



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante et unième session

EUR/RC61/13

+ EUR/RC61/Conf.Doc./6

Bakou (Azerbaïdjan), 12-15 septembre 2011

15 juin 2011

111373

Point 6 d) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020

Ce document présente le plan d'action visant à mettre en œuvre les stratégies en matière d'alcool élaborées aux niveaux européen et mondial. Il est le fruit d'un processus consultatif avec un comité restreint de rédaction et un groupe de rédaction plus élargi ; une première consultation avec les États membres a eu lieu à Genève les 9 et 10 février 2010, et une autre a été organisée à Zurich lors d'une réunion avec les États membres, les 4 et 5 mai 2011.

Le plan d'action est présenté au Comité régional afin qu'il soit passé en revue et éventuellement approuvé. À cette fin, un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional.

Sommaire

	page
Le besoin d'une action renforcée en Europe	1
Les mesures politiques en Europe	3
Leadership, sensibilisation et engagement	7
Action des services de santé.....	9
Action communautaire et sur le lieu de travail.....	11
Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant	14
Offre d'alcool	15
Marketing des boissons alcoolisées.....	17
Politiques de prix.....	19
Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique	21
Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel.....	23
Suivi et surveillance	25
Le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.....	26

Le besoin d'une action renforcée en Europe

1. Les pays qui prennent des mesures plus énergiques en matière de consommation d'alcool glaneront des gains considérables en ce qui concerne la santé et le bien-être de leur population, et observeront des améliorations à divers niveaux : emploi et productivité, économies sur le plan de la santé et de la protection sociale, égalité sanitaire et économique, et cohésion et intégration sociale.

L'impact de l'usage nocif de l'alcool sur la santé et le bien-être

2. L'alcool constitue l'une des trois grandes priorités mondiales dans le domaine de la santé publique. Les bases factuelles disponibles à l'appui de cette affirmation sont à la fois vastes, diversifiées et convaincantes. Quoique seulement la moitié de la population mondiale consomme de l'alcool, celui-ci est la troisième cause de morbidité et de mortalité prématurée dans le monde, après le faible poids à la naissance et les rapports sexuels non protégés (l'alcool en constituant d'ailleurs un facteur de risque), et devant le tabagisme. L'alcool exerce un impact à la fois sur les maladies non transmissibles et transmissibles. Un plan d'action européen redynamisé est d'autant plus important que la Région européenne reste la région du monde accusant les plus hauts niveaux de consommation d'alcool et de méfaits liés à ce dernier. En effet, en Europe, 40 % de la morbidité et de la mortalité prématurée sont dus à trois facteurs de risque évitables, à savoir le tabac, l'alcool ainsi que les accidents de la circulation (d'ailleurs souvent causés à leur tour par l'alcool). Les décès dus aux maladies cardiovasculaires et aux traumatismes liés à l'alcool constituent aussi une cause majeure d'inégalités sanitaires entre les États membres.

3. L'alcool est généralement consommé lors de prises de boisson massives, ce qui aggrave tous les risques. En particulier, cet usage abusif est à l'origine de traumatismes intentionnels et non intentionnels de tout genre, et de la cardiopathie ischémique et de la mort subite. L'alcool nuit certes aux buveurs mais aussi à autrui, par les actes de violence dans les rues ou domestique, ou simplement par l'utilisation des ressources publiques pour la prestation des soins de santé et la lutte contre la criminalité et les désordres urbains ou sociaux. Jusqu'à trois personnes sur dix peuvent compter un gros buveur dans leur famille ou parmi leurs connaissances.

4. Si l'on tient compte des méfaits dus à l'alcool consommé par autrui, on peut doubler les coûts sociaux de l'alcool. Par conséquent, les coûts et les effets externes liés à son usage nocif sont beaucoup plus élevés que ceux associés au tabagisme (tabagisme passif) et de loin supérieurs à ceux des drogues illicites. L'identité de la personne et le lieu où elle habite constituent des facteurs importants. En effet, les groupes socialement défavorisés et les personnes résidant dans des quartiers socialement défavorisés subissent davantage les méfaits de l'alcool que les classes plus aisées. La hausse des dépenses imputables aux politiques de protection sociale peut atténuer l'impact de la récession économique et du chômage sur l'accroissement de la mortalité liée à l'alcool.

5. L'efficacité économique est en fait affaiblie par la baisse de productivité due à l'alcool. Auparavant, on pensait que les personnes consommant de l'alcool en petite quantité ou modérément disposaient de revenus plus élevés que les abstinents. Toutefois, une analyse plus approfondie des données scientifiques disponibles permet de révéler qu'il s'agit en fait d'un mythe, et qu'aucun niveau d'usage d'alcool n'exerce un impact positif sur les rémunérations. Il semble plutôt qu'une consommation faible à modérée est une variable indicative de tout un ensemble de traits de personnalité qui exercent une influence positive sur le capital humain.

6. Le vrai risque absolu de décéder des suites d'un problème de santé lié à l'alcool s'accroît avec la quantité totale consommée pendant l'existence. Dans la majorité des cas, notamment en ce qui concerne les cancers liés à l'alcool, le risque augmente même lorsque les niveaux de

consommation sont peu élevés. Des études ont montré que les buveurs légers et modérés d'âge moyen et plus âgés sont moins susceptibles de décéder suite à des événements ischémiques (cardiopathie ischémique, accident ischémique et diabète de type 2) que les abstinents. Le résultat est le même que les personnes concernées boivent seulement de la bière ou du vin. Cependant, il est de plus en plus évident que cet effet est dû en grande partie à des causes qui sèment la confusion, puisqu'une consommation faible à modérée d'alcool est une variable indicative d'un meilleur état de santé et d'un meilleur capital social. Il semble donc que l'action protectrice réelle soit plus faible, et qu'elle se produise à une dose moins élevée d'alcool qu'on ne le pensait auparavant. Quoi qu'il en soit, il n'existe aucun effet protecteur chez les jeunes : à leur âge, toute dose d'alcool augmente le risque d'événements ischémiques. En outre, chez les personnes âgées, la mortalité par cardiopathie ischémique pourrait diminuer davantage par la pratique de l'activité physique et l'adoption d'une alimentation plus saine que par la consommation d'alcool en faible quantité.

7. L'alcool peut porter atteinte au capital humain et à la santé des individus pendant toute leur existence, du stade embryonnaire à la vieillesse. En termes absolus, ce sont surtout les personnes d'âge moyen (et les hommes en particulier) qui décèdent des suites de l'alcoolisme. Toutefois, si l'on tient compte de l'existence de l'individu dans son ensemble, l'exposition à l'alcool pendant la grossesse peut nuire au développement cérébral du fœtus, et est associée à des déficits intellectuels apparaissant ultérieurement au cours de l'enfance. Le cerveau de l'adolescent étant particulièrement vulnérable à l'alcool, plus le début de la consommation est retardé, moins il est probable que les problèmes et la dépendance à l'alcool apparaissent dans la vie adulte. L'alcool est également une substance intoxicante affectant un large éventail de structures et de processus du système nerveux central. Ceux-ci interagissent avec les traits de la personnalité, ainsi qu'avec le comportement et les attentes socioculturelles qui y sont associés pour constituer des facteurs déterminants à l'origine de traumatismes intentionnels et non intentionnels et de dommages aux personnes autres que le buveur, ainsi que de décès dus à la conduite en état d'ivresse. Sur le lieu de travail, l'abus d'alcool et l'alcoolisme ponctuel immodéré accroissent le risque de problèmes tels que l'absentéisme, la faible productivité et un comportement inapproprié, et peuvent également augmenter le risque de troubles de la consommation d'alcool et de dépendance à l'alcool.

S'appuyer sur une action dynamique

8. En ce qui concerne l'alcool, il importe de savoir qu'il existe en fait des mesures et des politiques efficaces visant à réduire les méfaits et à obtenir des résultats bénéfiques, avec un effet presque immédiat. L'Europe a été à la pointe de l'action visant à réduire les dommages dus à l'alcool. En effet, la Région européenne de l'OMS fut la première Région à approuver un plan d'action contre l'alcoolisme en 1992, et à nouveau en 2000. En 2001, une conférence ministérielle sur l'alcool et les jeunes a été organisée à Stockholm (Suède) avec l'adoption d'une déclaration sur les jeunes et l'alcool. En 2005, lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, le plan d'action a été remplacé par le cadre pour une politique en matière d'alcool, qui maintient et renforce les mesures et les principes fondamentaux du plan d'action.

9. En 2006, la Commission européenne a lancé sa Communication sur une stratégie européenne pour aider les États membres à réduire les méfaits de l'alcool, avec un accent sur la protection des jeunes et des enfants après et avant la naissance ; à diminuer les traumatismes et la mortalité dus aux accidents de la route liés à l'alcool ; à prévenir les méfaits de l'alcool chez les adultes et à réduire l'impact négatif sur le lieu de travail ; à informer et à sensibiliser quant aux effets de l'usage nocif et dangereux de l'alcool et aux habitudes de consommation appropriées ; et à élaborer et à maintenir une base de données factuelles commune au niveau de l'Union européenne (UE).

10. En adoptant la résolution WHA63.13 en 2010, la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé a approuvé la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, a invité instamment les États membres à l'adopter et à la mettre en œuvre selon qu'il conviendra, et a prié

le directeur général d'accorder un rang de priorité suffisamment élevé au sein de l'Organisation, de garantir des ressources humaines et financières suffisantes à tous les niveaux à la prévention et à la réduction de l'usage nocif de l'alcool, ainsi qu'à la mise en œuvre de la stratégie mondiale ; de collaborer avec les États membres et de leur fournir, selon qu'il conviendra, un appui pour mettre en œuvre la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et renforcer les mesures prises sur le plan national face aux problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ; et de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale. Il est donc opportun de s'appuyer sur cet élan et de redynamiser les interventions régionales avec un nouveau plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020.

11. Si le Plan d'action européen est étroitement lié aux interventions menées dans le cadre du plan d'action en vue de la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016, il est aussi précis en ce qui concerne les objectifs et les mesures à prendre. Il est aussi étroitement lié à la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, dans laquelle les maladies non transmissibles et les facteurs de risque sous-jacents constituent une priorité pour l'OMS au cours de la période 2012-2020.

Les mesures politiques en Europe

Les mesures politiques à ce jour

12. Si de très nombreuses activités ont été mises en œuvre afin de réduire l'usage nocif de l'alcool au niveau des États membres, il existe encore une grande marge d'amélioration possible. L'*European status report on alcohol and health* (Rapport de situation sur l'alcool et la santé en Europe)¹, qui peut servir de référence à ce Plan d'action, révèle que quatre pays sur dix n'avaient pas rédigé de politique nationale dans ce domaine en 2009. Si seulement six pays sur dix ont régulièrement élaboré des rapports de suivi, ces derniers étaient basés sur un abondant volume d'indicateurs non normalisés. Sur les 45 États membres qui ont répondu à l'enquête, 27 ont adopté une politique nationale contre l'alcoolisme, les deux tiers d'entre eux l'ayant d'ailleurs fait dès 2005, année de l'adoption de la dernière résolution du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur l'alcool (EUR/RC55/R1).

