Lorsqu'on se place du point de vue de la santé publique et des affaires sociales, il est important pour l'Etat d'avoir un contrôle et une surveillance efficaces de la production et de la distribution parallèles d'alcool. Les autorisations de mise sur le marché et l'inspection des lieux de production, qu'il s'agisse d'une petite maison, d'une petite usine ou d'une production industrielle à grande échelle, sont un moyen important qui permet d'éliminer les adultérants et facilite le recours à l'une des mesures de prévention les plus efficaces, à savoir la taxation de l'alcool. Mais il a souvent fallu un long processus pour obtenir un tel contrôle au cours du développement économique et de la constitution des Etats. Ainsi, par exemple en France, il a fallu un siècle pour amener la distillation à domicile des agriculteurs sous le contrôle de l'Etat (17). L'alcool produit illégalement ou pour les marchés parallèles, souvent à une échelle industrielle, représente une partie importante de l'approvisionnement en alcool dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Afrique, en Asie et en Europe de l'Est. Les 27 % de la consommation d'alcool dans le monde dont on estime qu'ils ne figurent pas dans les statistiques officielles donnent une indication grossière de la proportion qu'il occupe dans la consommation totale d'alcool.

A l'autre extrémité du spectre de production et de distribution figurent la production et la distribution mondiales des boissons de marque. Au fur et à

mesure que les consommateurs d'un pays à faible revenu entrent dans une économie de marché et disposent d'un peu d'argent, la probabilité pour qu'ils utilisent des produits de marque, qui se servent des tout derniers développements dans les techniques de marketing, a tendance à augmenter. La production de ces boissons cosmopolites est de plus en plus concentrée dans un petit nombre de sociétés multinationales.

Sur le plan de la santé publique, les produits de marque vendus et distribués par de grandes entreprises présentent certains avantages. D'une part, les taxes auxquelles ils sont soumis auront en général été acquittées et la pureté du produit peut être plus facilement assurée. De l'autre, la tendance à la concentration du marché pose également des problèmes. Les multinationales vont dépenser des ressources non négligeables pour s'assurer d'avoir le moins de restrictions possibles sur leurs intérêts commerciaux. Le résultat de leurs activités de représentation à de nombreux échelons des gouvernements, comme dans les organisations internationales et lors de l'élaboration des accords commerciaux, va souvent à l'encontre de l'intérêt de la santé publique.

Un aspect particulièrement problématique de la croissance des boissons de marque dans le marché mondial est le transfert et l'adaptation transfrontaliers des méthodes intensives de publicité et de promotion des boissons alcoolisées. Dans de nombreux pays à revenu élevé, les boissons alcoolisées figurent parmi les produits dont on fait le plus la publicité. Six producteurs de boissons alcoolisées figurent parmi les 100 entreprises au monde faisant le plus de publicité (18). Cela ne comprend que les dépenses « visibles » de la publicité mesurable dans les médias. Les firmes de boissons alcoolisées ont également beaucoup investi dans d'autres formes de promotion, comme le parrainage d'équipes et d'événements sportifs, de concerts et de festivals de musique destinés aux jeunes, de défilés de mode et autres festivités, ainsi que plus récemment dans l'utilisation des nouvelles technologies comme l'Internet. Les campagnes publicitaires pour les boissons alcoolisées recherchent souvent des milieux et activités comme le sport et la musique rock particulièrement attrayants pour les jeunes, qui constituent les meilleurs clients potentiels du produit.

3.2 Consommation alcoolique : degrés, modes et tendances observés

Le Comité a noté avec satisfaction les progrès importants accomplis ces dernières années dans l'information concernant les quantités et les modes de consommation de l'alcool à l'échelle mondiale, en grande partie grâce à la base de données et aux rapports de situation mondiaux sur l'alcool de l'OMS et aux activités rattachées à l'analyse comparative du risque pour l'alcool, évoquées ci-dessous. Il faut accorder toute la priorité à la mise

à jour et à l'extension de la base de données mondiale sur l'alcool et à faire en sorte que l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) continue de recueillir les données utilisées dans cette base. Le Comité recommande que l'OMS mette en place un système de compte rendu annuel de la situation de l'alcool dans chaque Etat Membre, par lequel chaque pays rendrait compte à l'OMS de la consommation d'alcool (enregistrée ou non), des modes de consommation et de l'abstinence de certains sous-groupes de la population, ainsi que de la prévalence des différents problèmes liés à l'alcool.

Le Comité a examiné sous une forme abrégée les données mondiales actuellement disponibles sur les quantités d'alcool consommées et les modes de consommation (voir Tableau 1). Le degré de consommation alcoolique est habituellement rapporté sous forme de consommation annuelle par habitant – en général par habitant âgé d'au moins 15 ans – en litres d'alcool pur (100 %). Ces estimations reposent sur trois sources principales de données : les données des gouvernements nationaux, les données de la FAO et les données de l'industrie des boissons alcoolisées. Lorsqu'elles sont disponibles, les données les meilleures et les plus fiables viennent en général des gouvernements nationaux et sont en général basées sur les chiffres des ventes, les recettes fiscales ou les données de production. Toutefois, ces estimations n'incorporent pas habituellement la consommation d'alcool parallèle, qui peut prendre de nombreuses formes, notamment les importations des voyageurs, la contrebande, la production locale non répertoriée, et la consommation de produits contenant de l'alcool mais qui ne sont pas destinés à la consommation humaine. Les estimations de cette consommation parallèle peuvent être tirées de diverses sources, mais sont principalement basées sur les données de la FAO relatives aux récoltes utilisées pour la production de boissons alcoolisées et sur les enquêtes en population spécifiquement orientées sur la mesure des flux et de la consommation de ce type d'alcool. Les variations dans le temps de la consommation parallèle d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays peuvent indiquer des différences et des changements dans la consommation par habitant et dans les modes de consommation qui ne seraient pas révélés autrement par les changements survenus dans la consommation officiellement enregistrée. La documentation relative à la consommation parallèle est par conséquent importante pour les études sur les politiques en matière d'alcool et surtout pour étudier les liens qui existent entre politique en matière d'alcool, consommation d'alcool et problèmes liés à l'alcool.

La prévalence de l'abstinence, des différentes catégories de volume moyen de la consommation alcoolique et des différents modes de consommation, comme l'intoxication aiguë ou la soulerie, est évaluée par des enquêtes en population. Les données de ces enquêtes permettent également de faire des estimations par sexe et par âge, ainsi que pour d'autres sous-groupes

de population. Avec les entretiens déterminants menés par des experts, les enquêtes constituent également une source essentielle de données concernant la mesure dans laquelle les modes de consommation dangereux prédominent chez les buveurs de chaque pays et de chaque région du monde (voir mode de consommation moyen : dernière colonne du Tableau 1). Comme on l'a évoqué ci-dessus, l'intoxication peut avoir des effets sur certaines catégories de dommages comme l'insuffisance coronarienne ou les traumatismes, modifiant le degré de nocivité associé à un niveau général de consommation donné (19).

On trouvera au Tableau 1 un aperçu des données actuelles sur l'importance et la distribution de la consommation d'alcool dans le monde. A cet effet, le monde est divisé en cinq catégories, basées sur les sous-régions de l'OMS (20), mais qui comportent des divisions spécifiquement réalisées pour l'analyse de la consommation d'alcool. En constituant les sous-régions OMS, on a affecté les pays appartenant aux Régions de l'OMS à l'une des cinq catégories allant de A à E en fonction de l'état de santé de leur population, les pays de la catégorie A montrant la mortalité des nourrissons la plus faible et l'espérance de vie à l'âge adulte la plus élevée, et les pays appartenant à la catégorie E la mortalité des nourrissons la plus élevée et l'espérance de vie chez les adultes la plus faible. L'établissement de cet ordre en fonction de la santé correspond grossièrement au niveau de développement économique. Les deux rangées du haut du tableau font apparaître une subdivision des pays en développement plus pauvres en fonction du niveau de consommation alcoolique par adulte, la première rangée comprenant les sous-régions dans lesquelles on enregistre la consommation d'alcool la plus faible. La troisième rangée est principalement constituée des pays à revenu intermédiaire obtenant de bons résultats sur le plan du développement économique. Dans les quatrième et cinquième rangées, les régions développées du monde sont scindées en deux, les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale constituant une catégorie distincte.

Dans le monde, moins de la moitié de la population adulte (environ deux milliards de personnes) consomme de l'alcool. Les taux d'abstention sont plus élevés chez les femmes (66 %) que chez les hommes (45 %). Le classement en pourcentage de buveurs suit généralement le classement de la parité du pouvoir d'achat (PPA), un indice de comparaison estimé en dollars des Etats-Unis d'Amérique. Dans le Tableau 1, les deux catégories à faible revenu (première et deuxième rangées) ont chacune moins de la moitié du pouvoir d'achat par habitant de la catégorie la plus élevée suivante. Les pays développés dans lesquels la mortalité est très faible (quatrième rangée du Tableau) ont plus de quatre fois plus de pouvoir d'achat que les pays en développement dans lesquels la mortalité est faible. Entre les deux se situent les pays à revenu intermédiaire et la catégorie des pays d'Europe de l'Est

Tableau 1

Paramètres du développement économique et de la consommation d'alcool en 2002 (basés sur les moyennes pondérées de la population de 182 pays)

	Niveau de mortalité et catégorie de pays	PIB PPA moyen en I\$ ^a	Régions OMS ^b	Consommation enregistrée chez l'adulte en l/an ^c	Consommation parallèle chez l'adulte en l/an ^c	Consommation totale chez l'adulte en l/an ^c	Buveurs (%)		Consommation par buveur en grammes d'alcool pur par jour	Mode de consommation moyen ^d
							Hommes	Femmes		
Pays en développement	Mortalité élevée	2 441	EMR-D, SEAR-D	0,3	1,4	1,7	19	2	33	2,9
	Mortalité très élevée ou élevée	2 249	AFR-D, AFR-E, AMR-D	4,4	2,6	7,1	47	32	41	3,0
Pays développés	Mortalité faible	5 257	AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B	4,4	1,3	5,7	67	36	25	2,5
	Mortalité très faible	28 405	AMR-A, EUR-A, WPR-A	9,4	1,3	10,7	81	65	32	1,8
	Mortalité faible chez l'enfant et faible ou élevée chez l'adulte	6 862	EUR-B, EUR-C	7,0	4,6	11,7	77	59	37	3,5
Monde (moyennes pondérées en fonction de la population des Régions)				4,4	1,7	6,2	55	34	30	2,6

AFR-D, AFR-E : pays à faible revenu de la Région africaine ; AMR-A : pays à revenu élevé de la Région des Amériques ; AMR-B : pays à revenu intermédiaire de la Région des Amériques ; AMR-D : pays à revenu faible de la Région des Amériques ; EMR-B : pays à revenu intermédiaire de la Région de la Méditerranée orientale ; EMR-D : pays à revenu faible avec interdiction totale de l'alcool de la Région de la Méditerranée orientale ; EUR-A : pays à revenu élevé de la Région européenne ; EUR-B, EUR-C : pays à revenu intermédiaire de la Région européenne ; SEAR-B : pays à revenu intermédiaire de la Région de l'Asie du Sud-Est ; SEAR-D : pays à faible revenu avec interdiction totale de l'alcool de la Région de l'Asie du Sud-Est ; WPR-A : pays à revenu élevé de la Région du Pacifique occidental ; WPR-B : pays à revenu intermédiaire de la Région du Pacifique occidental.

^a Produit intérieur brut (PIB), une mesure de l'importance de l'économie d'un pays ; parité du pouvoir d'achat (PPA) par habitant, c'est-à-dire le pouvoir d'achat par habitant du pays pour un panier de la ménagère équivalent, exprimé en dollars internationaux (I\$).

^b Les sous-groupes régionaux utilisés ont été définis par l'OMS sur la base d'une mortalité élevée, moyenne et faible chez l'adulte et le nourrisson. A, très faible mortalité chez l'enfant et très faible mortalité chez l'adulte ; B, faible mortalité chez l'enfant et faible mortalité chez l'adulte ; C, faible mortalité chez l'enfant et mortalité élevée chez l'adulte ; D, mortalité élevée chez l'enfant et l'adulte ; E, mortalité très élevée chez l'enfant et l'adulte.

^c Consommation en litres d'alcool pur par résident âgé d'au moins 15 ans par an (moyenne des données disponibles entre 2001 et 2003).

^d Indicateur du danger par litre d'alcool consommé (1 = le moins nocif ; 4 = le plus nocif), constitué de plusieurs indicateurs des occasions de consommation importante et de la fréquence de la consommation avec les repas (cotation inverse) et dans les lieux publics.

Source : OMS et la Banque mondiale.

et d'Asie centrale. Ce Tableau montre que, sur l'ensemble des régions du monde, il y a plus de buveurs dans les régions riches que dans les pauvres. Cela ne vaut pas pour les deux groupes dont le revenu est le plus faible, qui ont été séparés sur la base de leur taux d'abstention : les sous-régions qui ont les taux d'abstention les plus élevés ne sont pas aussi pauvres que la deuxième catégorie du Tableau. En général, pour ce qui est de l'abstention, les différences selon le sexe sont plus importantes dans les trois groupes de pays en développement que dans les deux groupes de pays développés ; les deux groupes de pays développés ont des taux de consommation d'alcool relativement élevés dans les deux sexes. A l'échelle de chaque pays (résultats non indiqués), le rapport entre niveau économique et taux d'abstention est relativement proche jusqu'à un niveau de produit intérieur brut ajusté sur le PPA de US \$7000. Au-delà d'un PPA de US \$7000, il y a peu de relation entre le degré de richesse du pays et le taux d'abstention chez les adultes.

L'avant-dernière colonne du Tableau 1 sur la « consommation par buveur » montre que la majeure partie de la différence observée entre les groupements régionaux au niveau de la consommation par habitant est en fait due à des différences dans les taux d'abstention. Cela laisse à penser que, si les taux d'abstention diminuent avec l'augmentation de la richesse et l'exposition au marché mondial, on peut s'attendre à des augmentations importantes des niveaux de consommation. Dans ce contexte, le Comité a conclu que, dans l'intérêt de la santé publique, il était important d'encourager l'abstention et de protéger un tel choix.

Il existe une variation importante autour de la moyenne mondiale qui est de 6,2 litres d'alcool pur consommé par adulte par an. La partie du monde où l'on enregistre le degré de consommation générale le plus élevé regroupe l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, les autres régions d'Europe ayant également une consommation globale élevée. La consommation enregistrée est la plus élevée dans les sous-régions développées ayant une mortalité très faible (quatrième rangée du Tableau), mais ces dernières ont un degré relativement faible de consommation parallèle, tandis que les pays développés d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont de loin la consommation parallèle la plus élevée au monde. Le résultat en est que ces deux catégories de régions développées ont des degrés de consommation totale estimés assez proches.

La Région des Amériques vient au deuxième rang de la consommation générale la plus élevée, les pays riches des Amériques montrant des taux de consommation enregistrés plus élevés que les pays pauvres. Les sous-régions plus pauvres ayant un faible taux d'abstinents viennent ensuite et sont suivies par les pays en développement dont la mortalité est faible. La plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes figurent dans ces deux

catégories. Les sous-régions plus pauvres ayant un fort taux d'abstinents montrent, comme on pouvait s'y attendre, une consommation totale bien inférieure à celle des autres, avec 98 % des femmes et 81 % des hommes indiquant qu'ils sont abstinents et une consommation officielle par adulte de 0,3 litre/an.

L'échelle du mode de consommation moyen va de 1 pour les modes les moins dangereux à 4 pour les plus dangereux. Les pays développés à très faible mortalité ont la note la plus faible, tandis que les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont la plus élevée. Les pays en développement à revenu plus faible, quelle que soit la proportion d'abstinents qu'ils renferment, ont également une note relativement plus élevée. Si l'on met de côté le cas particulier de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale, il est généralement vrai que le danger associé à chaque litre d'alcool consommé est plus élevé dans les pays pauvres que dans les pays riches. Cela implique qu'en général une augmentation de la consommation par habitant dans un pays pauvre se traduira probablement par une augmentation plus forte des traumatismes et autres méfaits liés à l'intoxication que dans un pays riche.

En examinant les données relatives aux tendances observées dans la consommation dans les Régions de l'OMS, le Comité s'est aperçu que la Région européenne, la Région africaine et la Région des Amériques avaient toutes atteint leur consommation maximum à peu près en même temps, c'est-à-dire au début des années 80. La Région de la Méditerranée orientale montre une consommation régulièrement faible. Les deux Régions qui montrent des augmentations récentes et continues de la consommation sont l'Asie du Sud-Est (qui partait d'un niveau faible) et la Région du Pacifique occidental. Toutefois, ces moyennes régionales masquent des différences très marquées dans les tendances observées dans chaque pays. En Europe, par exemple, le degré de consommation plutôt stable enregistré ces dernières années masque une chute importante de la consommation dans certains pays d'Europe du Sud et une augmentation spectaculaire dans d'autres pays.

