
L'alcool en Europe

Une approche en santé publique

**Rapport à la Commission Européenne
Anderson P., Baumberg B.**

Traduction du résumé en français par Michel Craplet ¹

Contexte et origine de la rédaction du rapport

Au moment où la Commission Européenne préparait sa propre stratégie sur l'alcool, pour couvrir l'ensemble de la question au niveau européen, elle a lancé un appel d'offre pour un rapport sur « les effets de la consommation d'alcool » en Europe du point de vue sanitaire, social et économique. Voici ce travail qui est à la fois une synthèse faite par des experts des différents travaux publiés sur la question (analyses systématiques, méta-analyses et études individuelles) et l'analyse des données rendues disponibles par la Commission Européenne et l'Organisation Mondiale de la Santé. Les auteurs de ce rapport considèrent «la politique de l'alcool²» comme l'ensemble des stratégies «servant les intérêts de la santé publique et du bien-être social en agissant sur les déterminants sanitaires et sociaux». Cette politique se développe donc dans le cadre de la santé publique, processus «mobilisant les ressources locales, régionales, nationales et internationales pour donner aux citoyens des conditions de vie leur permettant de rester en bonne santé». Une terminologie standardisée a été proposée tout au long du rapport ; elle est basée sur celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'agence spécialisée des Nations Unies pour les questions de santé.

La question alcool en Europe

Les différentes boissons contenant de l'alcool³ sont fabriquées et bues en Europe depuis des milliers d'années, en général à partir de matériaux naturels localement disponibles. Les boissons alcooliques ont été par ailleurs souvent utilisées comme des médicaments jusqu'au début du XXe siècle et avant le développement de la médecine moderne. Des législations sur l'alcool existaient depuis longtemps mais, habituellement, plutôt pour des motifs de maintien de l'ordre public ou pour réguler le marché que pour des raisons concernant la santé publique. Cependant, cette situation avait évolué dès le Moyen Age, et surtout au début des temps modernes, avec l'industrialisation débutante, l'amélioration des moyens de communication et la découverte de boissons distillées plus fortes en alcool. De larges «mouvements de tempérance⁴» se sont répandus dans de nombreux pays européens au XIXe siècle, à la suite des préoccupations concernant ces nouvelles boissons avant de s'élargir à une opposition à toutes les boissons alcooliques. Dans la plupart de ces pays, sinon tous, le mouvement de tempérance a perdu de son importance à la fin du XXe siècle. L'idée que «l'alcoolisme est une maladie⁵» s'est également développée au cours du XIXe siècle avec la création dans de nombreux pays européens de maisons de santé ou d'hôpitaux publics pour traiter les alcooliques.

Dans les années récentes, le «nouveau mouvement de santé publique» est devenu le paradigme dominant pour appréhender les problèmes liés à l'alcool en élargissant la question⁶ au-delà des problèmes posés par les seuls «alcooliques» (alcoolodépendants). Aujourd'hui en Europe, existe une large variété d'usages de l'alcool et de significations⁷ de sa consommation, depuis le simple accompagnement des repas familiaux... jusqu'à la participation aux rites de passage de la vie en société. «Boire de l'alcool» est souvent une manière d'officialiser un événement ou de marquer la division entre le travail et les loisirs. Atteindre et même rechercher l'ivresse, sont également des comportements caractéristiques, voire symboliques des différentes cultures des pays européens.

L'alcool dans l'économie européenne

L'Europe joue un rôle central dans le marché global de l'alcool, puisqu'elle est à l'origine du quart de la production mondiale des boissons alcooliques et de plus de la moitié de la production de vin. Le commerce est encore plus recentré sur l'Europe, avec 70 % des exportations d'alcool et plus de la moitié des importations impliquant l'Union européenne. Bien que la majorité de ce commerce ait lieu entre les pays européens, ces échanges contribuent pour environ 9 milliards d'euros au solde de la balance commerciale de l'Union Européenne.

Il est difficile d'évaluer l'importance de la contrebande dans l'Union européenne ; mais un groupe d'experts (*High Level Group of Company Law Experts*⁸) a estimé qu'environ 1,5 milliards d'euros de revenus fiscaux ont été perdus de ce fait en 1996. La différence de prix des boissons entre les différents pays européens joue un rôle encore plus important par le biais des **achats transfrontaliers** faits par des particuliers qui peuvent en toute légalité rapporter dans leur pays une certaine quantité de boissons alcooliques achetées dans des pays où elles sont moins fortement taxées. Dans plusieurs pays européens, au moins un touriste sur six revient de ses voyages à l'étranger avec des boissons alcooliques ; les voyageurs rapportent en moyenne plus de deux litres d'équivalent alcool pur par personne.