13. La plupart des pays ont mis en œuvre des activités nationales de sensibilisation, et généralement pris des mesures efficaces contre l'ivresse au volant. Seul un petit nombre de pays devaient vraisemblablement réduire leur niveau maximum légal d'alcoolémie pour les conducteurs. En ce qui concerne les options politiques les plus rentables, le tableau est moins encourageant, dans la mesure où un nombre important de pays n'impose aucune restriction sur la publicité pour l'alcool, et l'application de telles mesures est généralement considérée comme ayant besoin d'être améliorée. Dans l'ensemble, les restrictions sur la disponibilité des produits alcoolisés restent insuffisantes, et dans un tiers des pays, les adolescents de moins de 18 ans peuvent acheter librement de l'alcool. La fiscalité sur l'alcool représente généralement un faible pourcentage du prix au détail et, par rapport à l'indice des prix à la consommation, les prix de l'alcool étaient au même niveau ou ont diminué dans plus de la moitié des pays au cours des cinq années précédentes.

14. Avec le recul, on peut affirmer que les politiques en matière d'alcool ne reflètent pas encore la gravité des méfaits sanitaires, sociaux et économiques résultant de son usage nocif. Elles ne sont pas correctement intégrées dans les politiques générales de santé et de développement, ni dans les politiques sociales. Pareillement, elles n'ont pu mettre en place les capacités adéquates pour

¹ *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, accessed 16 June 2011).

garantir une cohérence stratégique ainsi qu'une action conjointe entre les différents ministères et secteurs des pouvoirs publics, et à tous les niveaux de compétence.

Les politiques de demain

15. Après le lancement de la stratégie mondiale en 2010, il est évident que les pays ont été pris d'un rapide élan individuel et collectif pour édifier des mesures plus efficaces dans le but de réduire l'usage nocif de l'alcool. Les pays les plus actifs dans la mise en œuvre de politiques et de programmes de lutte contre l'alcoolisme à la fois rentables et fondés sur des bases factuelles aboutiront à des résultats substantiels en matière de santé et de bien-être, de productivité et de développement social. Comme de nombreux problèmes politiques liés à la consommation d'alcool traversent aisément les frontières européennes, une action cohérente sur le plan international apportera une valeur ajoutée. En outre, les cadres internationaux devraient permettre à chaque pays (plutôt que de les en empêcher) de faire preuve d'audace et d'innovation dans l'adoption d'approches fondées sur des bases factuelles en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool. Soucieux de répondre aux besoins des 53 États membres de la Région européenne, le mandat de l'OMS en matière de santé publique permet d'offrir un large éventail de solutions aux pays afin qu'ils puissent réduire concrètement l'usage nocif de l'alcool.

16. La politique en matière d'alcool mise en place ces prochaines années devra, pour être efficace, comprendre un certain nombre d'attributs reflétant les processus à double sens et les interactions entre l'adoption de politiques de lutte efficace, le développement social et le capital social. En d'autres termes, sans politique en matière d'alcool, il n'est guère possible d'aboutir à un développement social efficace menant à l'amélioration du capital humain, sanitaire et social, et il n'est guère possible de réduire les méfaits liés à l'alcool sans amélioration de ce capital. L'édification d'un capital humain, sanitaire et social adéquat constitue une condition *sine qua non* à la résilience sociale nécessaire pour atténuer les futurs facteurs de stress mondiaux qui influenceront sur la santé de la Région européenne en conséquence, notamment, du changement climatique².

17. Pour être efficace, la future politique en matière d'alcool devra garantir ce qui suit :

- l'intégration des politiques en matière d'alcool dans les politiques économiques et de protection sociale au sens large en vue de contribuer au développement effectif du bien-être social, sanitaire et économique des sociétés ;
- la cohérence et l'action conjointe entre les différents ministères et secteurs des pouvoirs publics, en vue de déterminer et de mettre en œuvre les incitants nécessaires qui permettront à chacun des secteurs et à la société dans son ensemble de tirer des avantages et des bienfaits ;
- la cohérence et la participation des acteurs à la fois publics et privés en vue également de déterminer et de mettre en œuvre les incitants qui s'avèrent bénéfiques aux acteurs publics et privés concernés ;
- l'intégration des mesures relatives à l'alcool dans toutes les actions qui favorisent le bien-être et l'adoption de modes de vie sains, et qui allègent la charge des maladies non transmissibles et transmissibles ;

² Protéger la santé dans un environnement mis à mal par le changement climatique : cadre d'action régional européen. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010 (document EUR/55934/6 Rev.1 ; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95883/Parma_EH_Conf_fdoc06rev1.pdf., consulté le 17 juin 2011).

- la capacité et la possibilité pour les municipalités, les collectivités locales et la société civile de mettre en œuvre des politiques et des programmes efficaces en matière d'alcool qui soient harmonisés à tous les niveaux de la société ;
- la mise en place d'incitants, ainsi que de mesures dissuasives, à l'adresse des particuliers et des familles afin qu'ils opèrent des choix plus sains en ce qui concerne la consommation d'alcool ;
- la prise en compte de la demande et du rôle joué par l'alcool à côté d'autres facteurs dans la vie des individus ;
- la reconnaissance du fait que chacun a un rôle à jouer, qu'il s'agisse des individus, des communautés, des organisations locales de soins de santé et d'aide sociale, des organisations non gouvernementales (ONG), de l'industrie de l'alcool et des pouvoirs publics.

Objectifs

18. S'appuyant sur les précédents plans d'action européens en matière d'alcool, les cinq principaux objectifs du présent Plan d'action (alignés sur ceux de la stratégie mondiale) sont les suivants :

- sensibiliser à l'ampleur et à la nature du fardeau sanitaire, social et économique de l'usage nocif de l'alcool, et favoriser l'engagement accru des pouvoirs publics en vue d'alléger ce fardeau ;
- renforcer et diffuser la base de connaissances sur l'ampleur des méfaits de l'alcool et leurs déterminants, ainsi que sur les interventions efficaces en vue de réduire et de prévenir ce fléau ;
- accroître le soutien technique aux États membres et renforcer leurs capacités en vue de réduire les méfaits de l'alcool, et de prendre en charge et traiter les troubles liés à l'alcool ainsi que les problèmes de santé qui y sont associés ;
- renforcer les partenariats et améliorer la coordination entre les intervenants, et accroître la mobilisation des ressources nécessaires pour une action concertée en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool ;
- améliorer les systèmes de lutte et de surveillance aux niveaux infranational, national et européen, et assurer une diffusion et une application plus efficaces de l'information à des fins de sensibilisation, d'élaboration de politiques et d'évaluation.

Action et résultats

19. Tous les pays européens disposent d'une certaine forme de réglementation ou de plan en matière d'alcool. Cependant, l'étendue de ces derniers varie, tout comme l'expérience de chaque pays, région et municipalité en ce qui concerne leur mise en œuvre. Peu importe l'exhaustivité ou la rigidité de son plan d'action, chaque pays est susceptible de tirer profit de tout effort visant à le réviser, à l'adapter ou à le renforcer.

20. Un plan d'action national ou une stratégie nationale contre l'alcoolisme sont nécessaires pour définir les priorités et orienter les mesures à prendre. Les objectifs sanitaires nationaux peuvent fixer des priorités, exprimer un engagement envers la mise en œuvre d'une nouvelle intervention et affecter les ressources requises. Ces objectifs et priorités doivent s'inspirer des données épidémiologiques, tandis que le choix des stratégies et des mesures à prendre doit être également fondé sur des bases factuelles. Les interventions visant à limiter l'offre (les politiques et les mesures de lutte contre l'ivresse au volant, les politiques relatives au marketing de l'alcool, la fiscalité sur l'alcool, les restrictions quant à la densité des lieux de vente et de

consommation d'alcool et quant aux jours et heures de vente, l'application d'un âge minimum d'achat) et à diminuer la demande (dépistage précoce et interventions de courte durée dans les services de soins de santé et sur le lieu de travail, programmes de traitement et de réadaptation) constituent des exemples précis quant à la manière de réduire les méfaits liés à l'alcool.

21. Les dix domaines d'action mentionnés ci-dessous correspondent à ceux repris dans la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, en ce qui concerne leur titre et leur ordre de présentation. Ils recommandent un ensemble de mesures et d'options politiques susceptibles d'être mises en œuvre et adaptées le cas échéant au niveau du pays. Celles-ci doivent tenir compte des circonstances nationales (par exemple, contexte religieux et culturel) et des priorités nationales en matière de santé publique, ainsi que des ressources et des capacités. Les principaux domaines d'action sont les suivants :

- leadership, sensibilisation et engagement ;
- action des services de santé ;
- action communautaire et sur le lieu de travail ;
- politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ;
- offre d'alcool ;
- marketing des boissons alcoolisées ;
- politiques de prix ;
- réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique ;
- réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ;
- suivi et surveillance.

22. Chaque domaine d'action commence par un énoncé général, et inclut un ou plusieurs résultats et indicateurs appropriés. Viennent ensuite un bref paragraphe présentant des informations générales et une analyse des stratégies. Enfin, un certain nombre d'options d'action sont énumérées. Les mesures proposées et les informations factuelles dont elles s'inspirent se basent sur deux ouvrages publiés par l'OMS en 2009^{3,4}.

23. Les États membres devront chacun examiner la nature des problèmes liés à l'alcool auxquels ils sont confrontés et déterminer, dans la liste d'actions potentielles, celles qui se révéleraient plus applicables et efficaces en fonction de leur propre contexte. Aucun modèle unique ne peut être utilisé dans la Région européenne. Ce qui importe le plus, c'est que les États membres prennent les mesures les plus susceptibles de réduire les méfaits causés par l'alcool sur leur territoire.

³ *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 16 June 2011)

⁴ *Handbook for action to reduce alcohol-related harm.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf, accessed 16 June 2011).

Leadership, sensibilisation et engagement

Énoncé

24. Les améliorations substantielles réalisables par la mise en œuvre d'une politique efficace en matière d'alcool ne sont possibles que par l'exercice d'un leadership adéquat de la part du gouvernement national et des autorités locales. Il faut assurer l'entière conscientisation et l'engagement total de l'ensemble des secteurs et niveaux de la société qui, grâce à une action soutenue et cohérente réduisant l'usage nocif de l'alcool, pourront en glaner les bienfaits. Le meilleur moyen d'y parvenir est de mettre en place des plans d'action intégrés en tant « qu'agents » de sensibilisation et d'édifier des sociétés à la fois bien informées et coopératives.

Résultats

25. Pendant toute la durée de ce Plan d'action, les pays préparent, mettent en œuvre, examinent et révisent au moins une fois un plan d'action ou une stratégie identifiables en matière d'alcool. Les pays font en sorte que leurs populations soient progressivement mises au courant des méfaits potentiels de l'alcool sur les individus, les familles et les communautés, et des mesures qui peuvent être prises pour réduire ce risque.

Indicateurs

26. La présence d'un plan d'action national ou d'une stratégie nationale en matière d'alcool accessibles au public, voire d'un plan en matière d'alcool intégré à un plan national de santé publique, fera office d'indicateur, ainsi d'ailleurs que l'évaluation des connaissances, attitudes et opinions sur l'alcool et la politique en matière d'alcool au moyen d'enquêtes barométriques et de sondages d'opinion réalisés auprès d'échantillons aléatoires de la population.