Ces dernières années, une augmentation de la consommation a été enregistrée dans un certain nombre de pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. L'augmentation de la consommation dans ces pays est probablement le reflet du développement économique, de la progression du pouvoir d'achat des consommateurs et de la plus grande commercialisation des boissons alcoolisées de marque.

3.3 Déterminants et indicateurs de la consommation alcoolique

De façon sélective, le Comité a étudié certains éléments relatifs aux déterminants et aux indicateurs de la consommation alcoolique. Il a noté

que de nombreux facteurs culturels et sociaux, y compris les croyances religieuses, jouent un rôle sur les taux d'abstinence et sur la distribution de la consommation dans les populations. D'une part, dans beaucoup de sociétés, on observe une forte relation entre abstinence et pauvreté. De l'autre, parmi les buveurs, il semble qu'il y ait une tendance générale à ce que les modes de consommation dangereux soient plus marqués chez les buveurs pauvres que chez les riches. Un mode donné de forte consommation chez un buveur pauvre est généralement davantage susceptible de se solder par des effets dommageables que le même mode chez un buveur riche.

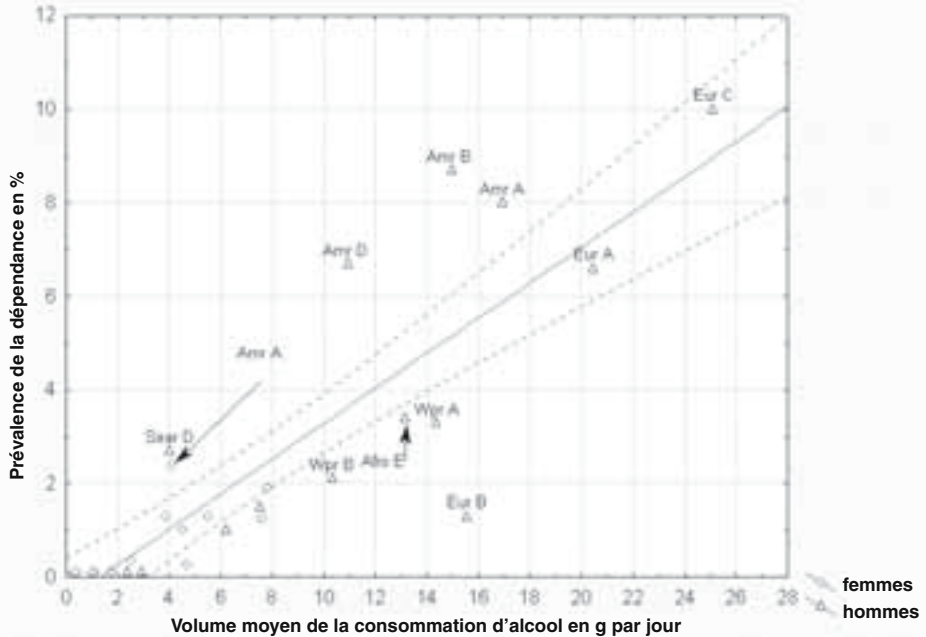
Les études provenant d'un certain nombre de pays démontrent que la consommation alcoolique n'est pas uniformément répartie dans la population des buveurs ; dans une société, la majeure partie de l'alcool est bu par une minorité de buveurs. On observe couramment que la moitié de l'alcool consommé l'est par 10 % des buveurs. Le fait qu'il y ait souvent un lien étroit entre des modifications du degré de consommation alcoolique dans une population et celles des indicateurs de nocivité associés à la forte consommation (21) est donc en partie tautologique, puisque les gros buveurs sont responsables d'une grande partie de la consommation totale. C'est dans une certaine mesure pour la même raison qu'il y a souvent un lien étroit entre le degré de consommation alcoolique et le pourcentage de méfaits de l'alcool dans une population.

Par exemple, les données de l'Enquête sur la santé mentale dans le monde concernant la prévalence de la dépendance alcoolique dans différentes sous-régions montrent un degré de covariation considérable avec le niveau de consommation alcoolique par adulte de la sous-région (Figure 1). Près de 75 % de la variation enregistrée dans la prévalence de la dépendance peuvent être prédits à partir du volume moyen de consommation à l'échelle régionale. Le principal écart par rapport à la corrélation est une tendance systématique à la notification d'un taux de dépendance plus élevé pour un niveau donné de consommation dans les Amériques et dans la région démographiquement dominée par l'Inde.

Les études effectuées dans différentes sociétés ont en général permis de s'apercevoir que, par comparaison avec les femmes, les hommes sont moins souvent abstinents, boivent plus fréquemment, boivent des quantités plus importantes à chaque occasion, c'est-à-dire jusqu'à l'intoxication. Il y a donc davantage de gros buveurs et davantage d'occasions de boire beaucoup chez les hommes et, de ce fait, il y a une prédominance d'hommes parmi ceux qui en buvant nuisent à leur santé. Bien que les données soient encore éparpillées, il semble que ce phénomène soit encore plus prononcé dans les pays à faible revenu. Par exemple, les données d'enquêtes réalisées en Chine indiquent que près de 95 % de l'alcool sont consommés par les hommes. Par ailleurs, l'une des principales préoccupations dans de nombreuses sociétés

est que le nombre de buveuses augmente, en particulier dans des pays à faible revenu et visiblement parmi les femmes jeunes.

Figure 1 : Dépendance alcoolique par volume moyen de la consommation d'alcool



Source : référence 22.

Les habitudes de consommation dans les différentes classes d'âge sont difficiles à comparer d'un pays à l'autre parce qu'on a utilisé dans les enquêtes en population des mesures différentes de la consommation d'alcool et des classes d'âge. En outre, la plupart des enquêtes qui comparent les modes de consommation dans différentes classes d'âge ont été menées dans les économies de marché établies d'Australasie, d'Europe et d'Amérique du Nord, de sorte que les résultats ne sont pas nécessairement applicables à d'autres régions du monde. Néanmoins, un tableau commun ressort de ces études : l'abstinence ou la consommation rare sont plus fréquentes dans les classes d'âge plus élevées et les épisodes d'intoxication ou de soulerie plus fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes. Les données de l'European School Survey Project on Alcohol and Drugs recueillies dans 29 pays indiquent une tendance à l'augmentation des modes de consommation risqués chez les adolescents européens ces dernières années (23).

Le Comité a examiné les données attestant d'une forte conjonction entre consommation d'alcool et consommation de tabac ou d'autres drogues chez les jeunes. Ces comportements sont liés les uns aux autres à de multiples niveaux – aux niveaux physiologique et psychologique sur le plan des voies partagées et des effets synergiques ou complémentaires, et au niveau

social sur le plan des significations symboliques et du chevauchement des sous-cultures en matière d'approvisionnement et de consommation. Les effets de l'intoxication alcoolique sur le jugement et les inhibitions sociales peuvent également favoriser un comportement qui serait considéré comme dépassant les bornes si la personne était sobre. Du point de vue du Comité, il n'y a pas de déterminisme dans le rapport entre la consommation d'alcool et le tabagisme ou le recours à des drogues illicites ; une meilleure description de ces rapports serait d'en faire des rapports probabilistes ou stochastiques, en ce sens qu'il y a une plus grande probabilité de tabagisme ou de consommation de drogues chez ceux qui ont commencé à boire, mais bon nombre de ceux qui boivent ne fument pas ou ne consomment pas d'autres drogues et, parmi ceux qui fument ou ont recours à des drogues illicites il y en a qui ne consomment pas d'alcool. La recherche a également cherché à savoir si une réduction de la consommation d'alcool par suite de la mise en oeuvre d'une politique efficace conduirait à lui substituer d'autres drogues. Si certaines recherches effectuées aux Etats-Unis d'Amérique laissent à penser qu'il y a eu une augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes suite à l'élévation de l'âge légal auquel il est autorisé de consommer de l'alcool, d'autres s'intéressant aux effets de la modification des prix de l'alcool n'ont pas observé une substitution par d'autres drogues psychoactives comme le cannabis, mais plutôt des changements accompagnant la consommation d'alcool. Quelle que soit la direction dans laquelle s'exercent les influences, le Comité estime qu'il est manifeste que, dans de nombreux contextes culturels, il existe des liens étroits entre alcool, tabac et usage de drogues illicites, dont il faut tenir compte dans les politiques en matière d'alcool tout comme dans celles de lutte contre le tabac et contre la drogue, ainsi que dans les politiques pharmaceutiques et dans la recherche.

L'étude des populations autochtones dans le monde a souvent montré qu'elles consommaient nettement plus d'alcool que la population générale, bien qu'on observe une variation considérable selon les groupes. Les taux d'abstinence sont cependant souvent plus élevés dans les minorités autochtones que dans la population environnante. En dehors du degré de consommation, les modes de consommation rapportés dans diverses populations autochtones ont également tendance à être plus dangereux, toute prise de boisson alcoolisée impliquant souvent de boire jusqu'à l'intoxication. Un meilleur accès à l'alcool vendu dans le commerce et une plus grande disponibilité de ce dernier associés à l'insuffisance des services de santé, d'instruction et des autres services visant à prévenir et à traiter les problèmes liés à la consommation alcoolique, le tout conjugué à des conditions de vie et de travail déjà médiocres, ont conduit à une forte morbidité et à une forte mortalité dues à des causes liées à l'alcool dans les communautés autochtones. Le Comité prend note avec intérêt des éléments

selon lesquels les efforts consentis par certaines communautés autochtones afin de réduire les taux de problèmes liés à l'alcool ont été couronnés de succès. Ces efforts supposent souvent de persuader la société environnante de mettre de côté les libertés habituelles du marché et de permettre à la communauté de restreindre la promotion et la disponibilité des boissons alcoolisées (par exemple 24, 25). Le Comité propose que l'OMS joue un rôle important en rassemblant toutes ces expériences et en les diffusant auprès d'autres populations autochtones.

3.4 **Conclusions relatives à la disponibilité et à la consommation d'alcool**

Les boissons alcoolisées sont facilement disponibles dans la plupart des régions du monde, leur production et leur commercialisation se font de plus en plus à l'échelle mondiale, et la publicité et les autres modes de promotion visant à accroître le marché des boissons alcoolisées sont de plus en plus présents et inquiétants sur tous les continents. Étant donné les répercussions de la consommation d'alcool sur la santé publique, évoquées plus en détail ci-après, le Comité estime qu'il est important que l'OMS participe activement à la recherche et à l'analyse de ces tendances et représente les intérêts de la santé publique dans les discussions et négociations internationales portant sur le commerce et le marketing des boissons alcoolisées.

Dans le monde, seule un peu plus de la moitié de la population adulte ne boit pas d'alcool, les taux d'abstinence étant plus élevés dans les pays pauvres et, au sein d'un même pays, plus élevés chez les catégories défavorisées. La majeure partie de la variation observée dans la consommation par habitant d'un pays à l'autre et d'un territoire, ou d'une population à l'autre dans un même pays, est le reflet des variations dans les taux d'abstinence ; il y a moins de variation entre les différentes régions du monde dans la consommation par buveur. Toutefois, les taux d'abstinence ont diminué dans de nombreux endroits et ils devraient continuer de baisser, d'après les prévisions. Dans ces conditions, la mise en avant de mesures visant à promouvoir le choix personnel de ne pas consommer d'alcool devrait être envisagée par l'OMS.

Le Comité a conclu que la consommation d'alcool, et en particulier le fait de boire de façon dangereuse, a atteint le niveau le plus élevé au monde en Europe de l'Est et en Asie centrale, suivies par les Amériques. Dans les années à venir, il est probable que la consommation d'alcool continuera d'augmenter nettement dans la Région de l'Asie du Sud-Est et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la Région du Pacifique occidental (représentant près de la moitié de la population mondiale). La nécessité de disposer de contre-mesures de santé publique qui feront intervenir une riposte aussi bien régionale que mondiale revêt donc un caractère d'urgence particulier dans ces régions.

4. **Les méfaits imputables à la consommation d'alcool**

Comme on l'a noté précédemment dans les sections 2.2-2.4, les données relatives aux effets de l'alcool sur la santé du fait des intoxications qu'il produit et de ses propriétés addictogènes et toxiques sont pléthoriques. Ces dernières années, des estimations de la charge de morbidité imputable à l'alcool sont devenues disponibles grâce à une série d'études de l'OMS.

4.1 **Effets sur la santé : part de l'alcool dans la charge de morbidité mondiale**

Le Comité a examiné les éléments relatifs à l'impact net de la consommation d'alcool sur la charge de morbidité pour l'année 2002, après en avoir soustrait les effets protecteurs pour la santé estimés (les données sur la charge de morbidité imputable à l'alcool sont résumées dans l'annexe). Il a noté que, selon les estimations, l'alcool provoquerait un dommage net représentant 3,7 % de l'ensemble des décès et 4,4 % de la charge de morbidité mondiale. Il provoque une charge de morbidité bien plus importante chez l'homme que chez la femme – la proportion de la charge de morbidité générale imputable à l'alcool chez les hommes est près de quatre fois plus élevée que chez les femmes. Concernant les décès, les traumatismes non intentionnels constituent la catégorie la plus importante, suivis par les maladies cardio-vasculaires et les cancers. En ce qui concerne la charge de morbidité exprimée en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) perdues, les troubles neuropsychiatriques, et principalement les troubles dus à l'alcool, constituent la catégorie dont la charge est la plus élevée, les traumatismes non intentionnels venant au second rang. La différence de rang entre les décès et les DALY traduit le fait que, tandis que les troubles dus à l'alcoolisme sont souvent très incapacitants, ils sont moins souvent mortels que d'autres catégories de maladies.

Les décès liés à l'alcool ont augmenté aussi bien chez les hommes que chez les femmes entre 2000 et 2002. Cette augmentation est principalement imputable aux décès par maladies chroniques, témoignant en partie des progrès enregistrés dans l'épidémiologie de la maladie alcoolique et les estimations de la charge de morbidité imputable à l'alcool, même si l'impact relatif des traumatismes imputables à l'alcool a diminué. L'impact net de l'alcool est relativement plus important dans les classes d'âge plus jeunes, à nouveau dans les deux sexes. Tandis que 3,7 % de tous les décès sont imputables à l'alcool dans l'ensemble des classes d'âge (6,1 % chez l'homme ; 1,1 % chez la femme), 5 % des décès avant l'âge de 60 ans sont imputables à l'alcool (7,5 % chez l'homme ; 1,7 % chez la femme). Il existe des variations importantes dans la charge de morbidité imputable à l'alcool dans les différentes régions du monde (annexe, Tableau A1.3).

Les traumatismes – intentionnels et non intentionnels – représentent une proportion plus élevée de cette charge dans les pays à revenu plus faible, tandis que les troubles et les cancers liés à l'alcoolisme représentent des proportions plus importantes de la charge de morbidité dans les pays à revenu plus élevé. La proportion de la charge de morbidité due à l'alcool que représentent les maladies cardio-vasculaires est plus élevée en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi que dans les régions du monde les plus démunies où l'on boit moins.

Le Comité a reconnu que l'on ne pouvait pas inclure dans les estimations de la charge de morbidité l'ensemble des affections dans lesquelles l'alcool est incriminé du fait du manque de données ; c'est particulièrement le cas pour les maladies transmissibles. Alors que le rapport au risque ayant un fondement biologique, par exemple le rapport entre consommation alcoolique et cancer du sein, n'est peut-être pas le même dans toutes les régions du monde (par exemple en raison de l'état nutritionnel ou de l'accès aux soins de santé), l'étude de la charge de morbidité est basée sur des méta-analyses d'études provenant principalement de pays à revenu élevé et a donc probablement sous-estimé le véritable impact de l'alcool. De plus, tandis qu'on part du principe que le rapport au risque est constant dans les différentes classes d'âge, le risque relatif a tendance à converger vers l'unité avec l'âge, ce qui entraîne probablement une surestimation des effets de l'alcool, positifs et négatifs, dans les classes d'âge les plus élevées. Enfin, les certificats de décès et autres causes de décès attribuées sont sujets à davantage d'erreurs de mesure dans les classes d'âge élevées. Comme la plupart des effets protecteurs estimés le sont chez les personnes âgées, le Comité estime qu'il est probable que l'effet protecteur ait été surestimé.

Il existe un rapport étroit mais imparfait entre le niveau de revenu d'une société et son espérance de vie générale. Les résultats sont analogues pour la consommation d'alcool en ce que, pour un niveau ou un mode de consommation d'alcool donné, les méfaits sont plus importants dans les sociétés pauvres que dans les sociétés riches. Concernant les effets chroniques de l'alcoolisme prononcé comme la cirrhose du foie par exemple, le Comité a noté que leur issue peut être aggravée du fait de l'existence de cofacteurs comme des carences nutritionnelles ou des infections hépatiques. De plus, dans les pays pauvres, les services visant à atténuer les effets indésirables de l'alcool pour la santé sont sans doute moins largement disponibles. L'alcool au volant peut avoir une issue plus grave du fait que les routes et les véhicules y sont moins sûrs.