Le rôle économique des producteurs⁹ de boissons alcooliques est considérable dans de nombreux pays européens. Les droits d'accises de l'alcool s'élevaient à la somme de 25 milliards d'euros dans les 15 pays de l'Union Européenne en 2001, il faut y ajouter d'autres taxes payées au cours de la production et de la vente, en tenant compte du fait que 1,5 milliard d'euros sont rendus à cette chaîne à travers la Politique Agricole Commune. Du fait de la relative inélasticité de la demande pour l'alcool, le taux moyen de

taxation des boissons est un meilleur indicateur du revenu fiscal d'un gouvernement que le niveau de consommation dans le pays concerné. L'alcool est aussi à l'origine d'un grand nombre d'emplois, en particulier de plus de 750 000 postes dans la production (principalement pour le vin). D'autres emplois sont liés à l'alcool dans toute la chaîne de distribution, par exemple dans les débits de boissons et les boutiques de vente au détail. Cependant la taille de cette activité n'est pas nécessairement un bon indicateur de l'impact économique des «politiques de l'alcool» - par exemple, l'étude des tendances de la consommation d'alcool montre qu'il n'existe pas de relation simple avec les variations du nombre d'emplois dans les hôtels, les restaurants, les bars, ce qui suggère que l'effet des changements de la consommation pourrait être relativement faible sur l'économie générale. Une réduction des dépenses d'alcool aurait comme conséquence de libérer des ressources financières pour des dépenses dans d'autres secteurs, l'impact économique dépendant précisément du secteur où cette nouvelle dépense serait faite. Certes, des recherches supplémentaires doivent être conduites dans ce domaine, mais il existe déjà des preuves qu'une diminution de la consommation de l'alcool et d'autres biens, n'entraîne pas nécessairement des pertes d'emploi dans l'économie générale.

En se basant sur l'analyse des études existantes, on peut estimer que le **coût direct de la consommation d'alcool** pour l'Union européenne en 2003 a été de 125 milliards d'euros (chiffres compris entre les estimations extrêmes de 79 et 220 millions) ; ce chiffre est équivalent à 1,3 % du produit intérieur brut et est à peu près le même que celui donné récemment pour le tabac. Le **coût indirect** essaye de tenir compte de la valeur attribuée à la souffrance et plus généralement à la vie humaine en comptabilisant les années de vie « gâchées »¹⁰ à la suite des dommages de l'alcool (maladies, accidents, délits et crimes). En 2003, ces coûts ont été estimés à 270 milliards d'euros ; d'autres méthodes d'évaluation ont donné des chiffres compris entre 150 et 760 milliards d'euros. Bien que ces estimations prennent en compte de nombreuses conséquences de la consommation d'alcool, il existe d'autres domaines où le coût n'a pas été estimé car il n'a pas été possible d'obtenir de données. De la même façon, si les estimations ont pris en compte les éventuels bénéfices de la consommation d'alcool du point de vue sanitaire (en tenant compte du coût indirect), il n'existe pas d'étude qui pourrait donner des chiffres sur les effets positifs de cette consommation dans le domaine social.

occasion»), est systématiquement recherchée, ce qui suggère qu'il existe des différences entre les pays dans la reconnaissance de son état d'intoxication ou dans l'appréciation de la durée de «l'occasion de consommation».¹³ Les études sur ces comportements de recherche d'ivresse révèlent également des exceptions dans l'opposition nord-sud, montrant par exemple en Suède un des plus faibles taux de l'Europe des 15. En prenant l'ensemble des pays de l'Europe des 15, les adultes reconnaissent avoir été ivres 5 fois par an en moyenne, et avoir «recherché l'ivresse» 17 fois (en buvant 5 verres ou plus). Cela représente l'équivalent de 40 millions de citoyens de l'Europe des 15, «buvant trop» une fois par mois et de 100 millions (1 sur 3) recherchant l'ivresse au moins une fois par mois. Il existe beaucoup moins de données pour les nouveaux pays de l'Union, mais les chiffres recueillis suggèrent que la consommation de vin est remplacée par celle de spiritueux, que la fréquence de la consommation est plus faible mais que la fréquence de la recherche de l'ivresse est plus importante que dans l'Europe des 15.

Tandis que 266 millions d'adultes boivent de l'alcool, jusqu'à 20 g par jour pour les femmes et 40 g pour les hommes, plus de 58 millions d'adultes (15 % de la population générale) en boivent au-dessus de cette limite, avec 20 millions d'entre eux (6 % de la population) buvant plus de 40 g par jour pour les femmes et plus de 60 g pour les hommes. En considérant la question de l'addiction plutôt que les niveaux de consommation, nous pouvons estimer que 23 millions d'Européens (5 % des hommes et 1 % des femmes) sont [dépendants de l'alcool](#).