Généralités

27. Pour qu'un plan d'action sur la réduction des méfaits de l'alcool soit efficace, il faut veiller à ce que les infrastructures nécessaires pour l'élaboration des politiques, la fixation des priorités, le suivi et la surveillance, la recherche et l'évaluation, le développement du personnel et l'exécution des programmes soient effectivement mises en place. Malgré les progrès réalisés dans l'édification de l'infrastructure de base pour les interventions de lutte contre l'alcoolisme, il peut être soutenu que le manque de volonté politique et d'investissements à la fois par le secteur privé et le secteur public dans de nombreux États membres soit toujours d'actualité. Veiller à ce que cette infrastructure soit suffisamment importante et efficace reste un défi.

28. Beaucoup de stratégies et d'initiatives nationales en matière d'alcool soulignent la nécessité d'éduquer le public. On peut évoquer le principe simple selon lequel les consommateurs doivent être informés, et que la population doit être renseignée sur l'alcool et comprendre ses risques pour la santé. Cependant, on peut aussi avoir l'impression, d'ailleurs contredite par les études scientifiques, que l'information et l'éducation peuvent à elles seules résoudre les problèmes liés à l'alcool. Dans la pratique, ces efforts se limitent presque exclusivement à l'apport d'informations quant aux risques encourus afin de promouvoir la disponibilité de l'aide en cas de troubles liés à la consommation d'alcool ou de mobiliser le soutien du public pour l'adoption de politiques anti-alcool efficaces.

Stratégies

29. Un plan d'action national ou une stratégie nationale contre l'alcoolisme sont nécessaires pour définir les priorités et orienter les mesures à prendre. Les objectifs sanitaires nationaux peuvent fixer des priorités, exprimer l'engagement envers de nouvelles actions et affecter les ressources requises. Ces objectifs et priorités doivent se baser sur des données épidémiologiques, tandis que le choix des politiques et interventions doit être également fondé sur des bases factuelles. La mesurabilité des résultats permet d'accroître la spécificité des objectifs stratégiques. Les progrès accomplis peuvent ainsi être suivis, et les partenaires peuvent souvent s'en inspirer pour appuyer les initiatives politiques. La responsabilité envers l'impact sanitaire des interventions et programmes de lutte contre l'alcoolisme incombe à tous les secteurs de la société, ainsi qu'aux représentants des pouvoirs publics qui préparent des plans d'action, allouent des ressources et mettent sur pied une législation ou des cadres non juridiques (tels que des directives ou des restrictions volontaires), dont le suivi est assuré par des cadres coréglementaires. Pour garantir la transparence et la responsabilisation, des résultats mesurables peuvent être publiés au niveau national et, lorsque cela est possible, au niveau local.

30. La responsabilité des autorités nationales en ce qui concerne la formulation et la mise en œuvre d'un plan d'action en matière d'alcool est généralement répartie entre plusieurs ministères et niveaux des pouvoirs publics. Parmi les ministères concernés, on mentionnera notamment ceux consacrés à l'industrie et au commerce, à l'agriculture, à l'emploi, aux finances et à la santé. Les intérêts et les priorités de ces différents secteurs ont souvent besoin d'être alignés pour élaborer une politique commune en matière d'alcool, sachant que certains d'entre eux peuvent d'ailleurs exercer un pouvoir de manière disproportionnée. Une coordination est nécessaire pour s'assurer que tous les niveaux des pouvoirs publics ainsi que tous les secteurs et intervenants concernés sont pris en compte lors de la prise de décisions en ce qui concerne la politique relative à l'alcool. Un organe de coordination, comme un conseil national sur l'alcool, devrait réunir des hauts représentants des ministères, des professionnels de santé et d'autres partenaires.

31. L'appui public et politique en faveur du contenu des plans d'action en matière d'alcool est également crucial. Les responsables politiques nationaux ont en effet le pouvoir de réglementer et d'influencer les modes de commercialisation de l'alcool. Ils sont souvent particulièrement sensibles aux problèmes de l'alcool, et leur intérêt peut varier en fonction de leurs fonctions officielles ainsi que de leurs points de vue personnels à ce sujet. Les contacts avec les acteurs extérieurs tels que l'industrie de l'alcool ou les groupes de santé peuvent forger l'opinion des responsables politiques sur les stratégies spécifiques en matière d'alcool, voire influencer la formulation ou l'affinement des propositions politiques. Les réactions de la société civile et de l'opinion publique peuvent exercer un impact sur la réforme de la politique de l'alcool. Outre les pouvoirs publics, l'élaboration de politiques en matière d'alcool axées sur la santé publique bénéficie également du soutien de professionnels de santé et d'institutions sanitaires et médicales (établissements indépendants et publics, programmes du secteur des assurances, ONG et réseaux militant en faveur de causes particulières, associations professionnelles de la santé publique).

32. Les programmes préventifs de proximité peuvent être efficaces dans les efforts visant à réduire l'alcool au volant, les accidents mortels liés à l'alcool et les traumatismes dus aux agressions. La mobilisation communautaire a également été utilisée pour sensibiliser aux problèmes liés à l'alcool sur les lieux autorisés de consommation (tels que le bruit et les comportements agressifs), mettre au point des interventions spécifiques à leur encontre et inciter les propriétaires de tels établissements à reconnaître leur responsabilité pour apporter des solutions locales. L'évaluation des efforts de mobilisation communautaire et les rapports des projets menés sur le terrain indiquent que ces initiatives peuvent réduire l'agressivité et d'autres problèmes liés à la consommation d'alcool dans les débits de boissons. La principale caractéristique des programmes communautaires est qu'ils mènent des actions dont l'efficacité est reconnue, et mobilisent le soutien à de telles interventions, comme par exemple les lois

concernant l'alcool au volant ou l'application plus stricte des restrictions à la vente d'alcool aux mineurs et aux personnes en état d'ébriété.

Options d'action

33. Les pays doivent garantir des infrastructures de santé publique adéquates en matière de politique de l'alcool. La volonté politique et la demande d'une bonne gouvernance sont également importantes à cet égard. Les États doivent en outre s'assurer que des ressources suffisantes sont allouées aux responsables de gouvernement chargés de la prévention et de la prise en charge de l'usage nocif de l'alcool, que des mesures de renforcement des capacités sont mises en œuvre dans le domaine de la politique et de la recherche en matière d'alcool, et que les bases factuelles sont prises en compte dans la pratique des politiques et des programmes à travers tous les secteurs et à tous les niveaux. Les politiques ainsi élaborées doivent être complètes et intégrées, et réduire autant que possible les conséquences négatives. Le manque de transparence et d'information, l'organisation et la préparation inadéquates pour l'adoption des nouvelles politiques et de la nouvelle législation, un financement insuffisant, la présence de la corruption, et la méfiance du public vis-à-vis des autorités sont autant d'obstacles à l'acceptation et à l'application d'une politique efficace. Les pays doivent au moins disposer d'un plan d'action ou d'une stratégie identifiables en matière d'alcool, avec notamment des résultats sanitaires et politiques mesurables ; d'un organe ou d'un mécanisme de coordination pour promouvoir la cohérence des politiques et la mise en œuvre d'actions « conjointes » entre les différents ministères et secteurs concernés ; et d'un secteur non gouvernemental disposant de ressources suffisantes, libre de tout conflit d'intérêts potentiel avec celui de la santé publique, pour donner voix à la société civile.

Action des services de santé

Énoncé

34. Le secteur de la santé et, par son entremise, celui de la protection sociale, de l'éducation et du travail, peuvent réellement bénéficier à la fois d'améliorations sanitaires et de gains financiers par l'application généralisée de programmes de brefs conseils qui permettent de réduire la morbidité et la mortalité prématurée imputables à un usage de l'alcool à la fois dangereux et nocif⁵, et par la mise en œuvre de programmes de traitement fondés sur des bases factuelles pour les troubles liés à l'alcool. L'accent doit également être mis sur l'aide à la réduction de sa consommation pendant la grossesse, et sur la protection des membres de la famille autres que le buveur et des enfants face aux conséquences de la dépendance et aux méfaits de l'alcool. Les pouvoirs publics et les sociétés d'assurance maladie doivent par conséquent faire preuve de leadership afin de fournir des incitants aux prestataires dans différents contextes afin que ceux-ci prennent les mesures nécessaires.

Résultats

35. Pendant la durée de ce Plan d'action, les pays devraient réduire progressivement l'écart entre, d'une part, le nombre de personnes qui pourraient profiter de conseils sur la consommation d'alcool pour en réduire ou en prévenir les risques, de la participation à des programmes de réinsertion sociale ou d'un traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et, d'autre part, le nombre de personnes qui bénéficient en fait de ces conseils ou reçoivent un traitement.

⁵ Par consommation d'alcool, on entend l'absorption de plus de 40 g d'alcool par jour pour un homme et de plus de 30 g d'alcool par jour pour une femme.

Indicateurs

36. Les indicateurs englobent la proportion de la population adulte s'adonnant à une consommation d'alcool dangereuse et nocive, et celle s'adonnant à une consommation d'alcool dangereuse et nocive ayant bénéficié d'une thérapie et des conseils d'un prestataire de soins primaires afin de la réduire.

Généralités

37. Les troubles liés à la consommation d'alcool, notamment son usage nocif et la dépendance, sont officiellement classés dans la liste des troubles mentaux et du comportement de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10). En général, la prévalence des troubles liés à l'alcool est assez élevée, avec, dans la plupart des pays, vraisemblablement un adulte sur six consommant au moins 40 g d'alcool par jour pour un homme et 30 g pour une femme, et environ 1 adulte sur 16 atteint d'une dépendance à l'alcool au cours d'une année donnée. Dans presque tous les pays couverts par l'étude, il existe un écart considérable entre, d'une part, le nombre de personnes qui pourraient profiter de conseils sur la consommation d'alcool, de la participation à des programmes de réinsertion sociale ou d'un traitement et, d'autre part, le nombre de personnes qui bénéficient en fait de ces conseils ou reçoivent un traitement. Selon des estimations, seulement 1 personne sur 20 s'adonnant à une consommation d'alcool dangereuse ou nocive est effectivement repérée et identifiée, et bénéficie de brefs conseils de la part d'un prestataire de soins primaires. De même, moins d'1 personne sur 20 diagnostiquées avec une dépendance à l'alcool a en fait consulté un spécialiste pour se faire traiter.