Pour une quantité ou un mode de consommation d'alcool donné, les inégalités socio-économiques au sein d'une société montreront probablement les mêmes écarts que ceux mentionnés pour les différentes sociétés. En outre, là où il y a des inégalités de traitement ou d'accès aux ressources, les conséquences

sanitaires et traumatiques d'un degré ou d'un mode de consommation d'alcool donné seront également probablement plus graves pour ceux dont les ressources sont moindres. Les politiques qui permettent de réduire la part de l'alcool dans la charge de morbidité réduiront donc aussi probablement les inégalités en matière de santé d'une façon plus générale.

4.2 **Méfais sociaux**

Les méfaits figurant dans les estimations de la charge mondiale de morbidité sont limités aux affections physiques et mentales de la Classification internationale des Maladies. Les maladies mentales et physiques aiguës et chroniques et les traumatismes sont couverts, mais une grande variété d'autres conséquences indésirables de l'alcool ne le sont pas. En particulier, la plupart des conséquences indésirables pour les personnes autres que le buveur ne sont pas couvertes dans ces estimations. Nous utilisons « méfaits sociaux » comme terme général servant à couvrir ces conséquences, bien que nous reconnaissons qu'elles sont également couvertes par la définition de la santé de l'OMS « un état de complet bien-être physique, mental et social ».

Les méfaits sociaux importants que l'on peut relier à l'alcoolisme comprennent les problèmes familiaux et relationnels, les problèmes professionnels, les actes de violence et autres délits et la marginalisation sociale. Le mode de consommation d'alcool d'un individu peut avoir des effets indésirables sur sa propre vie, perturbant ses relations conjugales et sa vie de famille, provoquant la perte d'emploi et le chômage, déclenchant l'accomplissement d'un délit entraînant l'arrestation, ou précipitant l'individu dans la rue ou dans toute autre forme de marginalisation ou de stigmatisation. L'alcoolisme d'une personne peut également avoir des effets sur les autres. La qualité de vie des membres de la famille peut être dégradée (26) ; les collègues de travail peuvent devoir remplacer et couvrir l'absence d'un agent qui a « la gueule de bois » et l'agression par une personne ivre fera une victime. En dehors de ces problèmes relationnels, l'alcoolisme peut avoir des effets indésirables sur des groupes sociaux plus importants ou sur la société. Par exemple, une activité professionnelle réduite peut avoir un effet sur la productivité de l'entreprise ; des bandes tapageuses de jeunes enivrés peuvent rendre un centre-ville « infréquentable » pour des citoyens plus âgés lors des soirées de fin de semaine. Les effets indésirables à l'échelon sociétal peuvent être plus faciles à reconnaître dans des petites sociétés. Par exemple, les rituels sociaux et religieux qui assurent la cohésion d'une société autochtone peuvent être perturbés et détruits par des beuveries récurrentes (27) ; il existe de nombreux comptes rendus de ce type sur les effets dévastateurs de l'intoxication (endémique) dans les sociétés autochtones. Dans les grandes sociétés complexes, il peut également y avoir des effets préoccupants à l'échelle collective, bien qu'ils soient moins faciles à reconnaître, sauf dans de rares cas tels qu'un changement radical « obligé » de la consommation, par exemple lorsqu'il y a une grève des magasins de spiritueux (28).

La série d'études sur le coût social de l'alcool traditionnellement effectuées dans le cadre de ce que l'on appelle le « coût de la maladie » constitue le contexte privilégié dans lequel étudier et quantifier les méfaits sociaux de l'alcool. Jusqu'ici, plus de 30 études de ce type ont été effectuées simplement en Europe (29) et d'autres l'ont été ailleurs, la méthodologie étant de plus en plus normalisée conformément aux lignes directrices de l'OMS (30). Le coût estimé le plus élevé dans ces études est habituellement représenté par le « coût indirect » de la mortalité prématurée, un calcul de la perte que représente pour l'économie future ce qu'aurait produit les sujets dont le décès a été attribué à l'alcool au cours de l'année de référence. Si l'on compte ce coût indirect comme un coût de santé et si on l'examine en même temps que des coûts directs comme l'absentéisme, le chômage, les dommages dus à des délits et à des accidents de la circulation et que la fourniture de services de santé, de justice pénale et d'assistance sociale à ceux qui souffrent d'un problème imputable à l'alcool, les coûts des « méfaits sociaux » l'emportent généralement sur les coûts de santé (29). Si l'on ne s'intéresse qu'aux coûts des services publics dans une société développée, ceux des services de police, du feu et de l'assistance sociale imputables à l'alcool l'emportent souvent de loin sur les coûts des services de santé.

Le Comité a reconnu que les coûts sociaux n'ont souvent englobé que les coûts tangibles et que les conséquences de la consommation d'alcool comportent aussi des coûts intangibles, notamment la douleur et la souffrance qu'apporte dans une famille un buveur et les craintes et les souffrances résultant des délits ou de la violence liés à l'alcool. Ces coûts pour les membres de la famille ne sont pas encore bien chiffrés. Ainsi, une étude effectuée en Angleterre et au Pays de Galles a noté qu'en raison du manque d'études convenables, « il n'était pas possible de quantifier les coûts intangibles de la douleur et des souffrances infligées aux amis et à la famille » (31).

Les éléments en faveur du rôle de l'alcool dans les délits et en particulier dans les différentes formes de violence (32) s'accumulent, bien que cette association présente des variations considérables d'un pays et d'une culture à l'autre. Il existe une relation globale entre une consommation d'alcool majorée et la violence délictueuse et domestique et la maltraitance des enfants. En général, s'agissant de cas particuliers, plus le degré de consommation alcoolique est élevé, plus grave est la violence.

L'alcool a également été relié à un certain nombre d'autres comportements délictueux, notamment à la violation des lois, comme le fait de conduire en état d'ébriété. Il existe également un lien avec les troubles à l'ordre public, mais dont l'importance dépend à nouveau de la culture dans laquelle se trouve le buveur.

Certains des méfaits de l'alcool sont étroitement liés aux réponses de l'entourage. Dans presque toutes les sociétés, la consommation d'alcool est plus ou moins moralisée, une appréciation positive étant parfois attachée à certains modes de consommation ou certaines coutumes, mais avec toujours des connotations négatives attachées à d'autres. Là où la consommation d'alcool est interdite pour des motifs religieux ou culturels, toute forme de consommation d'alcool aura une appréciation négative.

Le Comité a donc constaté que le mode de consommation d'une personne fait l'objet d'une évaluation sociale sous forme d'approbation ou de désapprobation dans la vie de tous les jours. Les modes de consommation, en particulier du fait de leur évaluation sociale, participent ainsi à la création d'une inégalité sociale – une inégalité qui n'est pas tant directement liée à une situation socio-économique, mais plutôt à la marginalisation, à l'exclusion sociale et à la stigmatisation. Une situation socio-économique défavorisée peut également rendre plus visible un mode de consommation et faire que le buveur soit plus vulnérable à la marginalisation et à la stigmatisation. Des appréciations plus positives de la consommation alcoolique peuvent également avoir des effets négatifs sur la santé publique en rendant plus difficile la poursuite de l'abstinence ou la protection suffisante des jeunes contre l'alcool.

Le Comité a estimé qu'il y a une nette tendance dans de nombreuses cultures à marginaliser ceux qui sont à la fois défavorisés et régulièrement intoxiqués, et qu'il y a de nombreuses voies par lesquelles la pauvreté peut favoriser ou exacerber la stigmatisation de l'intoxication. La surveillance de l'ébriété publique par la police est souvent renforcée dans les communautés défavorisées. Les pauvres, parce qu'ils manquent de ressources, sont souvent moins à même d'éviter les conséquences sociales indésirables de leur alcoolisme ; les plus riches disposent de mécanismes sociaux et spatiaux qui leur permettent de dissimuler leur comportement. Les réactions sociales à ce qui est communément défini comme un comportement excessif peuvent aggraver la pauvreté : le buveur risque de perdre son travail ou d'être exclu d'un cours de formation. Au final, peut-être surtout dans les sociétés d'abondance, il en résulte que les populations les plus marginalisées et celles définies comme ayant de graves problèmes d'alcool se recouvrent en grande partie.

La marginalisation et la stigmatisation des gros buveurs peuvent être considérées comme faisant partie des tentatives de la société pour combattre et si possible réduire les méfaits sociaux objectifs de l'alcool. Cependant, comme on l'a constaté, ce moyen de lutte provoque souvent encore plus de dégâts ; les efforts de lutte par la stigmatisation peuvent se solder par une marginalisation encore plus grande. Le Comité a proposé que l'OMS encourage d'autres études dans ce domaine, en accordant une attention

particulière aux différences de degré de stigmatisation qu'il y a entre les diverses politiques en matière d'alcool et à la façon dont on peut prendre en compte la réduction de la stigmatisation dans ces politiques.

4.3 **Conclusions relatives aux méfaits imputables à la consommation d'alcool**

En examinant les données relatives aux méfaits imputables à l'alcool, le Comité a conclu que l'usage nocif de l'alcool a des effets tant immédiats qu'à long terme sur tous les aspects de la vie, l'intoxication alcoolique mettant en péril la sécurité personnelle du fait de son association à la violence et autres traumatismes, la dépendance alcoolique constituant un risque non négligeable de consommation importante régulière, et les effets toxiques de l'alcool pouvant potentiellement se répercuter sur tous les organes et systèmes de l'organisme. La charge de morbidité imputable à la consommation d'alcool s'observe particulièrement chez les jeunes et les jeunes adultes et touche davantage les hommes que les femmes. Le Comité a souligné l'importance des méfaits sociaux et sanitaires de l'alcool pour les personnes autres que le buveur (tiers).

Des progrès importants ont été accomplis à l'échelle mondiale pour estimer les méfaits de l'alcool sur la santé. Le Comité a recensé quatre domaines de recherche prioritaires : i) l'élaboration de méthodes permettant de mesurer le rôle de l'alcool dans les méfaits sociaux ; ii) la mesure des méfaits de l'alcool pour les tiers, qui recouvre partiellement la notion précédente ; iii) des études épidémiologiques sur la part de l'alcool dans la morbidité et la mortalité par maladie infectieuse ; et iv) la mise en oeuvre systématique dans les services d'urgence de la mesure du rôle de l'alcool dans les traumatismes.

Le Comité estime qu'il faut mettre en place un système de surveillance, en s'appuyant sur la base solide des travaux récents de l'OMS, afin de déterminer les taux, les indicateurs et les tendances des problèmes de santé liés à l'alcool, au moyen de rapports annuels établis par les Etats Membres. Un tel système de surveillance permettrait, d'après le Comité, de fournir des informations importantes pour l'élaboration des politiques en matière d'alcool dans les Etats Membres et au plan international.

La mesure des méfaits sociaux de l'alcoolisme reste insuffisamment développée, et la douleur et les souffrances associées à de nombreuses formes de méfaits sociaux signifient que ces méfaits entrent dans le champ des préoccupations de l'OMS compte tenu de la définition qu'elle a de la santé. Le Comité a établi que la mesure et la surveillance des méfaits sociaux de l'alcool constituaient un domaine qui méritait de focaliser l'attention internationale et a souligné que l'OMS pouvait avoir un rôle de chef de file en la matière.

Le Comité a conclu qu'en général les personnes défavorisées souffrent de façon disproportionnée des méfaits imputables à l'alcool. Dans ces conditions, l'action de santé publique visant à réduire la consommation d'alcool et les méfaits qui lui sont associés favorise également la diminution des inégalités de santé entre riches et pauvres.

5. **Les stratégies et interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool**

Depuis le précédent rapport du Comité d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool, une littérature internationale importante s'est accumulée sur les effets des diverses politiques et mesures en matière d'alcool. Le Comité, tout en notant le progrès non négligeable accompli avec les études s'intéressant au coût/efficacité des différentes stratégies (p. ex. 33), s'est principalement basé sur les preuves d'efficacité puisque les études de coût/efficacité ne sont pas encore suffisamment bien établies ni reproduites pour être fiables. Encore qu'en général le Comité ait trouvé une forte concordance entre les études de coût/efficacité et ses propres conclusions basées sur la littérature consacrée à l'efficacité.

Tandis qu'une bonne partie de la littérature visant à établir l'efficacité de ces politiques a été effectuée dans des pays à revenu élevé, certaines mesures ont été évaluées dans le contexte de sociétés à faible revenu. Tout en tenant compte du fait que les données proviennent souvent d'un éventail étroit de sociétés, le Comité a examiné l'applicabilité des résultats de la recherche dans les sociétés à faible revenu.

Il a souligné que la forme sous laquelle est mise en application une mesure efficace doit être appropriée à une société donnée. Pour cela, la littérature est souvent de peu d'utilité, et le Comité a souligné que l'expérience pratique des endroits ayant mis en oeuvre ces mesures devait être recueillie, rassemblée et diffusée. Les actions communautaires visant à faire face aux problèmes de l'alcool revêtent une importance toute particulière, notamment dans les endroits où la consommation parallèle de ce dernier est élevée. Il n'est à coup sûr pas suffisant de voter une loi si l'on ne dispose pas des moyens voulus pour la mettre en oeuvre et il est urgent de dresser l'inventaire des expériences pratiques de la mise en oeuvre dans différentes situations sociétales.

La réflexion du Comité relative à l'éventail des politiques en matière d'alcool s'organise principalement selon les grandes subdivisions présentes dans la littérature propre à l'évaluation. Ces divisions sont partiellement le reflet des différents départements, institutions sociales et professions de la fonction publique en jeu, mais font également intervenir différentes théories relatives aux modes d'action des interventions stratégiques. Par exemple,

les mesures prises à l'encontre de l'alcool au volant, comme le droit pénal et une grande partie du droit administratif en général, partent surtout du principe qu'elles ont un effet général essentiellement dissuasif. En tant que stratégie de santé publique, les taxes sur les boissons alcoolisées partent, elles, du principe que l'on va influencer sur la demande du consommateur en augmentant le coût de ces dernières par rapport aux autres possibilités de dépenses. Les efforts pédagogiques de lutte contre l'alcool sont, eux, basés sur le modèle suivant lequel les connaissances vont permettre de modifier les comportements. Le fait qu'il y ait une théorie de l'action sous-jacente à chaque série de stratégies politiques, et que ces diverses théories soient largement vérifiées d'une société à l'autre par les institutions et professions de l'assistance sociale pertinentes, donne une certaine garantie que les résultats obtenus dans une société seront applicables dans une autre, même si cette applicabilité est sans nul doute influencée par le contexte particulier d'une société donnée.

5.1 Mesures visant à réduire la disponibilité de l'alcool

Il existe beaucoup d'exemples des contrôles exercés par les pouvoirs publics sur la production, la distribution et les ventes de boissons alcoolisées. Pour un gouvernement, l'un des moyens d'exercer ce contrôle passe par le fait de monopoliser l'activité elle-même. Les annales sont remplies d'exemples de monopoles de ce type exercés sur la production, la vente en gros ou au détail de ces boissons au cours des 150 dernières années dans les pays à revenu élevé, comme dans ceux à revenu faible. Dans un certain nombre de pays, le fait que l'Etat se soit approprié et ait exploité une partie ou une autre du marché de l'alcool est toujours d'actualité, même si les impératifs des accords commerciaux et des ajustements structurels ont réduit à néant beaucoup de ces systèmes.

Une alternative commune à l'intervention gouvernementale a été la réglementation de la conduite des intérêts privés dans le marché de l'alcool. En général, ces réglementations ont été basées sur un système d'autorisation accordées aux entrepreneurs privés – autorisations qui peuvent être suspendues ou retirées. Cela signifie que les contrôles sont appliqués par des mesures administratives exercées sur ceux qui ont ce type d'activités, appuyées le cas échéant par le droit pénal. De tels moyens de mise en oeuvre sont plus efficaces et plus rentables pour les pouvoirs publics que les mesures de coercition exercées sur les clients ou les consommateurs.

Si le contrôle de la production ou du commerce de gros est très important pour maximiser la mesure dans laquelle les boissons alcoolisées passent par des filières de vente légales, le Comité a reconnu l'importance particulière que revêt le contrôle au niveau de la vente de détail – qu'il s'agisse de la vente dans les bars ou dans les restaurants pour une consommation sur

place, ou de la vente de bouteilles et cannettes destinées à être consommées ailleurs – afin de réduire au minimum les méfaits sanitaires et sociaux de la consommation d'alcool.

Le Comité a réexaminé les éléments selon lesquels les monopoles exercés sur la vente de détail de l'alcool permettent de maintenir efficacement à un niveau bas le pourcentage des méfaits de l'alcool (34). Des mécanismes importants pour cela sont que ces systèmes ont tendance à disposer de moins de magasins, qui sont ouverts moins longtemps que les systèmes de vendeurs privés. L'exploitation de ces systèmes par les pouvoirs publics remplace également les intérêts privés qui autrement agiraient comme un groupe de pression afin de réduire les contrôles sur les ventes d'alcool. Compte tenu de leur efficacité pour les besoins de la santé publique, le Comité a estimé que des efforts devaient être consentis pour maintenir ces systèmes en fonction et de fait en élargir la portée.