Dans toutes les sociétés¹⁴ étudiées, les hommes boivent plus fréquemment que les femmes, boivent des quantités plus importantes, et l'écart entre les sexes s'agrandit encore pour les consommations à risque. Bien que beaucoup de femmes arrêtent de consommer de l'alcool lorsqu'elles sont enceintes, un nombre significatif (25 à 50 %) continuent alors de boire, et certaines à des doses dangereuses. Les comportements peuvent être également étudiés du point de vue de la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Il apparaît que les personnes ne consommant pas d'alcool sont plus fréquentes dans les catégories socioprofessionnelles basses. Le tableau est complexe (montrant quelquefois des tendances opposées pour les hommes et pour les femmes), cependant en général les fréquences de l'ivresse et de la dépendance sont tous les deux plus élevées parmi les buveurs des CSP basses.

Presque tous les [élèves¹⁵ âgés de 15 à 16 ans](#) (90 %) ont bu de l'alcool à un moment de leur vie, commençant en moyenne à l'âge de 12 ans et demi avec, en moyenne, une première ivresse à 14

ans. A l'âge de 15-16 ans, la quantité buée en une occasion est en moyenne supérieure à 60 g d'alcool, et atteint presque 40 g dans les pays du sud de l'Europe. Plus d'un jeune sur 8 âgé de 15-16 ans (c'est-à-dire 13 % de cette classe d'âge) a été ivre au moins 20 fois dans sa vie et plus d'un sur 6 de ces buveurs (18 %) a recherché l'ivresse («have binged», c'est-à-dire a bu plus de 5 unités d'alcool par occasion), au moins 3 fois dans le dernier mois. Bien que dans deux pays, certaines études aient constaté plus d'ivresses chez les filles que les garçons pour la première fois en 2003, en général, les garçons continuent de boire plus et d'être ivres plus souvent que les filles et il existe peu de réduction de l'écart entre eux. Dans la plupart des pays, on a observé une augmentation du comportement de recherche d'ivresse pour les garçons entre les années 1995-9 et 2003 et dans la presque totalité des pays, cette évolution fut observée également pour les filles (des résultats semblables ont été trouvés dans d'autres pays que ceux participant à l'étude Espad et utilisant d'autres données). Ces résultats sont le reflet d'une augmentation du comportement de recherche d'ivresse et de la fréquence des ivresses à travers la plupart des pays européens de 1995 à 1999, suivie d'une tendance moins nette entre les années 1999 et 2003.

Les effets de la consommation d'alcool sur les individus.

Bien que la consommation d'alcool apporte un certain nombre de plaisirs, elle accroît en même temps les risques d'une grande variété de dommages sociaux, généralement de manière dose-dépendante - c'est-à-dire que plus grande est la consommation d'alcool, plus grand est le risque couru. Les dommages créés par la consommation des autres (membres de l'entourage social ou familial) vont de simples nuisances, comme le fait d'être réveillé la nuit, jusqu'aux conséquences les plus dramatiques : violences conjugales, violences sur les enfants, délits, crimes, homicides. Généralement, plus forte est la consommation, plus graves sont le crime ou la blessure. Tous les paramètres comme le volume d'alcool consommé, la fréquence des consommations, la fréquence et l'intensité des consommations épisodiques aiguës accroissent le risque de violence, indépendamment les uns des autres ; en outre, l'effet du volume de la consommation sur le dommage est souvent, mais pas toujours, modifié¹⁶ au cours des consommations épisodiques aiguës.

L'alcool est une drogue pouvant entraîner une dépendance, mais c'est également la cause de près de 60 différents types de maladies ou d'états pathologiques comprenant blessures, troubles psychiques avec retentissement sur le comportement, symptomatologies gastro-intestinales, cancers, déficits immunologiques, maladies

pulmonaires, maladies du squelette et des muscles, troubles de la fonction de reproduction et lésions prénatales, en particulier un risque accru de prématurité et de déficit staturo-pondéral à la naissance. Pour la plupart de ces états pathologiques, la consommation accroît le risque de manière dose-dépendante : plus grande est la consommation plus grand est le risque. Pour certains de ces états, comme les cardiomyopathies, les syndromes de détresse respiratoire aigue et les atteintes musculaires, les dommages apparaissent seulement après une consommation élevée sur une longue durée et aux niveaux de consommation élevés, l'alcool augmente encore le risque et la sévérité des lésions proportionnellement à la dose consommée. La fréquence et l'intensité de consommations épisodiques aiguës augmentent particulièrement le risque de blessures et de certaines maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral).