Stratégies

38. Les données disponibles laissent clairement percevoir les avantages de la mise en œuvre généralisée du repérage précoce et des programmes de brefs conseils pour les personnes s'adonnant à une consommation d'alcool dangereuse et nocive dans le cadre des soins primaires, de la protection sociale et des services d'urgence. Il en est de même pour les programmes disponibles sur le lieu de travail et dans les environnements éducatifs. Les pouvoirs publics peuvent appuyer les activités de repérage et les programmes de brefs conseils, ainsi que l'orientation vers des services spécialisés en veillant à ce que les recommandations cliniques pour de telles interventions soient largement disponibles ; à ce que les prestataires de soins de santé primaires reçoivent la formation, le matériel clinique et les conseils dont ils ont besoin pour mettre en place de tels programmes ; et à ce qu'ils soient adéquatement remboursés pour les interventions, que ce soit dans le cadre d'initiatives d'amélioration de la qualité ou par des paiements à l'acte. Il est plus aisé pour les prestataires de soins primaires de procéder à cette intervention quand ils bénéficient du soutien de services spécialisés vers lesquels ils peuvent aiguiller les buveurs lorsque leur prise en charge est difficile. En ce qui concerne le traitement des troubles liés à l'alcool, la transition des soins primaires aux soins spécialisés devrait idéalement se faire sans heurts. Des services spécialisés dans la prise en charge du sevrage alcoolique et des troubles liés à l'alcool, à l'aide de traitements comportementaux et pharmacologiques fondés sur des bases factuelles, devraient être offerts aux buveurs considérés comme susceptibles d'en bénéficier. La tendance a été d'abandonner les traitements de longue durée en milieu hospitalier au profit des soins ambulatoires et de proximité. Le traitement obligatoire n'est plus recommandé, sauf lorsque celui-ci est imposé par le tribunal dans le cas d'un conducteur en état d'ébriété et récidiviste, certaines bases factuelles ayant prouvé son efficacité potentielle. Les services obstétricaux doivent s'assurer que toutes les femmes enceintes reçoivent des informations, et le cas échéant, des conseils sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Les services sociaux doivent aider à protéger les membres de la famille,

autres que le buveur, et les enfants des conséquences néfastes de la dépendance à l'alcool et des troubles liés à sa consommation.

Options d'action

39. Toutes les études indiquent que la majorité des buveurs s'adonnant à une consommation dangereuse et nocive d'alcool ne reçoivent pas systématiquement de conseils de la part des prestataires de soins primaires. En outre, un nombre important de personnes souffrant de troubles de l'alcool, et pour qui un traitement s'avérerait bénéfique, ne sont actuellement pas soignées. On pourrait croire que l'absence de mesures à cet égard se traduit de toute façon par une économie de coûts, mais c'est une fausse hypothèse. Les investissements consentis dans le repérage précoce et les programmes de brefs conseils permettent non seulement d'améliorer la santé et de sauver des vies, mais apportent aussi des gains économiques aux systèmes de santé. Deux niveaux d'interventions peuvent être mis en œuvre :

- permettre à 30 % de la population à risque de consommation d'alcool dangereuse ou nocive de bénéficier d'un repérage précoce et de programmes de brefs conseils. Cet objectif ainsi fixé pourrait être atteint en mettant en place des systèmes appropriés, prévoyant notamment la formation des professionnels de santé, afin que chaque patient s'inscrivant chez un nouveau prestataire de soins primaires passe une visite médicale, consulte un professionnel de santé pour des catégories de pathologies spécifiques (telles que l'hypertension ou la tuberculose), ou se rende dans des cliniques spécialisées offrant ce genre d'interventions. Des conseils d'auto-assistance et des informations sur l'Internet peuvent être également envisagés ;
- permettre à 60 % de la population à risque de bénéficier d'un repérage précoce et de programmes de brefs conseils. Cet objectif plus ambitieux exigerait que ces interventions soient offertes à chaque patient bénéficiant de services de soins primaires et ce, quel que soit le motif de la consultation. Un plus grand investissement serait aussi nécessaire dans la formation et l'encadrement des prestataires de soins primaires.

Action communautaire et sur le lieu de travail

Énoncé

40. Les interventions menées au niveau local, dans les communautés, sur les lieux de travail et dans les établissements scolaires et pédagogiques, lorsqu'elles sont mises en œuvre d'une manière coordonnée et harmonisée, peuvent réduire l'usage nocif de l'alcool en modifiant les comportements collectifs plutôt qu'individuels. Les campagnes d'information du public par l'apposition, sur les boissons alcoolisées, d'étiquettes d'avertissement quant aux risques sanitaires peuvent soutenir l'action locale ainsi que les politiques de lutte contre l'alcoolisme. Pour être pleinement efficaces, les interventions locales et collectives nécessitent l'instauration de partenariats et le renforcement des capacités dans différents secteurs, ainsi qu'un leadership soutenu à divers niveaux de la société.

Résultats

41. Pendant la durée du Plan d'action, les pays doivent, le cas échéant, s'efforcer d'augmenter progressivement le nombre d'établissements scolaires menant des actions favorables à la santé, par la prise notamment de mesures anti-alcool ; le nombre de municipalités mettant en œuvre des plans de lutte contre l'alcoolisme au niveau local ; et le nombre de lieux de travail et d'employeurs qui appliquent des politiques et des programmes en matière « d'alcool en milieu professionnel ».

Indicateurs

42. Les indicateurs portent notamment sur la proportion d'écoles, de municipalités et de lieux de travail qui appliquent des politiques et des programmes en matière d'alcool dotés de critères spécifiques.

Généralités

43. L'adoption de politiques en matière d'alcool au niveau local s'avère bénéfique et avantageuse, car les communautés doivent faire face à des problèmes d'alcoolisme aux conséquences immédiates et sur lesquels elles doivent agir sans détour, comme les traumatismes et la mortalité dus aux accidents de la route, l'offre de services hospitaliers et services médicaux d'urgence et la mise en œuvre d'interventions en vue de lutter contre l'usage nocif de l'alcool et la dépendance. Il importe donc que les municipalités disposent d'un plan d'action en matière d'alcool englobant les politiques relatives à l'alcool dans les établissements scolaires et sur les lieux de travail, et mettant l'accent sur la disponibilité grâce à un contrôle des licences délivrées aux restaurants et aux bars, etc. La municipalité doit également former les professionnels du secteur social et de l'enseignement (jardins d'enfants, écoles) afin qu'ils se concentrent sur le dépistage rapide des problèmes liés à l'alcool et l'aiguillage vers une intervention brève ou un traitement. Les communautés sont bien loin d'être égales en ce qui concerne les problèmes d'alcool. En effet, les environnements urbains peuvent constituer un facteur de risque pour l'usage nocif d'alcool, en particulier dans les zones socialement défavorisées, ou jouissant d'une économie nocturne qui génère des niveaux élevés de nuisances et de harcèlement liés à l'alcool.

44. Sur le lieu de travail, l'usage nocif d'alcool et l'alcoolisme ponctuel immodéré aggravent les risques d'absentéisme, de présentéisme (baisse de performance au travail), de retard au travail, de retour prématuré à la maison, d'accidents, de rotation du personnel à cause des décès prématurés, de faible productivité, de comportements inappropriés, de vols et d'autres crimes pouvant exiger des mesures disciplinaires et de détérioration des relations avec les collègues et du moral de l'entreprise. Inversement, plusieurs facteurs structurels sur le lieu de travail, dont le niveau élevé de stress et la faible satisfaction professionnelle, peuvent augmenter le risque de dépendance à l'alcool et de troubles liés à sa consommation.

Stratégies

45. L'éducation sur l'alcool doit être considérée comme faisant partie d'une démarche politique plus large. Elle doit commencer à l'enfance par un soutien parental, et continuer en milieu scolaire dans le cadre d'une approche holistique en vue de promouvoir la santé. Compte tenu de ses limites, elle doit s'inspirer des pratiques pédagogiques qui se sont avérées efficaces, à savoir cibler un stade ou une étape donnés du développement des jeunes, discuter avec les jeunes du groupe cible pendant cette phase de leur développement, tester l'intervention avec les enseignants ainsi que les membres du groupe cible, veiller à ce que le programme soit interactif et se base sur le développement des compétences, fixer des objectifs de changement du comportement utiles pour tous les participants, réorganiser des séances de rappel et d'encouragement au cours des années suivantes, intégrer des informations susceptibles d'être mises immédiatement en pratique par les jeunes, assurer une formation appropriée des enseignants pour qu'ils puissent animer des séances interactives, et rendre largement disponible tout programme qui s'est avéré efficace et le commercialiser pour en accroître la diffusion. Des programmes axés sur la famille peuvent aussi être envisagés, dans la mesure où les problèmes d'alcoolisme s'avèrent non seulement préjudiciables pour le buveur, mais aussi pour la santé et le bien-être de son partenaire et, surtout, pour le développement des enfants. Dans le cadre des programmes de prévention de proximité, il est pertinent de former les personnes qui prennent soin des enfants (y compris les enseignants) dans la mise en œuvre d'un dépistage précoce chez les parents souffrant d'alcoolisme, et de les

aiguiller vers une brève intervention ou un traitement. Cette approche permettra aussi d'apporter un soutien aux partenaires et aux enfants.

46. Parmi les efforts déployés sur le lieu de travail et susceptibles de réduire les méfaits liés à l'alcool, il convient de mentionner la promotion des lieux de travail sans alcool, l'adoption d'un style de gestion réduisant le stress professionnel et favorisant l'octroi de récompenses aux employés, ainsi que les interventions facultatives disponibles sur demande, telles que la formation dans le domaine des compétences psychosociales, l'apport de brefs conseils et la mise en place de programmes d'informations relatives à l'alcool.

47. Les campagnes d'informations sur l'alcool et la consommation responsable destinées au public doivent être proportionnées et se concentrer sur les risques de l'alcool ainsi que sur la disponibilité de l'aide et des traitements pour en réduire l'usage nocif. Les programmes d'éducation du public devraient également être utilisés pour soutenir la prise de mesures anti-alcool, en particulier lorsque de nouvelles actions sont mises en œuvre, comme la diminution de la limite du taux d'alcoolémie pour les automobilistes, l'augmentation de l'âge minimum pour l'achat de produits alcoolisés ou la majoration de la fiscalité sur l'alcool. Les nouveaux canaux d'information, comme les « tests de vérification », les conseils d'auto-assistance et les programmes d'information sur l'Internet peuvent aussi être utilisés.

Options d'action

48. Si les initiatives d'éducation et d'information sur l'alcool ne sont ni réorientées ni coordonnées, les maigres ressources disponibles risquent encore d'être utilisées de manière inappropriée et inefficace, comme par exemple la mise en place de programmes mal conçus et peu performants. De même, si l'on n'investit pas davantage dans les programmes communautaires, on risque de ne pas mobiliser le soutien du public en faveur de nouveaux efforts politiques en matière d'alcool. Il est en outre probable qu'un grand nombre de programmes existants et destinés au niveau communautaire et aux lieux de travail n'aient pas été conçus ou réalisés de manière optimale, et qu'ils n'aient pas été non plus évalués. Un large éventail d'actions est en fait possible.

49. Des mesures doivent être prises pour revoir la conception des campagnes d'éducation scolaire et d'informations au public en matière d'alcool, et pour y consentir de nouveaux investissements. Ces efforts doivent être financés au prorata de leur impact potentiel, et fondés sur des évaluations des besoins, s'inspirant des résultats des enquêtes publiques menées sur l'alcool. Les nouveaux programmes éducatifs doivent fournir des informations sur les risques de la consommation d'alcool, la disponibilité et l'efficacité des conseils et des traitements pour en réduire l'usage nocif, et les données factuelles à la base des politiques efficaces dans ce domaine.