En général, le degré de la consommation alcoolique est fonction du nombre de débits de boissons alcoolisées ; cette consommation a tendance à augmenter lorsque le nombre de débits augmente. Ce rapport semble s'exercer encore plus fortement lorsqu'il y a un changement important dans le nombre ou le type de débits. Il semble également que des problèmes particuliers se posent lorsque ces débits sont très groupés, et l'on observe alors une relation particulière entre la densité des débits de boissons et l'importance de la consommation d'alcool avant l'âge légal (voir 29).

Tout comme le nombre de débits de boissons, les heures et les jours d'ouverture sont fréquemment réglementés. Le Comité a pris bonne note du fait que, si on allonge le nombre d'heures où la vente est autorisée, cela peut entraîner une redistribution des créneaux horaires durant lesquels de nombreux incidents liés à l'alcool se produisent, ces allongements ne réduisant en général pas les taux d'incidents violents et conduisant souvent à une augmentation générale de la consommation et des problèmes. D'une manière générale, le fait de réduire le nombre d'heures ou de jours où la vente de boissons alcoolisées est autorisée se traduit par une diminution du nombre de problèmes liés à l'alcool, notamment d'homicides et d'agressions (34).

Le Comité a estimé qu'imposer des limites à la disponibilité de l'alcool peut être raisonnablement rentable. Dans la plupart des situations, il existe un système de délivrance de licences de vente, et l'application de la réglementation qui lui est associée est financée par les droits payés pour la licence. Les restrictions imposées à la disponibilité peuvent créer une ouverture pour un marché parallèle illégal, par exemple pour la vente d'alcool « de contrebande » en dehors des heures autorisées. Mais en l'absence d'une production locale importante ou sur le marché gris, dans la plupart des cas, ces effets secondaires peuvent être limités grâce à des

efforts modestes pour faire respecter la loi. Lorsqu'il existe un marché gris ou noir très important, naturellement les restrictions imposées par les licences peuvent accroître la compétitivité du marché parallèle et il faudra tenir compte de ce facteur lorsqu'on élaborera les politiques.

5.2 Prix de l'alcool et taxes sur l'alcool

Le Comité a examiné les éléments qui indiquent qu'en général la façon dont les buveurs répondent aux changements du prix de l'alcool est analogue à celle qu'ils ont de répondre aux changements de prix d'autres produits de consommation. Lorsque les autres facteurs sont par ailleurs constants, une augmentation des prix de l'alcool conduit à une chute de la consommation et à une diminution des méfaits de l'alcool. On s'est aperçu que, dans de nombreux pays à revenu élevé, la demande d'alcool était relativement peu élastique par rapport au prix, comme beaucoup d'autres biens de consommation – c'est-à-dire qu'un changement de prix entraîne une diminution de la consommation, mais relativement plus petite que ne l'est l'augmentation de prix. Cela signifie que, si l'on peut utiliser l'augmentation de la taxation sur l'alcool comme stratégie pour réduire la consommation et les méfaits, les recettes de l'Etat provenant des taxes vont en réalité augmenter dans la plupart des pays. Les données limitées dont on dispose pour les pays à revenu faible et intermédiaire montrent le même schéma dans le rapport entre prix et consommation totale que dans les pays à revenu élevé, en particulier lorsque leurs économies sont en pleine croissance et que le revenu individuel augmente. L'existence d'un important marché gris ou noir de l'alcool complique les considérations d'ordre politique relatives aux taxes sur l'alcool ; en pareil cas, il peut être souhaitable d'accompagner les modifications des taxes d'efforts visant à ramener le marché noir ou gris sous le contrôle effectif des pouvoirs publics.

Le Comité s'est aperçu que l'élasticité par rapport au prix des différentes boissons dans les différents pays et au cours du temps n'est pas uniforme. Des comparaisons de l'élasticité-prix de la bière, des alcools forts et du vin ont montré qu'elle était inférieure pour la boisson généralement privilégiée dans une culture ou un marché particulier que pour les types de boissons alcoolisées moins privilégiés. La façon dont les buveurs réagissent à des changements de prix et cherchent à les compenser est complexe à cause des nombreuses possibilités de substitution (35). Les consommateurs ont tendance à passer à des boissons plus coûteuses si leurs prix relatifs diminuent, que ce soit dans la même catégorie de boissons ou dans des catégories différentes. Si l'on augmente les prix, les consommateurs vont réduire leur consommation générale mais aussi passer à des boissons meilleur marché. Les gros buveurs ont tendance à acheter les produits les moins chers dans la catégorie de boissons qu'ils préfèrent. Les études sur l'élasticité-prix montrent également que la réaction du consommateur à un

changement de prix varie avec le temps. Les effets d'une augmentation du prix de l'alcool peuvent être plus prononcés à long terme qu'ils ne le sont sur le moment. Du point de vue de la politique publique à mener, ce sont ces effets à long terme qui sont les plus importants.

Les données disponibles montrent que la consommation des jeunes est particulièrement sensible au prix (36). On a montré que les politiques qui augmentent les prix de l'alcool diminuent la proportion de jeunes qui sont des gros buveurs, réduisent la prise de boisson avant l'âge légal et les souleries de circonstance. Des prix plus élevés retardent également l'intention de boire chez les jeunes adolescents et ralentissent la progression vers l'absorption de quantités plus importantes.

Alors que l'on pense parfois que les gros buveurs sont susceptibles d'être moins affectés par le prix, le Comité a constaté que les données ne vont pas dans ce sens, les prix plus élevés modifiant les quantités consommées par ceux qui boivent souvent et beaucoup. Ce résultat est étayé par une importante série de données qui ont montré qu'il y avait un effet des prix sur les méfaits dus à l'alcool, indiquant aussi par conséquent une réduction de la consommation excessive (34). Les expériences « grandeur nature » récemment faites en Europe dans le cadre des modifications rendues nécessaires par des traités économiques ont montré que les taxes sur l'alcool et les prix de l'alcool ont été abaissés, de sorte que les ventes et la consommation ont augmenté (37). Dans certaines juridictions européennes, des taxes spéciales ont été introduites pour les sodas alcoolisés en réponse à l'augmentation de la consommation des jeunes (38). Celles-ci ont conduit à une diminution des ventes et de la consommation de ces sodas alcoolisés.

Le Comité a estimé que les taxes sur l'alcool constituaient une stratégie extrêmement rentable pour abaisser la fréquence des problèmes liés à l'alcool, stratégie pouvant être justifiée en faisant valoir qu'elle permet de récupérer les coûts associés aux méfaits de l'alcool. Il est probable que la taxation soit une mesure plus rentable pour réduire les problèmes liés à l'alcool que d'autres politiques en matière d'alcool, en particulier dans les pays ayant une proportion élevée de modes de consommation dangereux. La modification des taxes, si elle est encore efficace, ne constitue peut-être pas la meilleure chose à faire dans les pays qui ont moins de problèmes et où des interventions en direction de groupes de population particuliers peuvent être plus rentables. Toutefois, même dans ces pays-là, la diminution des prix de l'alcool ou l'augmentation du revenu disponible pourraient réduire l'efficacité de ces autres politiques.

L'effet de l'augmentation des taxes sur l'alcool pourrait être réduit par la production illicite, l'évasion fiscale et le commerce illégal, la contrebande et les achats transfrontaliers. Lorsque les pays voisins ont des taxes nettement inférieures et des frontières poreuses, les gouvernements doivent

en tenir compte lorsqu'ils prennent des décisions relatives aux politiques de taxation. En pareil cas, il est fortement recommandé d'adopter une règle de courtoisie internationale, par laquelle les pays reconnaissent et découragent toute forme d'évasion par rapport aux politiques sur l'alcool adoptées par les uns et les autres.

Le Comité a donc conclu que la taxation et l'établissement des prix constituent des mécanismes importants permettant de réduire la demande de boissons alcoolisées et l'importance des problèmes liés à l'alcool.

5.3 **Restriction de la vente d'alcool**

Tandis que des interdictions totales de la vente d'alcool sont présentes dans plusieurs pays dont les populations sont majoritairement musulmanes, ainsi qu'à l'échelon communautaire dans les communautés autochtones d'un certain nombre de pays, il existe également d'autres interdictions largement disséminées dans des endroits, des conditions ou des situations particulières. Par exemple, on retrouve dans de nombreux pays l'interdiction de boire dans les jardins publics ou dans la rue afin d'améliorer la qualité de vie des familles et des résidents locaux. Les interdictions de boire dans des situations particulières, par exemple au travail, sont monnaie courante.

Le fait de fixer un âge minimum pour avoir le droit d'acheter ou de boire des boissons alcoolisées est en réalité l'une des mesures de lutte contre l'alcool les plus largement répandues. Il y a des données très convaincantes de l'effet des lois qui fixent un âge minimum pour l'achat d'alcool, qui montrent par exemple une diminution nette des accidents dus à la conduite en état d'ébriété et de toute une série d'autres indicateurs (34). Cet âge minimum fixé pour l'achat d'alcool a un effet à la fois sur la fréquence et sur les conditions de la prise d'alcool, bien qu'il semble avoir une influence moindre sur l'âge auquel se produit l'initiation à l'alcool.

Mais le Comité a souligné que l'efficacité des interdictions de vente aux jeunes n'ayant pas l'âge légal dépend en grande partie de la rigueur avec laquelle les limitations sont appliquées, les moyens de mise en application ayant le coût/efficacité le meilleur consistant à agir sur les vendeurs, qui ont tout intérêt à garder des pratiques commerciales propres et à conserver leur licence.

5.4 **Réglementation du contexte dans lequel s'effectue la prise de boisson**

Le lien entre alcool et méfait sanitaire ou social s'opère souvent par l'intermédiaire ou la modification du contexte physique ou social – aussi bien le contexte dans lequel a lieu la prise de boisson que les contextes suivants au cours desquels le buveur est sous l'influence de l'alcool. Modifier ces contextes

de façon à réduire les méfaits de l'alcool a donc constitué une démarche communément utilisée. Toutes sortes de modifications de l'environnement public dans lequel s'effectue la prise de boisson ont été officiellement ou officieusement appliquées à un moment ou un autre, notamment le recours à des verres qui ne peuvent être utilisés comme arme, une conception des locaux axée sur la sécurité et l'emploi d'un personnel de sécurité en partie pour réduire la violence potentielle. On a surtout mis l'accent sur le changement du comportement de ceux qui servent de l'alcool et du personnel de sécurité posté à l'entrée ou dans les établissements ou par divers moyens. Auparavant, on avait tendance à mettre l'accent sur le fait d'obtenir volontairement l'appui des établissements et du personnel. Mais il est apparu que les mesures ne pourraient être efficaces que si elles étaient appuyées par des politiques « maison » officielles relatives à la conduite du personnel et, plus important encore, par leur application par la police ou les inspecteurs chargés de vérifier les licences de vente de spiritueux (34). Lorsqu'ils sont appuyés par des mesures visant à en assurer le respect et des stratégies des établissements, les « programmes serveurs responsables », dans lesquels le personnel de service est formé à refuser de servir les personnes déjà intoxiquées ou qui n'ont pas l'âge légal, ont montré dans quelques études qu'ils étaient efficaces et permettaient de réduire la conduite en état d'ébriété ou la violence.

Le Comité a conclu que les problèmes que l'on pourrait éviter en modifiant le contexte dans lequel s'effectue la prise de boisson – par exemple la conduite en état d'ébriété et la violence – se soldent souvent par des dommages causés à des tiers. Cet aspect donne à ces approches une importante signification politique et les rend attrayantes. Mais le Comité a également conclu qu'il n'y a pas lieu de mettre en oeuvre de telles approches si elles ne sont pas appuyées par une mise en application crédible, qui demande des ressources suffisantes.

5.5 Restrictions imposées au marketing de l'alcool

Le Comité a souligné l'importance du marketing de l'alcool sur le plan de la santé publique, et en particulier l'exposition des enfants et des jeunes à des messages commerciaux sur les boissons alcoolisées et les marques comme étant un domaine qui revêt une importance stratégique croissante. Alors que l'alcool est commercialisé grâce à une publicité de plus en plus étudiée dans les médias classiques, il est également mis en avant par les liens tissés entre des marques d'alcool et des sports ou des activités culturelles par le biais de parrainages et de placements de produits, ainsi que par un marketing direct qui se sert des nouvelles technologies comme l'Internet, la diffusion pour baladeurs et les téléphones portables.

Bien que les études économétriques menées antérieurement sur les liens unissant la publicité pour l'alcool et la consommation de ce dernier aient

donné des résultats mitigés, le Comité a pris bonne note des résultats d'études récentes effectuées à l'aide de méthodes très élaborées et qui ont permis de mettre en évidence les effets de la publicité pour l'alcool sur les comportements (39). Les éléments les plus solides proviennent de plusieurs études longitudinales qui ont eu pour thème les effets des diverses formes de marketing de l'alcool – en s'intéressant à l'exposition à la publicité sur l'alcool dans les médias classiques et à la promotion de ce dernier sous la forme d'apparition dans les films et de produits dérivés des marques d'alcool –, études qui ont toutes retrouvé des effets peu importants mais significatifs sur le fait que les jeunes gens boivent ou non et sont ou non de gros buveurs (40, 41). En outre, les effets de l'exposition semblent cumulatifs et, dans les marchés où la publicité pour l'alcool est plus répandue, les jeunes gens ont été davantage enclins à continuer d'augmenter leur consommation vers l'âge de 25 ans, alors que la consommation a diminué plus tôt chez ceux qui étaient moins exposés. Ces résultats de l'effet que peut avoir la publicité sur le comportement des jeunes correspondent aux recherches effectuées sur le tabagisme des jeunes et sur les préférences alimentaires des enfants (42, 43).

Dans certaines juridictions, on a recours à l'« autoréglementation » – à savoir des systèmes mis en oeuvre volontairement par les branches d'activité impliquées dans le marketing de l'alcool (notamment la publicité, les médias et les producteurs d'alcool) et que l'on met en avant comme constituant la démarche la plus appropriée (44). Le Comité a estimé que ces systèmes librement consentis n'empêchent pas le type de marketing ayant des effets sur les jeunes et que l'autoréglementation semble ne fonctionner que dans la mesure où il existe une menace permanente et crédible de réglementation par les pouvoirs publics (45). Il en a conclu qu'à moins que les activités des différentes branches en rapport avec les normes régissant la publicité de l'alcool ne s'inscrivent dans un cadre juridique et soient contrôlées et vérifiées par un organisme public, les gouvernements risquent de s'apercevoir qu'en permettant l'autoréglementation par ces secteurs il en résulte une perte des moyens de contrôle du marketing d'un produit qui a des incidences sérieuses sur la santé publique.

5.6 Mesures contre l'alcool au volant

Les mesures visant à réduire les accidents dus à la conduite en état d'ébriété figurent parmi les stratégies faisant l'objet des recherches les plus nombreuses pour réduire les problèmes liés à l'alcool. Il convient de noter que plusieurs des autres stratégies – par exemple les lois sur l'âge minimum légal et les programmes de formation des serveurs mis en application – ont également montré leur efficacité pour réduire les accidents liés à la conduite en état alcoolique et pourraient également être considérées comme des contre-mesures du même type. A l'inverse, il faut bien admettre que, dans

de nombreuses sociétés à faible revenu, les accidents qu'ont les piétons intoxiqués sont plus fréquents que ceux des conducteurs et de leurs passagers, de sorte que même les mesures les plus efficaces contre la conduite en état d'ébriété risquent de ne pas s'appliquer à une part importante des accidents de la circulation liés à l'alcool.

Une mesure contre l'alcool au volant bien établie et largement diffusée consiste à fixer une concentration maximale d'alcool dans le sang pour les conducteurs. Au cours des ans, cette concentration maximale a été abaissée dans plusieurs pays et atteint même zéro ou 0,02 g/100 ml dans certains, et 0,05 g/100 ml ou moins dans la plupart des pays d'Europe. Il existe des éléments de preuve probants attestant que, du moins dans les sociétés à revenu élevé, le fait tant de fixer cette concentration maximale que de l'abaisser permet de réduire efficacement les accidents dus à la conduite en état alcoolique. Il existe également des preuves convaincantes qu'aussi bien l'éthylométrie appliquée régulièrement au hasard par la police que les points de contrôle sobriété, où l'on fait arrêter toutes les voitures et où l'on fait souffler dans l'éthylomètre tous les conducteurs soupçonnés d'avoir bu, réduisent les accidents et les décès liés à l'alcool. Le Comité a également pris note d'autres mesures efficaces : fixer des concentrations maximales d'alcool dans le sang plus basses (y compris égales à zéro) pour les jeunes conducteurs ou les novices ; instaurer la suspension administrative du permis de conduire d'un conducteur dont le test est positif (en particulier dans les systèmes juridiques dans lesquels des cas de conduite en état d'ébriété peuvent être pénalement différés ou plaidés avec succès par un bon avocat de la défense) ; et, pour les conducteurs arrêtés à plusieurs reprises en état d'ébriété, une obligation de traitement et le recours à un coupe-circuit, un dispositif mécanique qui empêche la voiture de démarrer lorsque le conducteur a ingéré plus que la dose maximale autorisée.

Un certain nombre de sociétés à revenu élevé, en mettant en oeuvre des mesures efficaces pendant un certain temps, ont pu réduire de façon spectaculaire la fréquence des accidents dus à la conduite en état d'ébriété (46). La mise en oeuvre de toutes sortes de mesures en elles-mêmes montre qu'il y a eu une forte volonté publique et politique d'adopter des mesures très interventionnistes. A l'inverse, il arrive souvent que l'adoption de la mesure en elle-même renforce la volonté publique. Le Comité a estimé que l'histoire des mesures prises contre l'alcool au volant offrait potentiellement des enseignements pour la mise en oeuvre progressive d'autres stratégies visant à réduire la fréquence des problèmes liés à l'alcool.

5.7 **Education et persuasion**

Diverses stratégies ont été utilisées pour sensibiliser et persuader les gens des dangers de l'alcool dans l'intention de réduire les méfaits de celui-ci,

à savoir : l'éducation des jeunes à l'école ; des campagnes d'information par les médias, y compris plus récemment le recours à des sites Internet interactifs et la promulgation de directives en matière de prise de boissons alcoolisées ; l'étiquetage des boissons alcoolisées comprenant des normes de correspondance avec d'autres boissons classiques assorties de mises en garde ; des activités scolaires menées dans le cadre des initiatives école + famille ou de projets d'action communautaire ; et des initiatives communautaires visant à susciter la remise en question des normes établies en matière de consommation et de distribution de l'alcool.

Le Comité a estimé que, si la sensibilisation et la persuasion sont des interventions toujours attrayantes pour réduire les méfaits de l'alcool, en particulier chez les jeunes, la théorie comme les faits laissent à penser qu'elles sont peu susceptibles d'entraîner des changements durables des comportements, en particulier dans un environnement où l'on reçoit de nombreux messages concurrentiels sous la forme de produits marketing et de normes sociales en faveur de l'alcool et dans lequel l'alcool est facilement accessible.

Le Comité a pris note des résultats d'un certain nombre d'examen systématiques rigoureux qui ont été publiés à propos d'évaluations de la sensibilisation en milieu scolaire visant à réduire les méfaits de l'alcool (p. ex. 47) et en a conclu que les résultats ne montraient pas qu'il s'agit là d'une intervention efficace. Bien qu'il y ait des signes d'effets positifs – à savoir une meilleure connaissance de l'alcool et des attitudes plus critiques –, rien ne permet de penser qu'il y ait un effet durable sur le comportement.

Le Comité s'est aperçu qu'en général les campagnes d'information publique sont un antidote inefficace contre la qualité des messages en faveur de l'alcool qui apparaissent bien plus fréquemment dans les médias. Il a également constaté que la contre-publicité, une variante des campagnes d'information publique qui donne des informations sur un produit, sur ses effets et sur l'industrie qui en fait la réclame de façon à en diminuer l'attractivité et l'utilisation, a eu des effets peu concluants. Le Comité a néanmoins noté qu'il semble qu'il y ait un effet des campagnes menées dans les médias pour réduire l'alcool au volant, en particulier dans les juridictions dotées de politiques vigoureuses en la matière (48). Tandis que des directives relatives à la consommation d'alcool ont été promulguées dans un certain nombre de pays, aucune évaluation n'a permis d'établir si elles avaient un effet quelconque sur les méfaits de l'alcool.

Les résultats des recherches d'évaluation sur les mises en garde sanitaires obligatoires devant figurer sur les flacons d'alcool ne montrent pas qu'une telle exposition entraîne un changement dans le comportement de consommation d'alcool en lui-même (34). En revanche, il semble que des variables intermédiaires soient modifiées, comme l'intention de changer

de mode de consommation (par rapport à des situations de risque aggravé comme la conduite en état d'ébriété), le fait de parler de l'alcool et la volonté d'intervenir auprès d'autres personnes considérées comme des buveurs dangereux. Le Comité a constaté que ce résultat est en contradiction avec ce que l'on sait du tabac pour lequel l'étiquetage a bien un effet, mais c'est peut-être dû à la nature de la mise en garde figurant sur l'étiquette, puisqu'il semble que pour les cigarettes l'introduction de mises en garde plus frappantes et en plus gros caractères, avec des messages renouvelés, ait modifié le comportement des fumeurs.

Le Comité a estimé qu'il y avait des éléments en faveur des interventions associant école et communauté, en partie parce que les interventions communautaires peuvent réussir à restreindre l'accès des jeunes à l'alcool (34). Un élément important des programmes d'action communautaire dont on a montré qu'il avait un effet sur la prise de boissons des jeunes et sur les méfaits de l'alcool tels que les accidents de la circulation et la violence, est la sensibilisation par les médias. Celle-ci permet de toucher le grand public et les parties prenantes essentielles au sein de la communauté et entraîne une attention accrue portée à l'alcool dans l'ordre des priorités politiques et publiques. Cela peut conduire à recadrer la résolution des problèmes liés à l'alcool sous la forme d'une stratégie coordonnée des secteurs concernés tels que la santé, le contrôle de l'application des règles, les organisations non gouvernementales et les autorités municipales (49).

Le Comité a reconnu que, dans les pays à faible revenu, une autre stratégie d'action communautaire a consisté à encourager les communautés à faire face aux déterminants locaux de l'augmentation de la consommation d'alcool et des problèmes liés à l'alcool et à mobiliser l'opinion publique pour ce faire. Parmi les exemples de la façon dont les communautés peuvent s'attaquer à ces déterminants figure le fait de combattre l'image attrayante de l'alcool et de la consommation, de réduire les privilèges inéquitables attachés à la consommation d'alcool, d'améliorer la reconnaissance par tout un chacun de la nature et de l'ampleur des conséquences sanitaires et sociales de l'usage nocif de l'alcool, de reconnaître et de combattre les influences qui encouragent une consommation accrue d'alcool, d'encourager l'abandon ou la réduction de la consommation ou le changement dans les modes de consommation, le cas échéant, et d'encourager la mise en oeuvre de stratégies efficaces au niveau local et au-delà (50).

5.8 Services d'intervention et de traitement précoces

Le Comité a considéré que l'intervention et le traitement précoces pouvaient potentiellement remplir trois objectifs pour les gens souffrant de troubles liés à l'alcoolisme : en tant qu'approche humanitaire, pour soulager la souffrance humaine ; comme méthode permettant de réduire

la consommation d'alcool et les méfaits de ce dernier dans la population ; et comme une façon de réduire les coûts de soins de santé liés à l'alcool. Les gens qui boivent beaucoup font peser une charge disproportionnée sur les systèmes de santé, les services sociaux et la justice pénale lorsqu'on les compare aux buveurs légers ou aux non-buveurs. Ils représentent également une part disproportionnée des coûts plus intangibles de l'alcoolisme, notamment des effets dommageables pour les familles et des problèmes engendrés sur le lieu de travail.

Le Comité a constaté que, dans la plupart des pays, la population des personnes recherchant ou ayant besoin d'un traitement est hétérogène sur le plan de la gravité du problème d'alcool, ainsi que sur celui de la comorbidité qui lui est associée telle que les troubles physiques et mentaux. C'est pourquoi la gamme des interventions nécessaires pour répondre aux besoins de cette population est par nécessité très large, allant d'interventions brèves au niveau des soins de santé primaires jusqu'à des traitements plus intensifs dans des établissements spécialisés.

Le Comité a pris bonne note de l'ensemble des données provenant de toute une série d'établissements de soins de santé de différents pays, qui montrent l'efficacité et le coût/efficacité du dépistage opportuniste et des interventions brèves destinées aux personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse et nocive en l'absence de dépendance grave (51). Ces techniques reposant sur des bases factuelles ont été largement diffusées dans le monde entier et sont désormais mises en oeuvre et évaluées dans des programmes de démonstration dans les pays à revenu élevé comme dans ceux à revenu faible (52). Le Comité s'est félicité du rôle important que l'OMS a joué pendant de nombreuses années pour coordonner, au plan international, les efforts visant à tester et à promouvoir ces interventions, en parrainant le projet d'identification et de prise en charge des problèmes liés à l'alcool (53). Le Comité a estimé que, si ces programmes étaient largement adoptés par les systèmes de soins de santé nationaux ou régionaux, leurs effets sur la prise d'alcool excessive dans la population pourraient être importants. Le Comité a également admis que la mise en oeuvre de ces programmes n'était pas une question sans importance et qu'une démonstration complémentaire des modalités de mise en oeuvre efficaces était nécessaire (54).

Le Comité a constaté que, pour les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool et de problèmes connexes plus graves, un large éventail d'approches thérapeutiques spécialisées avait été évalué, notamment des interventions comportementales, psychosociales et pharmacologiques d'intensités variables, aussi bien dans la communauté que dans des établissements de soins. Le Comité a également pris note du fait que les sujets exposés à ces traitements, en particulier lorsque ces derniers étaient administrés en temps

utile, parvenaient à de meilleurs résultats que ceux n'ayant reçu aucun traitement (55). En outre, pour le sujet moyen, l'efficacité de ces traitements tend à être comparable quels que soient l'intensité, les modalités ou le cadre dans lequel ils ont lieu. Toutefois, le Comité a conclu que les sujets ayant des besoins plus complexes ou un soutien communautaire limité auront souvent besoin de méthodes de prise en charge plus intensives (56). Il a également souligné l'importance d'avoir des politiques de traitement appropriées et de disposer de services de traitement confidentiels destinés aux gens présentant des troubles liés à l'alcool, dans lesquels ces derniers ne sont pas considérés avec réprobation.

S'il semble que, dans les pays où il y a une forte prévalence de problèmes liés à l'alcool, l'investissement dans les traitements spécialisés puisse permettre de réaliser des économies sur le plan sociétal, dans les pays où les troubles liés à l'alcool sont peu fréquents, des interventions brèves peuvent constituer une approche plus rentable. Il existe partout dans le monde de très nombreuses organisations d'entraide qui ont été évaluées dans un nombre limité d'études. Les résultats laissent à penser qu'il y a un effet cumulatif lorsque les services offerts par des organisations d'entraide sont associés au traitement classique, et ces dernières peuvent aider les sujets à rester sobres dans le long terme (57).

5.9 Conclusions relatives aux stratégies efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool

Il existe désormais une importante base de données sur l'efficacité relative des différentes stratégies visant à réduire la fréquence des méfaits de l'alcool. Malheureusement, la plupart d'entre elles proviennent d'un ensemble particulier de pays à revenu élevé dans lesquels les problèmes d'alcool constituent une question sanitaire et sociale bien connue et où il est de tradition de puiser dans la recherche sociale et les évaluations pour orienter une politique. Le Comité a noté l'importance de ces deux types de dispositions et souligné la nécessité d'adopter largement le principe suivant lequel chaque fois qu'il y a une modification de la politique sur l'alcool, certaines ressources seront mises de côté pour en évaluer les effets.

Malgré quelques insuffisances, on dispose d'une base de données suffisante pour choisir des stratégies en fonction de leur efficacité relative. En général, les résultats des recherches montrent que les conditions d'approvisionnement – quand et dans quelles circonstances l'alcool est disponible – peuvent considérablement modifier la fréquence des problèmes liés à l'alcool. La législation et les systèmes d'octroi des licences propres à l'alcool se sont avérés bénéfiques dans toutes sortes de situations socioculturelles. L'efficacité de ces systèmes trouve son origine dans les limites imposées à la densité des débits de boissons et aux heures

d'ouverture. L'interdiction de vendre de l'alcool à une personne n'ayant pas atteint l'âge légal ou à quelqu'un qui est intoxiqué est également une modalité courante et potentiellement efficace. La mise en application effective des règles de ce système est également importante. Des taux de taxation élevés sur les boissons alcoolisées se sont également avérés une stratégie efficace pour contrôler l'ampleur des problèmes liés à l'alcool. Quelles que soient leurs autres fonctions pour les pouvoirs publics, les taxes sur l'alcool doivent être considérées comme une question de santé publique et faire partie de la politique en matière d'alcool.

Le Comité a conclu que tout portait également à croire en une série particulière de mesures visant à lutter contre la conduite en état d'ivresse. Celles-ci comprennent notamment la fixation d'un faible degré d'alcoolémie à ne pas dépasser lorsqu'on conduit et le fait d'en contrôler l'application activement au moyen d'un programme d'éthylotests appliqués au hasard ou de mesures équivalentes.

Le Comité a conclu que l'évaluation et l'intervention brève dans le contexte des services de soins de santé primaires s'étaient avérées efficaces pour diminuer la prise de boisson excessive ou les problèmes liés à l'alcool dans toutes sortes de situations socioculturelles différentes. Il a proposé que, dans le cadre de cet effort, on développe ultérieurement des projets de démonstration sur la façon de mettre en oeuvre cette stratégie de façon suivie dans différents systèmes de santé. Enfin, il a souligné la nécessité de disposer de politiques de traitement appropriées pour veiller à ce que les gens présentant des troubles liés à l'alcool aient accès à des interventions thérapeutiques reposant sur des bases factuelles et à des services communautaires.

6. **L'élaboration d'une politique en matière d'alcool**

Le Comité a considéré que le principal objectif d'une politique en matière d'alcool était de promouvoir la santé publique et le bien-être social. En outre, elle peut jouer des défauts du marché en dissuadant les enfants de consommer de l'alcool, en protégeant d'autres personnes que les buveurs des méfaits de ce dernier et en fournissant à tous les consommateurs des informations sur ses effets. Les pouvoirs publics s'intéressant de plus en plus aux inégalités de santé, la réduction de ces dernières pour les problèmes liés à l'alcool devient un objectif supplémentaire.

Le niveau optimal d'une politique en matière d'alcool dépendra des objectifs particuliers de chaque société et de sa volonté d'accepter les différents instruments de réglementation. Par exemple, toute tentative visant à déterminer la taxe optimale sur l'alcool repose sur la vérification de l'échelle des coûts pour l'ensemble des consommateurs et des non-

consommateurs, et des coûts différentiels pour les consommateurs ayant des niveaux de revenu différents. Elle est également fonction de valeurs sociétales particulières, par exemple de la mesure dans laquelle les enfants doivent être protégés et de l'objectif particulier que la taxe vise à atteindre, par exemple un gain particulier au niveau des recettes ou une réduction donnée de la charge de morbidité liée à l'alcool.

Les politiques qui donnent de bons résultats ont des chances de présenter certaines caractéristiques communes. L'une d'entre elles est de permettre aux responsables de l'élaboration des politiques de s'approprier les interventions choisies en les fournissant accompagnées des résultats des recherches sur lesquelles les interventions sont basées. Des objectifs clairs, des plans de gestion, des informations solides et un examen régulier sont indispensables. Les politiques et les programmes doivent tenir compte des valeurs culturelles et des expériences historiques du pays. Enfin, une caractéristique essentielle des programmes couronnés de succès est leur aptitude à faire participer activement les différents secteurs publics impliqués dans les questions relatives à l'alcool et à ses méfaits.

6.1 La constitution d'un ensemble de connaissances pour l'élaboration d'une politique en matière d'alcool

Toutes les politiques et mesures visant à améliorer la santé publique ont besoin d'un ensemble de connaissances solide, et ces recherches et données figurent parmi les instruments les plus précieux et les plus importants d'une société pour jeter les bases de stratégies visant à améliorer la santé publique. Le rôle croissant de la recherche signifie que la communauté scientifique doit être davantage impliquée dans l'élaboration de bases scientifiquement solides, socialement utiles et applicables, concernant les décisions en matière d'alcool.

Pour participer de manière constructive au débat sur les politiques à mener, la communauté scientifique doit définir suffisamment tôt les points de la recherche ayant trait à cette politique pour que les données soient disponibles lorsqu'on en a besoin, avoir effectué une recherche de qualité et avoir interprété et diffusé les données de manière utile au débat. Pour cela, il peut également falloir présenter à nouveau une information déjà disponible lorsque son utilité se fait à nouveau sentir dans l'actualité politique. Ces contributions permanentes ne sont possibles que dans le contexte d'un programme de recherche à long terme financé par des fonds publics, destiné à faire participer activement les membres de la communauté scientifique de chaque pays à la collecte, à l'évaluation et à l'interprétation des données utiles pour les besoins de la politique d'un pays en matière d'alcool.

Toute une série d'organismes publics et de groupes d'intérêt public se partagent la responsabilité de traduire la recherche scientifique en politique efficace.

En outre, il faut qu'il y ait des mécanismes systématiques garantissant que les nouveaux éléments apportés par la recherche soient effectivement introduits dans la politique et la pratique. En outre, il faut qu'il y ait des mécanismes permettant d'identifier les lacunes dans les connaissances. Celles-ci seront comblées par de nouvelles recherches dans des domaines où le corpus des connaissances est insuffisant, notamment par une évaluation accrue du coût/efficacité des interventions. Des efforts particuliers doivent être consentis pour développer une recherche anticipant les tendances, les besoins et les défis futurs de la politique en matière d'alcool.