50. Des efforts doivent être déployés pour soutenir les communautés locales et les municipalités et les aider à renforcer leurs capacités. En effet, ces dernières assument de plus en plus un large éventail de responsabilités en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool. Il importe par conséquent d'intensifier les activités de formation locales, de renforcer les capacités sur le terrain et d'accroître le soutien aux groupes d'action locale pour s'assurer que l'ensemble des politiques et interventions potentielles et fondées sur des bases factuelles soient pleinement utilisées à ce niveau.

51. Il faut aussi développer les ressources des communautés et des milieux de travail en matière d'interventions contre l'alcoolisme. Celles-ci doivent notamment inclure des rapports sur des programmes efficaces et une analyse des facteurs qui contribuent au succès de telles initiatives au niveau communautaire et sur le lieu de travail. On prévoira également des outils d'évaluation afin que les responsables des programmes anti-alcool puissent veiller à l'intégration de ces facteurs dans la conception et la mise en œuvre des programmes destinés aux communautés et aux milieux de travail.

52. Un mécanisme d'évaluation des programmes et de recueil d'informations à leur sujet doit être mis au point et financé afin de renforcer la conception et la mise en œuvre des programmes nouveaux et existants, et d'obtenir les meilleurs résultats au niveau communautaire et sur le lieu de travail.

53. La législation nationale doit être révisée afin d'y apporter d'éventuels amendements. Elle doit en effet faciliter et appuyer les initiatives prises aux niveaux communautaire et professionnel, et non y constituer un obstacle.

Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant

Énoncé

54. Même la consommation d'une quantité très limitée d'alcool peut nuire à la capacité de conduire, et les mesures prises pour réduire l'alcool au volant reçoivent un large soutien du public, en particulier parce que la majorité des victimes ne sont pas les conducteurs eux-mêmes. Pour être efficace dans la lutte contre ce drame inutile et réduire les traumatismes et la mortalité dus à l'alcool au volant, il importe de mettre en œuvre des actions conjointes entre les pouvoirs publics, la police de la circulation, le système de justice pénale, les autorités de sécurité, le secteur de la santé, les collectivités locales et d'autres intervenants.

Résultats

55. Pendant la durée de ce Plan d'action, les pays doivent réduire progressivement les accidents mortels dus à l'alcool au volant et les maintenir à un niveau aussi bas que possible.

Indicateur

56. Les accidents mortels dus au volant font en fait office d'indicateur pour cette section.

Généralités

57. En général, si la mortalité et les accidents dus à l'alcool au volant sont en recul dans la plupart des pays européens, il existe encore une grande marge d'amélioration possible. Bien que les jeunes courent davantage le risque relatif de subir ce type d'accident, en termes absolus, les accidents et la mortalité dus ou liés à l'alcool au volant sont plus fréquents chez les personnes d'âge moyen. La plupart des Européens sont favorables à l'application de mesures plus strictes pour réduire l'alcool au volant, y compris une meilleure application de la loi par les autorités policières. La législation contre l'alcool au volant, les niveaux d'application ainsi que les sanctions doivent aussi prendre en compte le nombre croissant de conducteurs privés et professionnels qui traversent les frontières européennes. Les récidives ou les niveaux très élevés d'alcoolémie peuvent être indicateurs de la dépendance à l'alcool et des troubles liés à sa consommation, pour lesquels un traitement doit être systématiquement mis à disposition.

Stratégies

58. Les interventions visant à lutter contre l'alcool au volant et contre l'utilisation de toute autre substance psychoactive lors de la conduite, permettent non seulement de réduire les risques pour les conducteurs, mais aussi pour les passagers, les piétons et les autres usagers de la route. L'une des mesures efficaces à cet égard consiste simplement à réduire le taux légal d'alcoolémie pour la

conduite, et son impact peut d'ailleurs être renforcé en l'intégrant à un ensemble d'autres interventions. Si le taux d'alcoolémie d'un pays donné est supérieur à 0,5 g/l, le ramener à 0,5 g/l pourra s'avérer bénéfique, tout comme l'adoption d'un taux maximal de 0,2 g/l là où le taux est déjà de 0,5 g/l. Cependant, la diminution du taux d'alcoolémie n'est efficace que si elle est combinée à d'autres mesures. En outre, son application doit être assurée, et la meilleure façon d'y procéder est de réaliser des alcootests intelligents et aléatoires visant à susciter la crainte de se faire prendre chez les buveurs au volant plutôt que chez l'ensemble des conducteurs, voire installer des postes de contrôle de sobriété. L'application des taux d'alcoolémie doit être complétée par des campagnes d'informations au public afin que celui-ci soit mis au courant des sanctions encourues une fois appréhendé. Afin d'assurer également un maximum d'efficacité, les peines doivent avoir plusieurs conséquences sur le plan personnel, par exemple, l'attribution d'amendes sur le lieu de l'infraction, le retrait de points du permis de conduire et, le cas échéant, la suspension de ce dernier. Les sanctions peuvent être renforcées par un recours en justice et l'utilisation d'un antidémarrreur avec éthylomètre pendant une période donnée. Ce dernier peut aussi être utilisé à titre préventif, notamment par les chauffeurs professionnels.

Options d'action

59. L'abaissement des taux d'alcoolémie en vigueur, ou l'amélioration de leur application, s'avéreront bénéfiques à la très grande majorité des pays. Dans le cas contraire, ceux-ci rateraient une occasion de réduire la mortalité et les traumatismes évitables chez les conducteurs en état d'ébriété et chez les autres. Deux actions particulièrement importantes peuvent être prises à cet égard :

- abaisser le taux d'alcoolémie au volant chez tous les conducteurs. Quel que soit le taux actuellement appliqué, il est scientifiquement prouvé que davantage de vies peuvent être sauvées si ce taux se rapproche de 0,2 g/l. Cette action envoie un message essentiel, et aide à établir une norme culturelle : « Boire ou conduire, il faut choisir ». Or, pour être efficace, l'abaissement du taux d'alcoolémie doit s'accompagner d'un ensemble d'autres mesures et son application doit être effective ;
- améliorer l'application, en réalisant davantage d'alcootests aléatoires ou en prenant des mesures visant à renforcer la crainte de se faire prendre chez les buveurs au volant plutôt que les conducteurs au sens large, ou l'installation plus généralisée des postes de contrôle de sobriété. Pour que les taux d'alcoolémie soient efficaces, les buveurs au volant, plutôt que l'ensemble des usagers de la route, doivent être conscients de l'existence d'un risque réel d'être arrêtés et de subir un alcootest à tout moment.

Offre d'alcool

Énoncé

60. Des études révèlent que la disponibilité de l'alcool est directement proportionnelle à sa consommation, et donc aux méfaits que celle-ci provoque. Même une petite baisse de la disponibilité de l'alcool s'avère salutaire pour la santé et permet de réduire la violence et les dommages aux personnes autres que le buveur. Pour ce faire, une action concertée doit être menée entre les autorités nationales, les responsables de l'octroi de licences pour la vente de produits alcoolisés, la police, les systèmes de justice pénale et le secteur des soins de santé.

Résultats

61. Pendant la durée de ce Plan d'action, les pays doivent, le cas échéant, limiter ou réduire la disponibilité de l'alcool et faire en sorte que la réglementation sur les restrictions de la vente d'alcool aux clients en état d'ébriété et en dessous de l'âge légal soit de plus en plus appliquée par toutes les parties concernées.

Indicateurs

62. Les indicateurs portent sur une mesure composite de la disponibilité de l'alcool, notamment l'évaluation du nombre, de la superficie et de la densité des points de vente, ainsi que des jours et des heures de vente. La vente de l'alcool avant l'âge légal doit également être évaluée dans le cadre d'enquêtes menées régulièrement auprès des jeunes (par exemple, le projet d'enquête paneuropéenne sur l'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire (ESPAD)).

Généralités

63. La mise en place d'un système d'octroi de licences pour la vente de produits alcoolisés permet aux pouvoirs publics d'en gérer la disponibilité. Ainsi les autorités peuvent-elles restreindre le nombre de licences et exiger des titulaires qu'ils respectent certaines normes. En outre, les licences seront révoquées en cas d'infraction. Bien que toute limitation rigoureuse de la disponibilité de l'alcool puisse favoriser le développement d'un marché parallèle et illicite, celui-ci peut généralement être contrôlé par l'application de la législation à cet égard. Une autre façon de réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool consiste à imposer une interdiction de son usage dans un cadre spécifique (par exemple, les parcs, les voies publiques, les hôpitaux et les lieux de travail) et dans des circonstances particulières (par exemple, lors des matches de football). Plusieurs pays maintiennent un monopole d'État sur les ventes d'alcool, ce qui se traduit généralement par un nombre plus limité de points de vente et des heures d'ouverture moins étendues que dans les pays où cette activité ressort du secteur privé.

Stratégies

64. Il convient d'encourager tous les États membres à introduire ou à maintenir des systèmes d'octroi de licences pour la vente de produits alcoolisés. Celles-ci ne peuvent être renouvelées que si les établissements concernés respectent les lois interdisant la vente aux jeunes avant l'âge légal et aux buveurs en état d'ébriété, et découragent les clients de troubler l'ordre public et de s'adonner à tout acte de violence. Les autorités responsables de l'octroi des licences doivent être plus étroitement impliquées dans la conception et, le cas échéant, dans la mise en œuvre des mesures visant à réduire les incidents liés à l'alcool (violence, criminalité, troubles de l'ordre public et problèmes de santé). Les pays appliquant un monopole d'État pour la vente au détail de produits alcoolisés doivent envisager de le conserver.

65. Les pouvoirs publics doivent prendre des mesures afin de contrôler la disponibilité de l'alcool en cas de besoin, notamment en réglementant la densité des points de vente et les heures de vente. S'il est déconseillé d'augmenter les jours et les heures de vente des produits alcoolisés, il convient également d'appliquer davantage de restrictions à cet égard dans les quartiers ou les communautés particulièrement touchés par l'alcoolisme et ses méfaits. Les âges minimums d'achat doivent aussi être appliqués. Là où l'alcool peut être vendu aux moins de 18 ans, il serait avantageux de relever cet âge limite à 18 ans pour l'ensemble des produits alcoolisés, sur les lieux de vente et de consommation. On peut envisager certaines initiatives comme le contrôle de la mise en œuvre, en utilisant par exemple des jeunes acheteurs afin de tester les établissements et de s'assurer qu'ils respectent l'âge minimum d'achat.

Options d'action

66. La plupart des pays offrent la possibilité de contrôler la vente d'alcool de manière à réduire les risques qui y sont associés, notamment grâce à une meilleure application de la législation dans ce domaine. Or l'application des lois anti-alcool s'avère un important maillon faible dans les efforts déployés en Europe en vue de combattre ce fléau, notamment en ce qui concerne le respect de l'âge minimum légal et des lois interdisant la vente d'alcool aux clients déjà en état d'ébriété. Il est également utile d'examiner les moyens de contrôler la densité et les heures d'ouverture des points de vente en renforçant les lois et les règlements en vigueur. Un large éventail d'actions est disponible :

- si cela n'est pas encore le cas, envisager de relever à 18 ans l'âge légal minimum pour l'achat de toute catégorie de produits alcoolisés, y compris la bière et le vin, à tous les points de vente, notamment les supermarchés, les bars et les cafés. Les pays appliquant une limite d'âge supérieure à 18 ans pour l'achat de produits alcoolisés ne doivent pas abaisser cette limite ;
- renforcer les lois et les règlements en vigueur en vue de réduire la densité et les heures d'ouverture des points de vente, et maintenir un monopole d'État sur la vente de produits alcoolisés là où il est pratiqué ;
- renforcer les efforts pédagogiques et législatifs en vue d'accroître l'application des interdictions de vente d'alcool avant l'âge légal.