6.2 La politique en matière d'alcool et les différents secteurs

La mise en oeuvre d'une politique nationale en matière d'alcool est une tâche par essence intersectorielle. On constate de plus en plus que les politiques menées dans de nombreux secteurs autres que la santé peuvent avoir des effets sur le potentiel d'utilisation nocive de l'alcool.

Les taxes sur l'alcool permettent non seulement de réduire les méfaits de l'alcool, mais aussi d'engranger des recettes publiques supplémentaires. On peut fixer les taxes au maximum des recettes potentielles qu'elles génèrent, ce qui est rarement le cas. Le Comité a noté que ces taxes constituent une source de recettes appréciable pour financer des programmes publics de renforcement de l'équité. En examinant les données, le Comité a pris note de deux situations générales dans lesquelles une augmentation des taxes sur l'alcool peut ne pas conduire à une augmentation des recettes : lorsqu'il n'y a pas de contrôle efficace de l'approvisionnement en alcool par l'Etat, car, dans ce cas, il peut y avoir des effets importants sur l'ampleur de l'évasion fiscale ; et lorsque la consommation d'alcool est inhabituellement sensible au prix, bien que ce ne soit pas le cas normalement, même dans les pays où les taxes sont élevées.

Des intérêts commerciaux importants sont en jeu pour promouvoir la fabrication, la distribution, l'établissement des prix et la vente d'alcool. Participent à cela non seulement les producteurs et les grossistes, qui sont souvent des entreprises relativement importantes, mais également les détaillants qui vendent les boissons alcoolisées dans les bars, les restaurants et autres points de vente. L'industrie des boissons alcoolisées est devenue toujours plus présente sur l'échiquier politique. Cela s'est fait en partie par le biais du financement d'un réseau d'organisations nationales, régionales et mondiales sur les « aspects sociaux », qui parrainent des initiatives choisies de prévention ou adoptent des points de vue ménageant l'industrie sur les problèmes et les politiques en matière d'alcool et qui mettent en avant le concept de responsabilité sociale des entreprises (58). Le Comité a averti qu'il ne fallait pas que le secteur privé essaie de faire le travail des pouvoirs publics, qui sont les vrais gardiens de l'intérêt public. Mais le Comité a estimé que l'industrie des boissons alcoolisées avait

un rôle particulier à jouer dans la mise en oeuvre de certains programmes et politiques particuliers en matière d'alcool. Ce peut être la fourniture d'une formation « service » à tous ceux qui sont impliqués dans la chaîne des ventes d'alcool pour les responsabiliser et faire qu'ils se conforment à la loi et réduisent les prises de boisson dangereuses, et le fait de veiller à ce que ceux qui n'ont pas atteint l'âge légal ne puissent se procurer de l'alcool.

En tant que parties prenantes disposant de la compétence voulue pour les questions relevant de la santé publique, les agents de soins de santé peuvent jouer un rôle prépondérant partout dans le monde afin de réduire les méfaits de l'alcool, non seulement en intégrant l'évaluation et les interventions propres à la prise de boisson nocive et dangereuse dans les soins de santé, mais aussi en défendant en connaissance de cause les politiques en matière d'alcool. Les personnes intéressées par la santé publique doivent avoir une vue « horizontale » complète des besoins en matière de politique sur l'alcool dans l'ensemble de la société, afin d'analyser des stratégies élargies, de créer des réseaux d'action novateurs parmi les nombreux acteurs différents et, d'une façon générale, de servir de catalyseurs au changement. A cet égard, il faudrait que les milieux de la santé publique reconnaissent l'importance des médias dans le débat politique à l'échelle nationale et locale. La couverture par les médias de questions particulières a une fonction de fixation des priorités – c'est-à-dire qu'elle influe sur la façon dont les responsables de l'élaboration des politiques vont percevoir un problème et sur l'importance qu'ils vont lui accorder. La sensibilisation par les médias peut également servir à accompagner une évolution de l'opinion publique en faveur d'un changement de politique.

Le Comité considère que le rôle des organisations non gouvernementales dans l'étude et l'application de la politique en matière d'alcool est important. En tant que composantes essentielles d'une société civile moderne, elles peuvent sensibiliser les gens à des problèmes et aux préoccupations qui leur sont liés, défendre l'idée du changement et nouer un dialogue sur les questions de politique. Les pays où les ressources sont rares se reposent considérablement sur les organisations non gouvernementales et les groupes tels que les groupes d'entraide et les associations féminines pour traiter des problèmes liés à l'alcool. Le Comité a souligné l'importance de la participation des organisations de la société civile ne présentant aucun conflit d'intérêts à l'élaboration d'une politique en matière d'alcool, pour contrer l'influence des intérêts commerciaux particuliers qui, autrement, pourraient dominer la prise de décision politique.

6.3 La politique en matière d'alcool aux différents niveaux juridictionnels

Alors que les politiques de lutte contre l'alcool ont traditionnellement été une question agitée à l'échelle nationale et infranationale, au cours des

dernières décennies, la situation a évolué de bien des manières. Avec le développement considérable du commerce et des voyages sont apparues des occasions bien plus nombreuses de transfert des boissons alcoolisées à travers les frontières nationales, sous forme d'importations hors taxes ou autres importations légales ou sous forme de produits de contrebande. Les aspects transnationaux de la production et de la distribution d'alcool ont pris des proportions considérables tant sur le plan des exportations et des importations, de la fusion rapide des producteurs multinationaux, des dispositions internationales propres à la délivrance des licences et à la coproduction que s'agissant des organismes multinationaux de publicité servant à promouvoir ces produits. Un autre facteur important a été la croissance des marchés communs supranationaux et des accords internationaux sur le commerce.

Concernant ce qui se passe à l'échelle nationale, le Comité a considéré qu'il incombait finalement aux gouvernements nationaux de définir une politique claire en matière d'alcool pour l'ensemble du pays et d'en rendre compte. Les systèmes politiques à l'échelle nationale sont rarement dominés par une seule autorité de prise de décision, mais ont plutôt tendance à être décentralisés et délégués à toutes sortes d'entités de prise de décision différentes et parfois concurrentes, comme le ministère de la santé, les autorités responsables des transports ou l'organisme de taxation. Ainsi, il faut mettre en place tout un système de coordination efficace et permanente, par exemple un conseil national de l'alcool, comprenant des représentants de haut rang des ministères et autres partenaires concernés, pour veiller à ce qu'une approche cohérente soit adoptée vis-à-vis des politiques sur l'alcool et à ce que les objectifs de ces politiques soient fixés et atteints.

La mise en oeuvre de politiques nationales en matière d'alcool peut être renforcée par des plans d'action non seulement à l'échelle nationale, mais aussi à l'échelle régionale et municipale, avec des objectifs, des stratégies et des cibles clairs, s'appuyant sur des lois et sur des instruments administratifs, financiers et gestionnaires. Le Comité a estimé qu'une stratégie efficace en matière de politique sur l'alcool requiert que l'ensemble des secteurs de la société soient responsables des effets sanitaires de leurs politiques et programmes. Il a noté qu'une taxe sur l'alcool à objet désigné constituait une méthode de financement des programmes visant à réduire les méfaits de l'alcool.

Le Comité a estimé que la mise en oeuvre de la politique à l'échelle locale présentait un certain nombre d'avantages. A ce niveau, les citoyens sont plus proches des problèmes d'alcool personnellement vécus. La communauté doit faire face aux traumatismes et décès dus aux accidents de la route. Souvent, elle doit fournir des services hospitaliers et médicaux d'urgence et mettre en place des interventions pour les personnes présentant des troubles

liés à l'alcool. Les problèmes d'alcool sont des expériences vécues par les membres de la communauté et les efforts visant à prévenir ou à réduire les problèmes futurs constituent également des questions qui les concernent personnellement. Toutefois, on s'aperçoit souvent que l'élaboration de politiques locales en matière d'alcool est gênée par les restrictions imposées à l'action locale par les autorités nationales ou régionales. Il est important que les autorités locales aient les moyens et le pouvoir de prendre des mesures afin de réduire le plus possible les méfaits de l'alcool dans leur communauté. Les données présentées au Comité ont fait la preuve des effets des interventions des politiques urbaines sur l'alcool pour réduire la violence et accroître la sécurité des citoyens (p. ex. 59).

6.4 **Conclusions relatives à l'élaboration d'une politique en matière d'alcool**

Le Comité a conclu que, lorsqu'on élabore une politique en matière d'alcool, de nombreux intérêts entrent en compétition, de nombreux secteurs sont impliqués et qu'il est nécessaire d'avoir une politique à différents niveaux. La politique en matière d'alcool est également en partie influencée par des symboles et des jugements de valeur forts, qui varient souvent d'une société à l'autre. Le Comité a estimé que, si la politique en matière d'alcool est une responsabilité qui incombe aux pouvoirs publics, cela ne signifie pas pour autant que ces derniers doivent financer et fournir toutes les interventions. Cependant, le Comité a conclu que le gouvernement d'un pays, par le biais de son ministère de la santé, doit en porter la responsabilité principale pour veiller à fournir à la collectivité une conduite efficace de la politique en matière d'alcool, principalement au travers d'un plan d'action ayant des objectifs, des stratégies et des cibles clairs. Par ailleurs, le Comité a conclu que les gouvernements devraient être conscients du moment auquel la politique en matière d'alcool est mise en oeuvre dans les meilleures conditions à l'échelon local et municipal, des circonstances dans lesquelles il convient de respecter la courtoisie internationale s'agissant de la politique en matière d'alcool et du moment auquel une action collective à l'échelle régionale et mondiale est plus appropriée.

Le Comité a conclu que l'élaboration d'une politique rationnelle en matière d'alcool exige un examen de la nature des données, de la façon dont on peut les utiliser et des voies par lesquelles la prise de décision politique s'opère réellement – à savoir la nature multidimensionnelle des réponses et leurs interactions dynamiques. Les politiques doivent également tenir compte des conditions économiques et sociales, des prérogatives et de la compétence des différents échelons des pouvoirs publics et des modes d'alcoolisation, ainsi que de la nature et de la portée des méfaits de l'alcool dans une société donnée.

7. Les incidences sur l'action internationale

Les politiques en matière d'alcool ont depuis toujours été une question traitée aux niveaux national et régional. Il est encore vrai que la plupart des boissons alcoolisées sont consommées dans le pays de production. Les contrôles du marché de l'alcool par les pouvoirs publics sont nationaux ou, plus souvent dans les pays fédéraux, essentiellement régionaux. Les systèmes sanitaires et sociaux permettant de répondre aux problèmes liés à l'alcool sont des systèmes nationaux ou régionaux et ils fonctionnent souvent localement à bien des égards. Au cours des dernières décennies, les exportations et importations de boissons alcoolisées ont beaucoup progressé, de même que les activités des firmes publicitaires multinationales chargées de les promouvoir. Il y a également eu une augmentation non négligeable des dispositions internationales régissant la production et la distribution des boissons alcoolisées.

7.1 Aspects internationaux de la lutte contre l'alcool

La croissance des marchés communs supranationaux et les accords commerciaux internationaux entraînent dans certaines juridictions une érosion de la position des politiques nationales en matière d'alcool librement décidées, de sorte que les considérations de santé publique sont subordonnées à la logique de la liberté du marché et du commerce. A maintes reprises, des pays d'une partie du monde ou d'une autre ont été forcés, sous la pression de ces accords, d'affaiblir ou d'abandonner des aspects importants de leurs politiques en matière d'alcool lorsque, dans le contexte de ces marchés et de ces accords, l'alcool était considéré comme un produit comme un autre (60). Les politiques traitant de l'alcool doivent s'inscrire dans les obligations juridiques contractées entre Etats, dans le cadre d'un ensemble de traités internationaux mondiaux et régionaux qui ont proliféré depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Ces engagements réduisent la possibilité qu'ont les Etats de promulguer des politiques protectionnistes, mais ce que cela signifie pour les politiques de santé publique a généralement été interprété de deux manières. Certains commentateurs – en particulier ceux issus des domaines de la santé et des sciences sociales – ont exprimé leurs préoccupations concernant la façon dont les règles commerciales (en particulier à l'échelle mondiale) risquent de limiter les politiques sanitaires ou sociales dans le cadre d'un système commercial pour qui les objectifs commerciaux passent avant la santé (p. ex. 61). D'autres – principalement issus des sphères commerciales, publiques ou économiques – ont répondu avec assurance que les gouvernements peuvent parfaitement poursuivre des buts sanitaires du moment qu'ils suivent les règles ce faisant (p. ex. 62).

Il a été rappelé au Comité que l'Assemblée mondiale de la Santé a reconnu en mai 2006 que le commerce et les accords commerciaux internationaux

posent des problèmes graves d'une façon plus générale à la santé publique, et a instamment prié les Etats Membres de « relever les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé » (WHA59.26). L'Organisation mondiale du Commerce (OMC) opère selon ses propres mesures d'application supranationales et conteste le cadre de référence de la résolution. Les règles de l'OMC sont juridiquement contraignantes ; c'est-à-dire qu'il est demandé aux Etats Membres de mettre leurs mesures en conformité avec les règles de l'OMC, faute de quoi ils seront soumis à des sanctions commerciales jusqu'à ce qu'ils le fassent. Au début, les traités commerciaux portaient sur l'alcool en tant que bien de consommation comme un autre. Plus récemment, ces traités (en particulier sous la forme de l'Accord général sur le commerce et les services) ont subi un processus d'élargissement afin de couvrir également les services et l'investissement liés à l'alcool. Dans les deux cas, l'alcool est largement couvert et l'application de règles de services et d'investissement peut avoir des conséquences importantes pour la santé publique. Ainsi, les services liés à l'alcool recouvrent : le brassage et la distillation ; le transport ; la distribution et la publicité de l'alcool ; le fait de servir de l'alcool dans les restaurants ; la vente d'alcool pour la consommation en dehors des locaux ; et le traitement des problèmes liés à l'alcool. Les traités commerciaux modernes comme l'Accord général sur le commerce et les services donnent une définition très large de l'« investissement », qui comprend la plupart des formes de participation directe et indirecte, la propriété intellectuelle et les contrats, licences, autorisations, permis et autres droits de propriété – qui tous peuvent avoir un effet sur les politiques en matière d'alcool basées sur la santé.

Les articles des accords de l'OMC stipulent que rien dans un tel accord « ne doit être interprété de façon à empêcher l'adoption ou l'application par l'une quelconque des Parties contractantes de mesures nécessaires pour protéger la santé humaine », du moment que ces mesures ne constituent pas une « restriction déguisée imposée au commerce » ni une « discrimination injustifiable » (63). C'est donc au pays qui défend une politique de santé de montrer qu'il n'y a pas d'autre solution « moins restrictive pour le commerce » qui aurait le même effet et que cette politique est appliquée de bonne foi. Lorsqu'une mesure contestée est jugée très importante pour un objectif tel que la santé, elle sera maintenue par l'OMC même si elle perturbe considérablement le commerce. Toutefois, le poids de ce « test de nécessité » peut être important et difficile à porter – ce qui pourrait signifier dans la pratique que la défense n'est pas suffisamment forte pour protéger les politiques de santé. De fait, la défense d'une loi nationale dans le cadre des exceptions générales n'a été couronnée de succès qu'à deux reprises au cours des 50 ans d'existence des décisions du GATT et de l'OMC (64).

Le Comité a reconnu l'avantage potentiel des mécanismes qui existent déjà dans lesquels l'alcool et le tabac sont exclus des accords commerciaux,

comme dans l'Accord commercial des pays insulaires du Pacifique et les traités économiques des Etats indépendants du Commonwealth. Le Comité a également noté que, pour plusieurs engagements ratifiés par des traités au sein de l'Union européenne, des restrictions au libre-échange peuvent être défendues pour les motifs sanitaires, selon les mêmes modalités qu'à l'OMC. Cependant, pour l'OMC, ces restrictions doivent être déterminées de façon à constituer des réponses proportionnées, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent aller au-delà de ce qui est nécessaire pour remplir leur but. C'est particulièrement important pour les réglementations en matière de publicité, dont on a vu qu'elles réduisaient la capacité des firmes étrangères, par comparaison avec celles qui sont bien implantées, à pénétrer avec succès un marché et qui ont donc un effet protectionniste. Cependant, le Comité a noté que, dans trois cas, les Cours européennes ont sans ambiguïté soutenu les interdictions imposées à la publicité et notamment confirmé le bien-fondé de l'interdiction française de la publicité pour l'alcool dans des « émissions radiophoniques binationales ».

L'alcool est la seule grande substance psychoactive addictogène provoquant d'importants dommages sur la santé qui soit largement utilisée partout dans le monde et qui, jusqu'à présent, ne soit pas couverte par l'un ou l'autre traité international. De l'avis du Comité, il est nécessaire que la communauté de santé publique étudie les diverses possibilités qui existent de renforcer les dispositions relatives aux politiques en matière d'alcool à l'échelle internationale. Le Comité a noté, pour un éventuel cadre réglementaire mondial, les solutions qui suivent, basées sur des exemples existants : un Code international sur la commercialisation de l'alcool, axé sur la santé publique, calqué sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; l'inscription de l'alcool dans un des tableaux de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, compte tenu de la nature de l'alcool qui est une substance psychoactive addictogène dont l'abus représente un problème de santé publique ou social ; ou l'adoption d'un nouveau traité international sur le modèle de la Convention-cadre sur la lutte antitabac (65). Concernant cette dernière, le Comité a reconnu que, s'il y a de nombreuses similitudes entre le tabac et l'alcool considérés comme des produits internationaux ayant une importance en santé publique, un tel traité devrait être adapté aux caractéristiques spécifiques de l'alcool et à la nature des problèmes liés à l'alcool. Ayant étudié la question plus avant, le Comité a reconnu que, pour aller de l'avant, d'autres options pourraient voir le jour. Quelle qu'en soit la forme, un mécanisme qui institutionnaliserait l'intérêt que porte la santé publique à ce produit spécial qu'est l'alcool est nécessaire et fournira un cadre pour une action internationale conjointe visant à réduire la fréquence des problèmes liés à l'alcool partout dans le monde.

7.2 Rôle de l'OMS

Le Comité a reconnu que l'OMS avait été l'organisme international le plus actif en matière d'alcool et que son Assemblée mondiale de la Santé avait fait adopter plus de dix résolutions en rapport avec l'alcool. En 1979, l'Assemblée de la Santé, dans sa résolution WHA32.40, a reconnu que « les problèmes liés à la consommation, et en particulier à la consommation excessive, d'alcool figurent au nombre des principaux problèmes de santé publique mondiaux ».

Une opinion analogue a été reprise plus de 25 ans plus tard, en 2005, lorsque l'Assemblée de la Santé a reconnu dans la résolution WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool que « l'usage nocif de l'alcool compte parmi les principales causes sous-jacentes de maladie, de traumatisme, de violence – en particulier de violence familiale contre les femmes et les enfants –, d'incapacité, de problèmes sociaux et de décès prématurés, est associé à des problèmes de santé mentale, a de graves conséquences sur le bien-être des individus, des familles, des communautés et de la société en général, et contribue aux inégalités sociales et sanitaires ».

Pendant les 25 ans écoulés depuis le premier rapport du Comité OMS d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool, l'OMS a entrepris de nombreuses grandes activités sur les problèmes de santé publique liés à l'alcool. Ces activités constituent le cadre dans lequel s'inscrit le rôle permanent de l'OMS pour aider les Etats Membres à réduire les méfaits de l'alcool.

Une politique avisée en matière d'alcool doit être basée sur des informations précises relatives à la consommation d'alcool et aux méfaits de l'alcool. Pour cela, il faut une définition claire des termes en rapport avec l'alcool, notamment s'agissant des politiques en matière d'alcool, des méthodes normalisées de mesure de la consommation d'alcool, et des données fiables concernant le degré et les modes de consommation alcoolique – y compris la consommation « parallèle » non répertoriée – pour les différentes classes d'âge et en fonction du sexe, en particulier dans les pays à faible revenu. Cela demande également que l'on quantifie les risques sanitaires et économiques associés à l'usage dangereux et nocif de l'alcool. Cette information pourra servir à surveiller les tendances observées dans les problèmes liés à la consommation d'alcool et l'effet des politiques et programmes visant à réduire les méfaits de l'alcool. La surveillance exige un système mondial d'information sur l'alcool qui devrait s'inspirer de la base de données mondiale de l'OMS sur l'alcool existante. Le Comité a souligné l'importance qu'il y a à poursuivre les travaux sur l'évaluation comparative du risque que présente l'alcool dans le cadre des estimations de la charge de morbidité mondiale, qui fournit des données actualisées sur les méfaits de l'alcool.

L'OMS doit continuer à jouer un rôle prépondérant dans la coordination de la riposte mondiale contre les problèmes engendrés par l'alcool ; l'idéal serait que cela passe par l'élaboration d'un plan d'action mondial visant à réduire les effets nocifs de la consommation d'alcool, en aidant les pays à mettre en oeuvre, à évaluer et à surveiller leurs propres politiques en matière d'alcool. Ces efforts seraient soutenus par une base de données rassemblant les politiques, lois, réglementations et informations existantes concernant l'efficacité des stratégies et programmes, qui servirait à communiquer régulièrement les nouvelles découvertes sur les mesures de lutte contre l'alcool reposant sur des bases factuelles et leur mise en oeuvre dans différentes situations sociétales et à différents niveaux de gouvernance. Les travaux d'estimation du coût/efficacité des options relatives aux politiques à mener dans les différentes conditions régionales, comme ceux effectués dans le cadre du projet CHOICE de l'OMS (33), devraient également être développés.

Des dizaines de millions d'agents de santé payés à plein temps dans le monde, qui sont les principaux dispensateurs des soins de santé, peuvent jouer un rôle prépondérant pour réduire les méfaits de l'alcool. Pour que ce soit possible, l'OMS a un rôle particulier à jouer en soutenant la mise en oeuvre et l'adoption d'interventions brèves à appliquer en cas de consommation dangereuse et nocive d'alcool, ainsi que la mise en oeuvre et l'élaboration de systèmes de traitement pour les gens souffrant d'une dépendance à l'alcool et d'autres troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool.

Les bureaux régionaux de l'OMS ont un rôle important à jouer en s'acquittant de leur responsabilité qui est de fournir une orientation de santé publique en ce qui concerne les problèmes liés à l'alcool. Beaucoup a déjà été fait pour mettre en place des coalitions visant à définir une politique en matière d'alcool à l'échelon régional. Le Comité a reconnu l'importance des différences régionales et la valeur des initiatives et des cadres stratégiques régionaux spécifiques, comme l'European Alcohol Action Plan, qui est le cadre de référence de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS, la stratégie régionale visant à réduire les méfaits de l'alcool dans la Région du Pacifique occidental et le cadre minimum dans lequel s'inscrit la politique de lutte contre l'alcool de la Région de l'Asie du Sud-Est.

7.3 Collaboration entre organisations internationales

L'élaboration et la mise en oeuvre de politiques en matière d'alcool vont bien au-delà du secteur de la santé au sens strict et font intervenir dans les provinces des domaines comme l'agriculture, le développement et la politique fiscale, l'éducation, l'emploi et le commerce. Les problèmes

s'inscrivent ainsi dans le domaine de compétence d'un certain nombre d'autres institutions et organisations intergouvernementales, notamment de certaines institutions spécialisées des Nations Unies. Il est important que ces autres institutions intergouvernementales prennent leurs responsabilités dans le domaine de la politique en matière d'alcool, et c'est pourquoi un groupe de travail permanent interinstitutions sur les politiques en matière d'alcool constituerait un mécanisme utile dans lequel seraient représentées la Banque mondiale, l'Organisation mondiale du Commerce, la FAO, l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) et l'Organisation internationale du Travail (OIT), entre autres. Un plan d'action mondial visant à réduire les méfaits de l'alcool en serait l'élément central et permettrait de soutenir les actions à l'échelle nationale et locale.

Les politiques commerciales internationales pour lesquelles l'alcool est une marchandise comme une autre peuvent avoir des conséquences importantes sur la politique de santé publique relative à l'alcool. Le Comité a apprécié l'exemple positif de la Banque mondiale qui, en 2000, a admis que l'investissement dans les boissons alcoolisées était un domaine sensible et qui a demandé à tous ses employés d'être hautement sélectifs en ne soutenant des projets dans le domaine de l'alcool que s'ils avaient des effets importants sur le développement qui soient compatibles avec les questions de santé publique et les préoccupations sociales (66). Le Comité a reconnu que la Banque mondiale avait joué un rôle important en mettant en avant les politiques sur le tabac orientées vers la santé publique et considère qu'il est intéressant de travailler avec la Banque pour envisager de faire de même pour les politiques en matière d'alcool.

L'intérêt que porte la santé publique à la lutte contre l'alcool n'est pas suffisamment représenté dans les négociations et les contestations commerciales, et le Comité en a donc conclu que l'OMS et les autres parties prenantes de la santé doivent rechercher des occasions de travailler avec les représentants du commerce national et international pour y remédier et demander instamment aux gouvernements nationaux de veiller à ce que la politique de santé pour les générations futures soit pleinement prise en compte lorsque l'on conclut des accords commerciaux à l'OMC, par exemple lors des négociations sur l'Accord général sur le commerce et les services.

Le Comité a apprécié le travail réalisé par la FAO pour recueillir et mettre à disposition les informations sur les récoltes et autres, utilisées pour estimer la consommation totale de boissons alcoolisées, et a engagé l'OMS à inciter la FAO à poursuivre et si possible à développer cette mine de données précieuse.

Le Comité a reconnu l'importance qu'il y avait à investir dans les jeunes pour le développement socio-économique et la réduction de la pauvreté et

a pris note de l'importance du travail effectué conjointement par l'OMS et l'UNESCO. Une politique judicieuse en direction des jeunes devrait prendre en compte certains des déterminants de la prise d'alcool nocive chez ces derniers, et une politique efficace en matière d'alcool devrait accroître le potentiel des jeunes. Le Comité a estimé que l'intrusion croissante de la promotion des boissons alcoolisées dans la culture et les arts, en particulier l'investissement massif du placement de produits dans les films, à la télévision, dans la musique et les clips vidéo, constituait une question internationale ayant des répercussions en santé publique s'inscrivant dans la sphère d'action de l'UNESCO.

L'un des accords mondiaux les plus anciens sur l'alcool est la Convention de 1949 sur la protection des salaires de l'OIT, qui interdit le paiement du salaire « sous forme de spiritueux » ou dans les débits de boissons (sauf lorsqu'il s'agit d'employés de ces établissements) (67). Depuis lors, l'OIT s'est efforcée de réduire les méfaits liés à des substances sur le lieu de travail partout dans le monde, notamment par la publication d'un code de pratique sur la prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail (68). La collaboration entre l'OMS et l'OIT dans ce domaine est précieuse du fait que le lieu de travail offre plusieurs possibilités de mettre en oeuvre des stratégies de prévention chez l'adulte.

7.4 Conclusions relatives aux incidences sur l'action internationale

Le Comité a conclu que l'OMS devrait jouer un rôle de premier plan dans la coordination d'une riposte mondiale à la nature universelle des problèmes liés à l'alcool, notamment en surmontant les obstacles internationaux qui freinent l'élaboration de politiques efficaces en matière d'alcool. Pour cela, il faudrait élaborer un plan d'action mondial visant à réduire les effets nocifs de la consommation alcoolique, établir des mécanismes de collaboration internationale et aider les pays à mettre en oeuvre et à surveiller les politiques en matière d'alcool, suivant leurs besoins, leur culture et leur composition socio-économique. L'OMS doit mener et stimuler un dialogue international sur le commerce, la contrebande, les accords commerciaux et autres aspects internationaux du marché de l'alcool qui ont des effets sur la capacité qu'ont les nations de combattre les problèmes liés à l'alcool à l'intérieur de leurs frontières.

Etant donné que la santé est un élément capital du développement social et économique et que l'augmentation de la consommation alcoolique qui fait en général suite à un tel développement peut à son tour faire peser une menace sur la santé des individus et de la société, le Comité a conclu que l'OMS devrait promouvoir à l'échelle internationale l'inscription des politiques en matière d'alcool dans les programmes sociaux et de développement. Cela

suppose une collaboration internationale avec des organisations telles que le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la Banque mondiale, l'OIT et l'OMC, entre autres.

8. **Recommandations**

Les recommandations du Comité reposent sur l'ensemble des données disponibles concernant les politiques en matière d'alcool pertinentes à l'échelle mondiale, mais pas nécessairement adaptées aux situations sociétales particulières que l'on rencontre. Le Comité reconnaît qu'il faut tenir compte des contextes culturels et juridiques particuliers, ainsi que de la configuration locale des problèmes d'alcoolisme lors de la formulation et de la mise en oeuvre d'une politique en matière d'alcool reposant sur des bases factuelles.

1. Le Comité recommande que l'OMS :

- continue de jouer un rôle prépondérant dans la coordination de la riposte mondiale à la nature universelle des problèmes liés à l'alcool ;
- entreprenne l'élaboration d'un plan d'action mondial visant à réduire les effets nocifs de la consommation d'alcool ;
- assiste les pays dans la mise en oeuvre, l'évaluation et la surveillance des politiques en matière d'alcool, en fonction de leurs besoins, de leur culture et de leur composition socio-économique ;
- assure la liaison avec les institutions intergouvernementales telles que le PNUD, la Banque mondiale, l'OIT et l'OMC et avec les organisations intergouvernementales à l'échelon régional, pour chercher à inclure les politiques en matière d'alcool dans la liste des priorités sociales et du développement pertinentes.

2. Dans le contexte d'une « approche santé publique » des problèmes liés à l'alcool, le Comité recommande que l'OMS soutienne les organismes publics à l'échelle nationale et locale, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, de façon à :

- accorder un rang de priorité élevé à la prévention de l'usage nocif de l'alcool, avec un investissement accru dans la mise en oeuvre de politiques connues pour être efficaces ;
- continuer d'analyser la nature et l'étendue des problèmes provoqués par l'usage nocif de l'alcool dans leurs populations, les ressources et infrastructures déjà disponibles pour en réduire l'incidence, la prévalence et les effets, ainsi que les éventuels obstacles à l'établissement de nouveaux programmes et stratégies ;
- formuler, élaborer et mettre en oeuvre des plans d'action suffisamment budgétés, avec des objectifs, des stratégies et des cibles clairs ;
- établir ou renforcer des mécanismes et points focaux servant à coordonner le travail des partenaires de la santé publique ;

- mettre en oeuvre et évaluer les politiques et programmes reposant sur des bases factuelles, à l'aide des structures existantes lorsque c'est possible.
3. En se basant sur l'important ensemble de données confirmant l'efficacité et le coût/efficacité des politiques et programmes visant à réduire les conséquences néfastes de l'usage nocif de l'alcool, le Comité recommande que l'OMS soutienne et assiste les gouvernements à leur demande, afin de :
- réglementer la disponibilité de l'alcool, y compris l'âge minimum auquel on peut en acheter, les horaires de vente et la densité des débits de boisson ;
 - mettre en oeuvre des politiques appropriées de lutte contre la conduite en état d'ébriété basées sur des limites légales d'alcoolémie faibles dont il faut assurer le respect strict ;
 - réduire la demande d'alcool par les mécanismes de taxation et d'établissement des prix ;
 - sensibiliser et apporter son soutien à des politiques efficaces. (A cet égard, il est souligné que bon nombre des mesures éducatives et de persuasion communément employées, par exemple les programmes d'éducation scolaire, les campagnes par les médias et les étiquettes de mises en garde, montrent peu de signe d'efficacité pour réduire les méfaits de l'alcool et ne doivent donc pas être mises en oeuvre isolément en tant que politiques sur l'alcool.)
4. Considérant les effets préjudiciables pour les jeunes des stratégies de marketing appliquées à l'alcool, le Comité recommande que l'OMS soutienne et assiste les gouvernements afin de :
- réglementer efficacement la commercialisation des boissons alcoolisées, notamment en édictant des règles appropriées pour la publicité ou le parrainage d'événements culturels et sportifs, en particulier de ceux qui ont un impact sur les plus jeunes, ou en les interdisant ;
 - désigner des agences statutairement responsables de la surveillance et de l'application des réglementations applicables à la commercialisation ;
 - travailler ensemble à l'établissement d'un mécanisme pour réglementer la commercialisation des boissons alcoolisées, y compris la réglementation stricte ou l'interdiction de la publicité et du parrainage, à l'échelle mondiale.
5. Le Comité recommande que l'OMS soutienne et assiste les gouvernements afin :
- de veiller à ce que toutes les personnes présentant des problèmes d'alcoolisme et qui ont besoin d'un traitement aient accès à des