Marketing des boissons alcoolisées

Énoncé

67. L'étendue et la portée des communications commerciales relatives à l'alcool et leur impact, en particulier sur la consommation des jeunes, ne doivent pas être sous-estimées. Il existe plusieurs façons de limiter leur exposition, qu'il s'agisse d'éviter les messages humoristiques, les références au glamour et aux aspects séduisant la jeunesse, ou le sponsoring et le parrainage ainsi que la publicité à la télévision et au cinéma. On peut aussi carrément envisager une interdiction totale de telles pratiques. Quel que soit le système adopté, la collaboration est essentielle entre les pouvoirs publics, les systèmes de santé, les médias et toutes les formes de télécommunication. En outre, et plus encore, une cohérence internationale s'avère nécessaire dans la mesure où les communications commerciales ne connaissent pas de frontières.

Résultats

68. Pendant la durée de ce Plan d'action, et en vue notamment de protéger les enfants et les jeunes, les pays doivent disposer de systèmes visant à empêcher la publicité et les pratiques commerciales inappropriées et irresponsables ciblant ce groupe de population.

Indicateur

69. Dans ce cas, l'exposition observée des enfants et des jeunes à l'ensemble des pratiques de commercialisation de l'alcool fera office d'indicateur. Elle sera évaluée dans le cadre d'enquêtes annuelles ou menées tous les deux ans, et tenant compte également d'autres facteurs du comportement.

Généralités

70. Le marketing de l'alcool constitue une activité particulièrement importante en soi, et continue à se développer à travers différents canaux de communication. Pour être complète, toute stratégie dans ce domaine doit porter non seulement sur la publicité et les activités promotionnelles, mais aussi sur le développement des produits, la fixation des prix et le ciblage de différents segments du marché à l'aide de divers produits. En outre, le marketing de l'alcool n'est plus du seul ressort des médias traditionnels, qu'ils soient audiovisuels (télévision, radio) ou non (presse, panneaux d'affichage, produits de marque, etc.). La promotion des marques de produits alcoolisés s'effectue également dans le cadre d'événements sportifs et culturels (parrainage et placement de produits) et d'activités de marketing direct à l'aide de technologies comme l'Internet, les podcasts et la diffusion de SMS. En outre, le secteur du divertissement dans son ensemble influe sur la consommation des jeunes et leurs attentes à cet égard en relayant l'image de l'alcool dans les productions culturelles (cinéma, émissions de télévision, chansons, etc.). Par conséquent, tout effort visant à réglementer la commercialisation irresponsable de l'alcool doit envisager ce problème dans son ensemble et prendre en compte tous les éléments en jeu. Enfin, comme les communications commerciales ne connaissent pas de frontières, une action concertée est nécessaire au niveau international.

Stratégies

71. Le contenu des messages commerciaux et l'ampleur de l'exposition à ces messages s'avèrent particulièrement importants pour les jeunes qui sont très vulnérables aux effets nocifs de l'alcool. L'intérêt ressenti par les jeunes pour certains aspects de la communication commerciale, comme l'humour, l'animation et la musique populaire, contribue de manière significative à l'efficacité générale des messages diffusés. Les études mettent en exergue l'existence d'une relation dose-effet entre l'exposition des jeunes au marketing de l'alcool et la probabilité qu'ils se mettent à boire ou à consommer davantage⁶. Des études en temps réel ont montré que le marketing peut avoir un effet immédiat et substantiel sur le volume d'alcool consommé par les jeunes, et que cet impact est encore plus important chez les buveurs excessifs.

72. Bien que de nombreux pays et territoires réglementent le volume et le contenu des publicités pour l'alcool, ces mesures ne témoignent pas toujours d'une connaissance suffisante de la manière dont les jeunes réagissent aux messages et des aspects de la publicité qui les attirent. En effet, de nombreuses formes de la communication commerciale ne font souvent pas l'objet d'une réglementation, comme par exemple la représentation de la consommation d'alcool au cinéma, le placement de produits dans les films et les émissions de télévision, ainsi que la publicité sur l'Internet et par la téléphonie mobile. Certains pays et territoires ont interdit plusieurs formes de marketing de l'alcool, notamment à la télévision et au cinéma, ou le parrainage sportif.

73. Le contenu et le placement des messages commerciaux sont parfois contrôlés par des opérateurs économiques, notamment les annonceurs, les médias et les fabricants d'alcool, par le biais de systèmes de coréglementation et d'autoréglementation. Pour être efficaces, cependant, ces mesures exigent un cadre clair et suffisamment d'incitants. Le contrôle des pratiques de marketing est particulièrement efficace quand il est du ressort d'un organisme indépendant ou d'État, et quand il est effectué systématiquement et régulièrement. Parce qu'il peut être assez difficile de spécifier, dans des codes ou des lois sur la publicité, tous les aspects qui ne devraient pas être autorisés dans les publicités pour l'alcool, certains pays (la France) ont choisi de

⁶ Anderson P et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3):229–243 (Advance access published 14 January 2009, doi: 10.1093/alcalc/agn115).

spécifier quels éléments ces messages promotionnels peuvent comprendre, puisque cela est bien plus facile à contrôler et à faire respecter.

Options d'action

74. L'impact du marketing sur la consommation et l'usage excessif de l'alcool ne doivent pas être sous-estimés. Les systèmes de gestion de ces activités de marketing peuvent être rendus plus efficaces afin de réduire l'exposition aux messages commerciaux, au profit de la santé publique. Étant donné la nature transfrontalière des communications commerciales sur l'alcool, une action supranationale est également nécessaire. Les interventions possibles sont mentionnées ci-dessous :

- mise en place de cadres réglementaires ou coréglementaires, de préférence avec une base législative et soutenus le cas échéant par des mesures d'autoréglementation, pour la commercialisation d'alcool par :
 - la réglementation du contenu et du volume du marketing ;
 - la réglementation des activités de parrainage faisant la promotion de boissons alcoolisées ;
 - la restriction ou l'interdiction des promotions en rapport avec des activités ciblant les jeunes ;
 - la réglementation de nouvelles formes de techniques de marketing de l'alcool, par exemple via les médias sociaux ;
- élaboration, par des organismes publics ou indépendants, de systèmes efficaces de surveillance du marketing des produits alcoolisés ;
- mise en place de systèmes administratifs et de dissuasion efficaces pour les infractions relatives aux restrictions en matière de marketing ;
- réglementation du marketing direct ou indirect dans certains ou dans tous les médias.

Politiques de prix

Énoncé

75. Lorsque d'autres facteurs restent constants, comme le revenu et le prix d'autres produits et marchandises, une majoration du prix de l'alcool entraîne une baisse de sa consommation et des méfaits qui y sont associés, et vice versa. La hausse du prix de l'alcool est associée à une réduction des méfaits dus à sa consommation, elle-même indicatrice d'un fléchissement de l'alcoolisation massive.

76. La fiscalité constitue un moyen d'influencer le prix de l'alcool, avec un impact immédiat et plus conséquent sur les buveurs excessifs. Les ministères de la Santé doivent établir des relations étroites avec les administrations fiscales et, de cette manière, continuer à insister sur le rôle potentiel de la fiscalité dans la réduction de l'usage nocif de l'alcool.

Résultats

77. Pendant la durée de ce Plan d'action, les pays doivent intégrer les politiques tarifaires à leur stratégie globale.

Indicateur

78. Dans ce cas, l'indicateur sera l'accessibilité financière de l'alcool (mesurée en comparant l'indice relatif des prix de l'alcool à l'indice du revenu réel disponible des ménages).

Généralités

79. Parmi toutes les mesures prises afin de lutter contre l'alcoolisme, les politiques des prix s'avèrent les plus concluantes pour encourager la réduction de l'alcoolisation excessive et de la consommation régulière et nocive d'alcool. Les avantages sont les plus importants chez les jeunes consommateurs et les buveurs excessifs, ainsi que pour le bien-être des personnes exposées à l'alcoolisation abusive des autres.

Stratégies

80. La fiscalité sur l'alcool doit viser un certain nombre d'objectifs, et la diminution de l'usage nocif de l'alcool est un facteur dont les pays doivent tenir compte lorsqu'ils fixent leurs taux d'imposition. L'augmentation des taxes ne se traduit nécessairement pas par une hausse des prix, puisque les producteurs d'alcool et les détaillants peuvent compenser cette majoration fiscale et ne pas la faire payer par le consommateur. Ce problème peut être notamment résolu en appliquant un prix minimum légal par litre d'alcool. On peut faire valoir que les buveurs légers sont sanctionnés par l'augmentation des taxes sur l'alcool, et que les pouvoirs publics tiendront sérieusement compte des répercussions de la fiscalité sur cette catégorie de consommateurs. Cependant, il peut aussi être soutenu que l'augmentation des taxes ou l'adoption d'un prix minimum ont peu d'effets sur la consommation d'alcool et les dépenses personnelles des buveurs légers. Il est également possible de limiter le recours aux promotions directes et indirectes sur les prix, aux rabais, à la vente à un prix inférieur au prix de revient et aux tarifs forfaitaires pour consommation illimitée ou autres types de vente au volume. La réduction des dommages infligés par les buveurs à des tiers peut aussi être bénéfique pour les consommateurs modérés. S'il a également été soutenu que l'augmentation des taxes sur l'alcool entraîne des pertes d'emplois, les effets à long terme de cette majoration fiscale sur le marché du travail dans son ensemble sont susceptibles d'être totalement insignifiants, et peut même se traduire par un recul du chômage, bien que le secteur de l'hôtellerie, de la restauration et des cafés ait besoin de s'adapter à court terme. L'un des principaux déterminants de la consommation et des méfaits de l'alcool en est l'accessibilité économique, une mesure composite du prix de l'alcool par rapport à celui d'autres produits et marchandises, corrigée en fonction du revenu. Afin de protéger la santé publique, la fiscalité sur l'alcool devra probablement être adaptée afin d'éviter que celui-ci ne devienne plus abordable. L'existence d'un important marché illicite ou parallèle peut compliquer la démarche stratégique inhérente à la fiscalité sur l'alcool. Dans de telles circonstances, l'augmentation des taxes doit s'accompagner d'efforts des pouvoirs publics en vue de lutter contre ce marché. Le commerce transfrontalier peut aussi compliquer la politique fiscale en matière d'alcool. Il importe cependant de noter que la baisse de la fiscalité tend à accroître les méfaits liés à l'alcool, plutôt que de résoudre les problèmes transfrontaliers.

Options d'action

81. Dans la plupart des pays, le maintien d'un même niveau de fiscalité se traduira par une baisse du prix relatif de l'alcool et, donc, par une hausse de son usage abusif et des méfaits liés à sa consommation, ainsi que par une baisse de productivité. Étant donné que les États membres

disposent du droit souverain de déterminer et de fixer leur politique fiscale, les options d'action à cet égard peuvent être les suivantes :

- majorer la fiscalité sur l'alcool. L'ampleur de cette augmentation peut se baser sur les données relatives à l'élasticité et à l'accessibilité économique ;
- taxer d'une manière proportionnellement plus importante les produits dotés d'une concentration plus élevée d'alcool ou mettre en place des incitants en faveur des versions moins alcoolisées ;
- ajouter des taxes spéciales aux produits particulièrement attrayants pour les jeunes consommateurs. Plusieurs pays ont pris de telles mesures pour les alco pops et les boissons apparentées ;
- fixer un prix minimum par litre d'alcool pur. Les pays optant pour cette solution veulent plus probablement s'assurer que les modifications de prix fassent évoluer comme prévu le prix au détail et ce, contrairement à la hausse de la fiscalité si celle-ci n'est pas répercutée sur le consommateur.

Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique

Énoncé

82. L'alcool est généralement consommé lors de prises de boisson massives, c'est-à-dire la forme la plus risquée d'alcoolisation. Celle-ci nuit à des personnes autres que le buveur, et peut causer des dommages considérables aux buveurs eux-mêmes, non seulement à la suite d'accidents ou d'une mort subite, mais aussi par la mortalité causée par les maladies chroniques. Si toutes les options politiques proposées dans ce Plan d'action sont susceptibles de réduire la fréquence et l'ampleur de l'usage abusif, les interventions menées dans le contexte même de la consommation d'alcool revêtent également une importance fondamentale. Pour être efficaces, celles-ci nécessitent une action coordonnée entre les pouvoirs publics, les systèmes de santé, la police, les systèmes de justice pénale, les autorités responsables de l'octroi des licences, les détaillants et les points de vente d'alcool, les collectivités locales et d'autres intervenants.

Résultats

83. Pendant la durée de ce Plan d'action, les pays doivent lutter contre les niveaux de mortalité liée à l'intoxication alcoolique, et en particulier aux traumatismes intentionnels et non intentionnels dus à la consommation d'alcool.

Indicateurs

84. Les taux de mortalité liée aux traumatismes intentionnels et non intentionnels imputables à l'alcoolisme feront office d'indicateurs pour cette section.

Généralités

85. La consommation abusive et l'intoxication alcoolique, qui peuvent survenir en tout lieu, notamment chez soi et dans les débits de boissons, sont particulièrement nocives pour la santé et le bien-être social. Bien que tous les domaines d'action repris dans ce Plan puissent exercer un impact sur l'alcoolisation abusive, celui-ci se concentre sur les conséquences de l'intoxication

découlant de l'environnement de consommation. La disponibilité immédiate de l'alcool bon marché dans d'autres points de vente peut être à l'origine de l'état d'ébriété d'un grand nombre de clients arrivant sur un lieu de boisson. Néanmoins, les environnements de consommation peuvent être associés à l'état d'ivresse, à l'alcool au volant et aux comportements violents et agressifs. Certains lieux sont aussi associés à un montant disproportionné de méfaits. La relation entre la consommation et les dommages liés à l'alcool peut être à la fois influencée et modifiée par le contexte physique et social de l'alcoolisation. Les interventions menées sur les lieux ou dans les environnements de consommation peuvent jouer un rôle important afin de prévenir les problèmes affectant les non-buveurs, comme l'alcool au volant et la violence.

Stratégies

86. Les bars ou les cafés constituent un lieu de boisson important. Parmi les facteurs qui, dans l'environnement de consommation, accroissent le risque de problèmes liés à l'alcool, il convient de mentionner les pratiques de vente et de service qui favorisent l'ébriété, l'application radicale des heures de fermeture par le personnel des bars ou des cafés et par la police locale, l'incapacité du personnel à gérer les problèmes de comportement, certaines caractéristiques comme des bars surpeuplés, et la volonté de servir des personnes avant l'âge légal ou en état d'ébriété. Le respect de la réglementation en vigueur dans les bars et les cafés en vue de prévenir l'intoxication alcoolique n'a entraîné qu'une réduction limitée de la consommation abusive et à haut risque. Cependant, les résultats sont grandement améliorés quand la législation interdisant la vente d'alcool aux consommateurs en état d'ébriété est appliquée de manière active et continue. Dans les pays ne disposant pas de telles lois, la mise en place d'un système d'octroi de licences pour la vente d'alcool et de règlements pour la délivrance de telles autorisations peut garantir que les débits de boissons adhèrent à certaines normes en vue de diminuer la probabilité de dommages liés à l'alcool. Le respect de ces règlements peut faire l'objet d'un contrôle régulier au niveau local, et des sanctions peuvent être imposées en cas d'infraction, notamment le retrait de la licence. Des programmes de formation destinés aux serveurs peuvent constituer une condition *sine qua non* à l'attribution et au maintien d'une licence.

87. Des étiquettes d'avertissement des risques sanitaires doivent être apposées sur tous les contenants de boissons alcoolisées dans le cadre d'un vaste dispositif de communication, et des campagnes sanitaires doivent être réalisées sur les lieux d'achat pour réduire l'usage nocif de l'alcool. L'apposition progressive des étiquettes d'avertissement s'effectue à moindre frais et permet au moins de rappeler aux individus, comme à la société tout entière, que l'alcool n'est pas un produit de consommation comme un autre. Tout comme les informations fournies sur les denrées alimentaires ordinaires, les étiquettes des boissons alcoolisées doivent indiquer la teneur en alcool d'une manière facilement compréhensible, et faire mention des directives de l'État membre pour les hommes comme pour les femmes. Les ingrédients revêtant une importance sanitaire, comme la teneur en calories, doivent également être indiqués. Il importe de procéder à un étiquetage comparable à celui utilisé pour les autres denrées alimentaires de manière à ce que les consommateurs aient accès à des informations complètes sur le contenu et la composition du produit par souci de protection de leur santé et de leurs intérêts.

Options d'action

88. Comme des établissements servant des boissons alcoolisées et dotés de locaux mal conçus peuvent se rencontrer dans tous les pays et territoires, ou comme les lois interdisant le service aux clients avant l'âge légal ou en état d'ébriété peuvent être enfreintes partout, il est toujours possible d'intensifier ces efforts au niveau local pour réduire les méfaits. Plusieurs actions importantes peuvent être prises à cet égard.

89. Des directives et des normes peuvent être élaborées pour la conception des établissements, la formation des serveurs et la surveillance et l'application de la législation concernant l'octroi des licences. Celles-ci peuvent être diffusées auprès des autorités délivrant les licences et des établissements servant des boissons alcoolisées. Ces directives et ces normes peuvent refléter une orientation de santé publique.

90. Les règlements existants en matière d'octroi de licences doivent être revus et renforcés le cas échéant. Ils doivent en effet s'assurer que les établissements respectent les normes en vigueur, que la formation des serveurs soit prise en considération pour la délivrance de licences, et que leur contrôle et leur application soient garantis au niveau local. Les règlements doivent aussi veiller à ce que des sanctions suffisamment sévères (y compris la suspension de la licence) soient appliquées en cas d'infraction par les serveurs ou les établissements servant des boissons alcoolisées, et lorsque les organismes d'octroi de licences négligent de procéder à une réglementation efficace des environnements de consommation.

91. Des mesures peuvent être prises pour apposer une série d'étiquettes d'avertissement ou d'information sur tous les contenants de boissons alcoolisées et sur tous les supports de communication commerciale dans ce domaine. Le contenu de ces messages peut faire l'objet d'une recommandation utile par des organismes de santé publique, et aborder des questions d'intérêt immédiat telles que la consommation d'alcool pendant la grossesse ou au volant, ou envisager les risques à long terme, comme la pression artérielle et le cancer.

92. Un étiquetage similaire à celui utilisé pour les denrées alimentaires, mentionnant notamment la teneur en alcool et en calories, les additifs, les allergènes, etc., peut être appliqué lorsque cela est possible.

Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel

Énoncé

93. En Europe, bien que le volume exact de la consommation d'alcool non déclaré ne soit pas entièrement connu, les proportions pourraient globalement osciller entre un tiers à deux cinquièmes, selon les estimations. Elles sont aussi beaucoup plus élevées dans la partie orientale de la Région que dans la partie occidentale. Par unité de l'alcool, les produits non déclarés sont censés exercer un impact plus important sur la santé que les produits déclarés. On ignore cependant l'ampleur de ce problème potentiel. L'objectif des politiques en matière d'alcool doit être de réduire les méfaits de l'alcool déclaré, et de veiller à ce que davantage de produits alcoolisés non déclarés soient enregistrés par le circuit officiel. En même temps, une évaluation complète de l'étendue des méfaits potentiels de toutes les formes d'alcool non déclaré doit être mise en œuvre.

Résultats

94. Pendant la durée de ce Plan d'action, les pays exposés à ce problème doivent réduire la composition chimique nocive des alcools non déclarés.

Indicateur

95. La teneur en acétaldéhyde, en coumarine, en phtalate et en carbamate d'éthyle d'échantillons d'alcool non déclaré sert d'indicateur dans ce cas.

Généralités

96. L'expression « alcool non déclaré » s'applique à tous les alcools de fabrication informelle et artisanale, produits illégalement ou introduits en contrebande, ainsi que l'alcool de substitution non officiellement destiné à la consommation humaine. L'alcool produit de manière illégale et informelle ainsi que l'alcool de substitution, une fois consommés, peuvent avoir des conséquences sanitaires en raison de la forte contamination ou teneur éthanolique, qui présentent une toxicité pour le foie. Le commerce illicite peut aussi poser des risques pour la santé en raison du faible coût de l'alcool vendu dans ces conditions, ce qui encourage une plus grande consommation, notamment chez les jeunes et les mineurs.

Stratégies

97. Malgré les inquiétudes au sujet des méfaits sanitaires potentiels induits par la composition chimique de l'alcool non déclaré, peu de données sont étonnamment disponibles sur ce problème dans la Région européenne. Selon les conclusions d'une étude à petite échelle réalisée sur des échantillons en provenance de 17 pays européens, bien que ces derniers possèdent souvent des concentrations d'éthanol plus élevées que les spiritueux déclarés, ils étaient généralement exempts de contaminants. Les eaux-de-vie de fruit font cependant exception : elles ont tendance à comprendre des niveaux élevés de carbamate d'éthyle. Les politiques en matière d'alcool n'incluent actuellement aucun concept fondé sur des bases factuelles relatif à la gestion de l'alcool non déclaré, à l'exception de certaines mesures efficaces prises dans le passé, comme notamment l'interdiction de l'utilisation du méthanol pour dénaturer l'alcool. D'autres mesures pourraient aller de la légalisation de l'alcool non déclaré conjointement avec un contrôle de la qualité, à la sensibilisation des fabricants d'alcool non déclaré sur la manière d'éviter les problèmes ainsi identifiés.

98. Bien que tout produit lourdement taxé soit susceptible de donner lieu à des activités frauduleuses, on ne peut en conclure que l'application d'une fiscalité réduite et uniforme permettra de faire baisser le niveau de la contrebande d'alcool. L'informatisation des données de surveillance sur les mouvements des produits soumis à accise, et l'émission de timbres fiscaux indiquant la date et le lieu de l'acquiescement de l'accise, sont deux méthodes permettant de contrôler et de combattre la contrebande.