- services de traitement et à des services communautaires confidentiels qui ne les déconsidèrent pas et reposant sur des bases factuelles ;
- d'accroître les investissements dans la mise en oeuvre généralisée de programmes d'identification précoce et d'intervention brève en cas d'utilisation dangereuse et nocive de l'alcool dans un grand nombre de situations, y compris les soins de santé primaires, les services sociaux, les services d'urgence, les lieux de travail et les institutions pédagogiques ;
 - d'étendre les moyens d'action en éduquant et en formant les professionnels des soins de santé, des services sociaux et des établissements de justice pénale à la mise en oeuvre des programmes d'identification et d'intervention ;
 - dans le cadre des politiques de traitement, d'accorder une plus grande attention à l'organisation, à l'intégration et à la dispensation de services à l'échelle locale, municipale et nationale.
6. Compte tenu de la nécessité d'offrir un système durable de contrôle et de surveillance des progrès réalisés pour réduire les conséquences nocives de la consommation d'alcool, le Comité recommande que l'OMS :
- mette en place un système mondial d'information sur l'alcool, à partir de l'actuelle base de données mondiale de l'OMS sur l'alcool, avec des structures équivalentes dans les pays, afin de rassembler et d'analyser des données sur le contrôle et la surveillance de l'alcool qui soient comparables et basées sur des définitions établies d'un commun accord ;
 - soutienne l'intégration des données pertinentes provenant d'organisations internationales telles que la FAO et la Banque mondiale dans ce système, pour pouvoir poursuivre les efforts de surveillance actuels et fournir des informations aux pays qui n'ont pas encore mis en place un tel système de contrôle et de surveillance ;
 - intègre les politiques, lois et réglementations, ainsi que les données sur l'efficacité des programmes et politiques dans ce système d'information, de façon à pouvoir identifier les meilleures pratiques et à aider les Etats Membres à définir des programmes efficaces ;
 - poursuive pleinement son évaluation comparative des risques de problèmes imputables à l'alcool dans le cadre des estimations sur la charge de morbidité mondiale.
7. Pour pouvoir mettre à profit la somme des connaissances qui s'accumulent et pour soutenir et mettre en oeuvre des mesures reposant sur des bases factuelles et visant à réduire la fréquence des problèmes liés à l'alcool, le Comité recommande que l'OMS :
- étudie comment les moyens de son Secrétariat pourraient être renforcés afin de fournir un soutien permanent aux Etats Membres

- dans le domaine de l'élaboration, de la mise en oeuvre et de la surveillance des politiques en matière d'alcool ;
- s'efforce par tous les moyens de communiquer régulièrement aux Etats Membres les nouvelles avancées concernant les mesures stratégiques en matière d'alcool reposant sur des bases factuelles et leur mise en oeuvre ;
 - documente, rassemble et diffuse les expériences pratiques de la mise en oeuvre des politiques en matière d'alcool reposant sur des bases factuelles dans différentes situations sociétales et à différents niveaux de gouvernance.
8. Reconnaissant le rôle que les organisations non gouvernementales peuvent jouer pour appuyer les politiques en matière d'alcool, le Comité recommande que l'OMS renforce ses processus de consultation et de collaboration avec les organisations non gouvernementales exemptes de tout conflit d'intérêts possible avec les besoins de la santé publique.
9. Le Comité recommande que l'OMS poursuive sa tactique qui consiste à ne pas collaborer avec les divers secteurs de l'industrie de l'alcool. Toute interaction doit être limitée à une discussion sur la contribution que cette industrie pourrait apporter à la réduction des méfaits de l'alcool, et ce uniquement en tant qu'entreprise de production, de distribution et de commercialisation de l'alcool et non pas sur le plan de l'élaboration d'une politique en matière d'alcool ou de la promotion de la santé.
10. Reconnaissant que l'alcool est une marchandise spéciale du fait de ses propriétés toxiques et addictogènes, qui ont des répercussions sérieuses sur la santé publique, et que des mécanismes devraient être élaborés afin de protéger les intérêts de la santé publique dans le cadre du commerce de l'alcool, et des décisions industrielles et agricoles, le Comité recommande que l'OMS :
- stimule le dialogue concernant les aspects internationaux du marché de l'alcool qui ont des effets sur la capacité des pays à combattre les problèmes liés à l'alcool à l'intérieur de leurs frontières, en analysant la faisabilité de mécanismes internationaux, y compris d'accords juridiquement contraignants entre pays, visant à soutenir l'application des politiques et programmes en matière d'alcool ;
 - recherche des occasions de manifester sa présence active et permanente dans les négociations commerciales et les jugements sur les différends afin de représenter les intérêts de la santé publique dans les questions ayant trait au commerce de l'alcool ;
 - élabore des éléments d'orientation qui puissent être utilisés par les responsables de l'élaboration des politiques et les conseillers à tous les échelons des pouvoirs publics afin de surveiller et de réduire les risques, pour les politiques en matière d'alcool, qui pourraient découler du processus de libéralisation du commerce.

Bibliographie

1. *Problèmes liés à la consommation d'alcool. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1980 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 650).
2. *Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance. Vingt-huitième rapport.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 836).
3. *Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance. Trentième rapport.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 873).
4. Üstün TB et al., eds. *Disability and culture: universalism and diversity.* Seattle, Hogrefe and Huber, 2001.
5. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance : résumé, 2004).
6. Crabb DW et al. Overview of the role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase and their variants in the genesis of alcohol-related pathology. *Proceedings of Nutrition Society*, 2004, 63:49–63.
7. Bennett LA et al. Boundaries between normal and pathological drinking: a cross-cultural comparison. *Alcohol Health and Research World*, 1995, 17:190–195.
8. MacAndrew C, Edgerton R. *Drunken comportment: a social explanation.* Chicago, IL, Aldine, 1969.
9. Convention sur les stupéfiants, 1971. New York, Nations Unies, 1977.
10. Wise RA. Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience*, 2004, 5:483–494.
11. Faden VB, Goldman M. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Research and Health*, 2005, 28:125–132.
12. Jamal MM, Saadi Z, Morgan TR. Alcohol and hepatitis C. *Digestive Diseases*, 2005, 23:285–296.
13. *Alcohol drinking.* Centre international de Recherche sur le Cancer, 1998, (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 44; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol44/volume44.pdf>, consulté le 30 mai 2007).
14. Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004, 38:613–619.
15. Fillmore KM et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 2006:1–31.
16. Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach.* Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
17. Prestwich P. *Drink and the politics of social reform: antialcoholism in France since 1870.* Palo Alto, CA, Society for the Promotion of Science and Scholarship, 1988.
18. Endicott RC. Advertising age's 19th annual global marketing. *Advertising Age*, 2005, 100:1201.

19. Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004:959–1109.
20. *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – Changer le cours de l'histoire.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
21. Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries.* Stockholm, National Public Health Institute, 2002.
22. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin*, 2002, 47:48–58.
23. Hibell B et al. The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004.
24. Wright A. *Grog war.* Broome, Magabala Books Aboriginal Corporation, 1997.
25. Berman M, Hull T. Alcohol control by referendum in northern native communities: the Alaska Local Option Law. *Arctic*, 2001, 54:77–83 (<http://pubs.aina.ucalgary.ca/arctic/Arctic54-1-77.pdf>, accessed 18 October 2006).
26. Johansson P et al. *The social costs of alcohol in Sweden 2002.* Stockholm, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, 2006 (<http://www.sorad.su.se/doc/uploads/publications/ENG%20COA%2025%20oktober.pdf>, accessed 18 October 2006).
27. Sackett L. Liquor and the law: Western Australia. In: Berndt RM, ed. *Aborigines and change: Australia in the '70s.* Canberra, Institute of Aboriginal Studies, 1977:90–99.
28. Mäkelä K. Differential effects of restricting the supply of alcohol: studies of a strike in Finnish liquor stores. *Journal of Drug Issues*, 1980, 10:131–144.
29. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective: report to the European Commission.* London, Institute of Alcohol Studies, 2006 (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm, accessed 18 October 2006).
30. Single E et al. *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, 2nd ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
31. *Alcohol misuse: how much does it cost?* London, Strategy Unit, Cabinet Office, 2003 (<http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/downloads/files/econ.pdf>, accessed 18 October 2006).
32. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 2001, 6:218–228.
33. Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65:782–793.
34. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy.* Oxford, Oxford University Press, 2003.
35. Gruenewald PJ et al. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:96–105.

36. Chaloupka FJ. The effects of price on alcohol use, abuse, and their consequences. In: Bonnie RJ, O'Connell ME, eds. *Reducing underage drinking: a collective responsibility*. Washington, DC, National Academy Press, 2004:541–564.
37. Heeb JL et al. Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction*, 2003, 98:1433–1446.
38. Cnossen S. *Alcohol taxation and regulation in the European Union*. Munich, CESifo Group, 2006 (http://www.cesifo.de/pls/guestci/download/CESifo%20Working%20Papers%202006/CESifo%20Working%20Papers%20October%2006/cesifo1_wp1821.pdf, accessed 18 October 2006).
39. Hastings G et al. Alcohol marketing and young peoples' drinking: a review of the research. *Journal of Public Health Policy*, 2005, 26:296–311.
40. Stacy A et al. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 2004, 28:498–509.
41. Snyder L et al. Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2006, 160:18–24.
42. Lovato C et al. *Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, (4):CD003439.
43. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report prepared for the Food Standards Agency*. Centre for Social Marketing, University of Strathclyde, 2003.
44. Hemphill TA. Harmonizing alcohol ads: another case for industry self-regulation. *Regulation*, Spring 1998:55–62.
45. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
46. Delaney A, Diamantopoulou K, Cameron M. *Strategic principles of drink-driving enforcement*. Clayton, Victoria, Monash University Accident Research Centre, 2006 (<http://www.monash.edu.au/muarc/reports/muarc249.pdf>, accessed 18 October 2006).
47. Foxcroft DR et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 2003, 98:397–411.
48. Holder HD. *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
49. Miller W, Weisner C, eds. *Changing substance abuse through health and social systems*. New York, NY, Kluwer Academic and Plenum Press, 2002.
50. *Reducing harm from use of alcohol: community responses*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2006 (Alcohol Control Series, No. 5).
51. Whitlock EP et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:557–568.
52. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 2000, 95:677–686.
53. Heather N, ed. *WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: report on Phase IV*. Genève, Organisation mondiale de la

- Santé, 2006 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf, accessed 18 October 2006).
54. Roche A, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:11–18.
 55. Timko C et al. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:437–447.
 56. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 1996, 91:1773-1796.
 57. Humphreys K. *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
 58. Grant M, O'Connor J, eds. *Corporate social responsibility and alcohol: the need and potential for partnership*. New York, NY, Routledge, 2005.
 59. Wallin E, Norström T, Andréasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:270–277.
 60. Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. Impacts of international trade, services, and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 2000, 95(Suppl. 4):S491–S504.
 61. Bloom J. *Public health, international trade, and the Framework Convention on Tobacco Control*. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2001 (<http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>, accessed 18 October 2006).
 62. Priestley M. Is the GATS a threat to public services? Canberra, Parliamentary Library, Parliament of Australia, 2002 (<http://www.aph.gov.au/Library/pubs/rn/2001-02/02rn31.htm>, accessed 18 October 2006).
 63. *Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, 1947*. Genève, Organisation mondiale du Commerce, 1986 (http://www.wto.org/french/docs/legal_f/gatt47_01_f.htm, consulté le 30 mai 2007).
 64. Grieshaber-Otto J, Schacter N, Sinclair S. *Dangerous cocktail: international trade treaties, alcohol policy, and public health*. Agassiz, Cedar Isle Research, 2006.
 65. Room R. International control of alcohol: alternative paths forward. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25:581–595.
 66. World Bank Group. *World Bank Group note on alcoholic beverages: final note*. Washington, DC, World Bank Group, 2000 (R99-90/3, IFC/R99-77/3, MIGA/R99-28/3).
 67. *Convention sur la protection du salaire*. Genève, Organisation internationale du Travail, 1949 (<http://www.ilo.int/ilolex/french/recdisp1.htm>, consulté le 30 mai 2007).
 68. *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanies sur le lieu de travail : un recueil de directives pratiques de l'OIT*. Genève, Organisation internationale du Travail, 1996 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/french/index.htm>, consulté le 30 mai 2007).

Annexe

Résumé des données OMS sur la charge de morbidité imputable à l'alcool en 2002

Tableau A1.1

Décès imputables à la consommation d'alcool dans le monde en 2002

Catégorie de maladies	Nombre de décès (milliers)			Pourcentage de décès imputables aux catégories de maladies indiquées		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Décès						
Affections maternelles et périnatales (faible poids de naissance)	1	1	3	0,1	0,3	0,1
Cancer	361	105	466	18,7	25,0	19,8
Diabète sucré	0	1	1	0,0	0,2	0,0
Troubles neuropsychiatriques	106	25	130	5,5	5,9	5,5
Maladies cardio-vasculaires	452	77	528	23,3	18,2	22,4
Cirrhose du foie	293	77	370	15,2	18,2	15,7
Traumatismes non intentionnels	501	96	597	25,9	22,7	25,3
Traumatismes intentionnels	220	40	260	11,4	9,6	11,1
Total des « effets préjudiciables » imputables à l'alcool	1 934	421	2 355	100,0	100,0	100,0
Décès évités						
Diabète sucré	-8	-5	-12	7,7	3,5	5,3
Maladies cardio-vasculaires	-90	-130	-220	92,3	96,5	94,7
Total des « effets bénéfiques » imputables à l'alcool	-98	-135	-232	100,0	100,0	100,0
Décès nets imputables à l'alcool						
	1 836	287	2 123	100,0	100,0	100,0
Ensemble des décès	29 891	27 138	57 029			
Décès nets imputables à l'alcool en pourcentage de tous les décès	6,1 %	1,1 %	3,7 %			

Tableau A1.2

**Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) imputables
à la consommation d'alcool dans le monde en 2002**

Catégorie de maladies	Nombre de DALY (milliers)			Pourcentage de DALY imputables aux catégories de maladies figurant dans la liste		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
DALY						
Affections maternelles et périnatales (faible poids de naissance)	52	42	94	0,1	0,4	0,1
Cancer	4 593	1 460	6 054	8,2	12,9	9,0
Diabète sucré	0	20	20	0,0	0,2	0,0
Troubles neuropsychiatriques	19 393	3 722	23 115	34,6	32,9	34,3
Maladies cardio-vasculaires	5 711	887	6 598	10,2	7,8	9,8
Cirrhose du foie	5 415	1 468	6 883	9,7	13,0	10,2
Traumatismes non intentionnels	14 499	2 647	17 146	25,9	23,4	25,5
Traumatismes intentionnels	6 366	1 051	7 417	11,4	9,3	11,0
Total des « effets préjudiciables » imputables à l'alcool	56 029	11 297	67 326	100,0	100,0	100,0
DALY évitées						
Diabète sucré	-225	-86	-312	21,3	6,7	13,3
Maladies cardio- vasculaires	-834	-1 205	-2 039	78,7	93,3	86,7
Total des « effets bénéfiques » imputables à l'alcool	-1 059	-1 291	-2 351	100,0	100,0	100,0
DALY nettes						
imputables à l'alcool	54 970	10 006	64 975	100,0	100,0	100,0
Ensemble des DALY	772 912	717 213	1 490 126			
DALY nettes imputables à l'alcool en pourcentage de toutes les DALY	7,1 %	1,4 %	4,4 %			

Tableau A1.3

Pourcentage de l'ensemble des décès imputables à la consommation d'alcool en 2000 et 2002 dans les Régions de l'OMS

Région OMS	Hommes (%)		Femmes (%)		Total (%)	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002
Région africaine	3,3	3,4	0,9	1,0	2,1	2,2
Région des Amériques	8,3	8,7	0,8	1,7	4,8	5,4
Région de l'Asie du Sud-Est	2,6	3,7	0,4	0,4	1,6	2,1
Région européenne	10,2	10,8	0,6	1,7	5,5	6,4
Région de la Méditerranée orientale	0,6	0,8	0,1	0,1	0,4	0,5
Région du Pacifique occidental	8,0	8,5	0,7	1,5	4,5	5,2
Monde	5,6	6,1	0,6	1,1	3,2	3,7

Source : OMS.

La charge de morbidité imputable à la consommation d'alcool est importante et, dans de nombreux pays, les problèmes de santé publique engendrés par l'usage nocif de l'alcool représentent un lourd fardeau sanitaire, social et économique. La réduction de cette charge de morbidité imputable à l'alcool est devenue une priorité de la santé publique internationale. On peut réduire les méfaits de l'alcool en mettant en oeuvre des stratégies en matière d'alcool, dont l'utilité est avérée, notamment au niveau mondial.

Le présent rapport d'un Comité OMS d'experts examine les conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool et la charge de morbidité imputable à l'alcool dans le contexte des méfaits de l'alcool et des tendances récemment enregistrées au niveau de la consommation d'alcool dans le monde. En se fondant sur les analyses et les données disponibles, y compris les données les plus récentes sur la part de la consommation alcoolique dans la charge de morbidité mondiale, le Comité formule plusieurs recommandations soulignant le rôle de l'OMS dans la coordination de la riposte mondiale et la nécessité de prendre des mesures à l'échelle mondiale pour réduire les méfaits de l'alcool par le biais de mécanismes efficaces d'action internationale et de soutien aux pays.

Le Comité recommande une série de stratégies et de mesures reposant sur une base factuelle solide et applicables à l'échelle mondiale pour réduire les méfaits de l'alcool, en soulignant qu'il faut tenir compte des contextes culturels et juridiques particuliers et de la configuration locale des problèmes d'alcool lorsqu'on les adapte et qu'on les met en oeuvre au niveau national et local. Le Comité recommande également que l'OMS apporte son appui aux gouvernements, en particulier à ceux des pays à revenu faible et intermédiaire, afin d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer des politiques, des plans d'action et des programmes nationaux et locaux reposant sur des bases factuelles. Les conclusions et les recommandations du Comité ont des répercussions importantes sur les développements futurs dans ce domaine.

ISBN 9789242209440



9 789242 209440