Options d'action

99. Les politiques en matière d'alcool devraient continuer à viser principalement la réduction des méfaits dus à l'alcool déclaré. Néanmoins, l'ampleur du commerce illégal et l'impact sanitaire potentiel des produits non déclarés restent toujours mal connus. Plusieurs interventions dans ce domaine peuvent apporter des gains supplémentaires pour la santé.

100. Des mesures doivent être prises afin de procéder à de nouvelles estimations de l'importance même du marché illégal, et une analyse chimique approfondie des échantillons d'alcool non déclaré doit être réalisée afin de recenser les produits plus risqués et leur potentiel de nuisance.

101. Le cas échéant, on veillera à impliquer les fabricants de produits alcoolisés informels ou de substitution en vue de réduire les risques liés aux procédés de fabrication. Le suivi informatisé doit être utilisé pour surveiller la circulation des produits alcoolisés, et des timbres fiscaux doivent être apposés afin de faciliter le suivi et l'identification des produits illicites.

Suivi et surveillance

Énoncé

102. Un plan d'action est plus efficace si sa mise en œuvre et son impact en termes de réduction des méfaits de l'alcool sont suivis et évalués. La transparence et la communication régulière au public des progrès accomplis sont à cette fin nécessaires. Il importe également de faire preuve d'un leadership considérable et de disposer de ressources suffisantes pour garantir la disponibilité des données requises. On doit également veiller à ce que de nombreux ministères et secteurs collaborent ensemble afin de rédiger régulièrement des rapports détaillés de suivi et de surveillance.

Résultats

103. Les pays doivent publier régulièrement des rapports complets sur l'alcool comprenant des informations sur la consommation chez l'adulte, la consommation avant l'âge légal, les problèmes de santé liés à l'alcool ainsi que les coûts pour la société. Les pays doivent présenter des données pour tous les indicateurs de l'enquête de l'OMS sur l'alcool et la santé.

Indicateur

104. L'accès du public aux rapports complets publiés régulièrement sur l'alcool fera office d'indicateur dans ce cas.

Généralités

105. Comme il a été souligné dans la section consacrée à l'intervention politique, pour être efficaces, les plans nationaux et les stratégies de lutte contre l'alcoolisme doivent annoncer les objectifs et les résultats que l'on s'efforce d'atteindre. Des indicateurs de processus et de résultats doivent être mis au point, utilisés et surveillés, conjointement avec la rédaction régulière de rapports pour informer les parties prenantes. L'évaluation régulière permet de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action national ou de la stratégie nationale, et de recenser les mesures efficaces et inefficaces. En outre, le plan ou la stratégie peuvent être constamment révisés. Les rapports nationaux de mise en œuvre et de suivi doivent être rendus publics, et les secteurs publics, les ONG et les autres parties prenantes doivent être invités à y apporter des commentaires à intervalles réguliers.

Stratégies

106. Le Comité de la Commission européenne chargé de la collecte de données, des indicateurs et des définitions relatifs à l'alcool a recommandé trois indicateurs clés pour suivre l'évolution de la consommation d'alcool et les méfaits qui y sont liés. Ces indicateurs permettent de mesurer les paramètres suivants :

- *volume de la consommation* (consommation totale déclarée et non déclarée par habitant d'alcool pur en litres par adulte (15 ans et plus), avec des sous-indicateurs pour la bière, le vin et les spiritueux) ;
- *habitudes de consommation nocive* (consommation d'au moins 60 g d'alcool en une seule occasion au moins une fois par mois, au cours des 12 mois précédents) ;

- *effets nocifs pour la santé* (années de vie perdues), avec des sous-indicateurs pour les années de vies perdues attribuables à l'alcool à cause des maladies chroniques et des traumatismes.
107. Des rapports sur l'alcool peuvent être régulièrement préparés sur les cinq thèmes suivants :
- *consommation d'alcool chez l'adulte*, notamment les tendances de la consommation, les types d'alcool consommés, les variables socioéconomiques, les caractéristiques démographiques, l'alcool et la grossesse, le comportement de consommation des adultes et leur connaissance de l'alcool, et les profils géographiques de la consommation ;
 - *consommation avant l'âge légal*, notamment les tendances de la consommation, les types d'alcool consommés, les variables socioéconomiques et la consommation chez les différents groupes ethniques, les associations avec la consommation d'autres substances, ainsi que les comportements de consommation et la connaissance de l'alcool ;
 - *problèmes de santé liés à l'alcool*, notamment la consommation dangereuse et nocive ainsi que la dépendance, les consultations avec les professionnels de santé au sujet de la consommation d'alcool, les hospitalisations et la mortalité liées à l'alcool ;
 - *offre et accessibilité économique de l'alcool* ;
 - *coûts pour la société*, notamment les dépenses encourues par les dommages ainsi causés, la criminalité ainsi que les accidents de la circulation liés à l'alcool ;
 - *interventions politiques*, notamment tous les résultats politiques de ce Plan d'action pertinent pour les pays et liés au leadership, à la sensibilisation et à l'engagement, les interventions des services de santé, l'action dans les communautés et sur le lieu de travail, l'alcool au volant, l'offre et la disponibilité, le marketing, la tarification, la réduction de l'intoxication, et la diminution de l'impact de l'alcool illicite et produit de manière informelle.

Options d'action

108. Bien qu'un certain nombre d'États rédigent régulièrement des rapports sur l'alcool en collectant toutes les données à ce sujet, les pays peuvent trouver les moyens d'améliorer ces données et de renforcer leurs systèmes d'analyse et de notification. En outre, il est difficile d'améliorer les plans d'action et les stratégies existants en l'absence d'un système efficace de suivi et d'évaluation. À cet égard, un certain nombre de mesures s'avèrent nécessaires.

- Compiler toutes les données disponibles sur l'alcool dans un seul rapport portant sur la consommation, les dommages, les coûts sociaux et les interventions politiques, et diffuser largement ce rapport. Ce dernier pourrait également inclure, de manière cyclique, des informations plus détaillées sur un sujet donné.
- Affiner les méthodes d'analyse utilisées pour générer des données sur l'alcool. Les données relatives à la morbidité et à la mortalité doivent inclure le calcul des fractions attribuables à l'alcool. Il importe également d'estimer les coûts sociaux, notamment les coûts sociaux évitables, induits par la mise en œuvre de mesures spécifiques dans ce domaine.

Le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Leadership

109. Le Bureau régional de l'OMS, en collaboration avec ses centres collaborateurs, continuera à jouer un rôle de premier plan dans la coordination d'une intervention européenne face aux défis

particuliers posés par les méfaits de l'alcool en Europe. Il travaillera en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS afin de soutenir la mise en œuvre en Europe et dans le monde de la stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

110. Le Bureau régional utilisera le Plan d'action pour une publication qui comprendra une liste de contrôle ou un ensemble de questions à l'adresse des États membres, ainsi qu'une annexe où les indicateurs proposés sont opérationnalisés et liés à ceux utilisés dans le Système européen d'information pour l'alcool et la santé. Il poursuivra sa collaboration étroite avec la Commission européenne dans la mise en œuvre d'actions communes et conjointes, et apportera son soutien aux pays pour l'application, l'évaluation et le suivi des politiques en matière d'alcool et ce, en fonction de leurs besoins et de leur contexte culturel et socioéconomique. Il assurera la liaison avec les organismes intergouvernementaux appropriés tels que le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale, l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en vue de demander la prise en compte des politiques en matière d'alcool dans les programmes de développement social et économique concernés.

Renforcement des capacités

111. Dans le cadre d'une approche de santé publique face aux problèmes liés à l'alcool, le Bureau régional aidera les organismes publics aux niveaux national et infranational, en particulier dans les pays les plus touchés par l'invalidité et la mortalité dues à l'alcool, à donner une haute priorité à la prévention des dommages causés par l'alcool, en consentant un investissement accru dans la mise en œuvre des politiques qui ont fait leurs preuves. Il apportera son soutien aux pays afin qu'ils continuent d'examiner la nature et l'étendue des problèmes causés par l'alcool dans leurs populations, les ressources et les infrastructures disponibles pour réduire leur incidence, la prévalence et l'impact, et les opportunités et les contraintes éventuelles en termes d'adoption de nouveaux programmes et de nouvelles politiques. Il épaulera également les efforts des pays en vue de formuler, d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action sur l'alcool financés de manière adéquate et dotés d'objectifs, de stratégies et de cibles claires, et d'établir ou de renforcer les mécanismes et les points focaux pour coordonner les activités des intervenants en santé publique. En outre, le Bureau régional aidera les États membres à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques et de programmes fondés sur des bases factuelles, en utilisant dans la mesure du possible les structures existantes.

Suivi et surveillance

112. Compte tenu de la nécessité de garantir un système durable pour le suivi et la surveillance des progrès accomplis dans la réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool, le Bureau régional continuera, en partenariat avec la Commission européenne et le Siège de l'OMS, de maintenir et de développer le Système d'information européen pour l'alcool et la santé avec les homologues dans les pays, de compiler et d'analyser les données relatives au suivi et à la surveillance de l'alcool sur la base de définitions et de données communes et comparables. Il soutiendra l'intégration à ce système de données pertinentes provenant d'organismes internationaux comme la Commission européenne pour permettre la poursuite des efforts actuels de surveillance, ainsi que pour fournir des informations aux pays qui n'ont pas encore mis en place un système de suivi et de surveillance de l'alcool. L'OMS encouragera tous les intervenants à fournir des données et des informations transparentes sur les questions liées à l'alcool.

113. Le Bureau régional continuera d'intégrer les politiques, les législations, les règlements et les données sur l'efficacité des politiques et des programmes dans le système d'information, pour aider à recenser les meilleures pratiques et soutenir les États membres dans leurs efforts visant à élaborer des programmes efficaces.

Diffusion des connaissances

114. Afin de pouvoir profiter de cette vaste somme croissante de connaissances, et de soutenir et d'appliquer des mesures fondées sur des bases factuelles en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool, le Bureau régional mettra tout en œuvre pour diffuser régulièrement, auprès des États membres, les derniers résultats et conclusions en ce qui concerne ces mesures et leur application. Il veillera également à ce que l'on collecte, compile et diffuse les données de l'expérience pratique acquise dans la mise en œuvre des politiques en matière d'alcool fondées sur des bases factuelles dans différents contextes sociaux et à différents niveaux de gouvernance.

Collaboration

115. Reconnaissant le rôle que les ONG peuvent jouer en apportant leur soutien aux politiques en matière d'alcool, le Bureau régional renforcera ses processus de consultation et de collaboration avec les ONG et les organismes professionnels compétents qui n'ont aucun conflit d'intérêts avec le domaine de la santé publique.

116. Le Bureau régional s'inspire du principe selon lequel les politiques et interventions publiques visant à prévenir et à réduire les méfaits liés à l'alcool doivent être motivées par les intérêts de la santé publique, sur la base d'objectifs clairs dans ce domaine et des meilleures informations factuelles disponibles.