Une petite consommation d'alcool réduit le risque d'infarctus du myocarde, cependant la taille exacte de cette réduction et le niveau de consommation pour lequel cet effet est maximum sont encore en débat. Les meilleures études - celles qui tiennent compte d'autres influences - donnent une réduction du risque inférieure à celle qui est trouvée dans les études de moins bonne qualité et montrent que cette réduction survient pour une consommation d'alcool inférieure à celle habituellement proposée.

La plus grande part de la réduction du risque peut être obtenue avec une consommation de 10 g d'équivalent alcool pur (un verre) tous les deux jours. Au delà de 20 g (deux verres) par jour - qui est le niveau de consommation avec le risque le plus faible - le risque d'infarctus du myocarde augmente de nouveau. En outre, aux âges très avancés, la réduction du risque diminue. C'est principalement la présence d'alcool qui réduit le risque plutôt que les composants spécifiques des différentes boissons. Il existe aussi des recherches montrant que la consommation d'alcool à dose faible peut réduire le risque de démence d'origine vasculaire, de lithiase urinaire et de diabète ; cependant ces résultats n'ont pas été retrouvés dans toutes les études.

Le risque de décès lié à l'alcool est donc un équilibre entre le risque des maladies et des blessures que la consommation d'alcool augmente et le risque de maladie cardiaque (survenant essentiellement à un âge avancé) qui est diminué par la consommation de petites quantités d'alcool. Cet équilibre a pour conséquence que, au moins au Royaume-Uni, la consommation d'alcool avec le moindre risque est zéro ou proche de zéro pour les femmes en dessous de l'âge de 65 ans et moins de 5g d'alcool par

jour pour les femmes de plus de 65 ans. En ce qui concerne les hommes, le niveau de consommation d'alcool avec le moindre risque est zéro en dessous de l'âge de 35 ans, à peu près 5 g par jour ensuite et moins de 10 g pour les hommes âgés de 65 ans ou plus (la limite tendant vers zéro aux âges avancés).

Notons qu'il existe des bénéfices pour la santé de tous les « buveurs excessifs¹⁷ » à réduire ou stopper définitivement leur consommation d'alcool. Même pour les maladies chroniques comme la cirrhose du foie ou la dépression, la réduction ou l'arrêt de la consommation entraîne rapidement des améliorations.

Les effets de la consommation d'alcool sur l'Europe

La consommation d'alcool pèse lourdement sur plusieurs aspects de la vie des Européens en provoquant des dommages que nous pouvons grossièrement classer en dommages sociaux et problèmes de santé. Sept millions d'Européens ont rapporté avoir eu des comportements agressifs après consommation d'alcool l'année précédant l'enquête et (selon une revue d'un petit nombre d'études nationales) on peut estimer le coût économique des crimes et délits qui sont des conséquences directes de la consommation d'alcool à 33 milliards d'euros en 2003 pour l'ensemble de l'Union Européenne. Ce coût se répartit entre des frais de police, de tribunaux et de prisons (15 milliards d'euros), de prévention des crimes, d'assurances (12 milliards d'euros) et de dommages sur les biens (6 milliards d'euros). Les dommages sur les biens dus à la conduite en état d'ivresse ont aussi été chiffrés à 10 milliards d'euros, alors que les coûts humains dus aux conséquences physiques et psychologiques des crimes et délits ont été évalués entre 9 et 37 milliards d'euros.

Il est estimé que 23 millions d'Européens sont dépendants de l'alcool ; en tenant compte de la souffrance humaine induite parmi les membres de l'entourage, ceci conduit à l'estimation d'un coût indirect de 68 milliards d'euros. L'estimation de l'étendue des dommages dans la vie professionnelle est plus difficile ; cependant, dans l'Europe des 15, près de 5% des hommes consommateurs d'alcool et 2 % des femmes reconnaissent que cette consommation a un impact négatif sur leur travail ou leurs études. En faisant une revue des études nationales de coût, il a été estimé que la perte de productivité due à l'absentéisme et au chômage attribuables à l'alcool s'élève respectivement à des chiffres compris, selon les études, entre 9-19 milliards et 6-23 milliards d'euros.

Si on s'intéresse aux effets sur la santé, on peut considérer que la consommation d'alcool est responsable d'environ 195 000 morts

chaque année dans l'Union Européenne, mais elle est également estimée responsable de la prolongation de la durée de vie par un report de 160 000 décès, principalement du fait de son effet cardioprotecteur pour les femmes qui meurent après l'âge de 70 ans (cependant, du fait de difficultés méthodologiques, il est possible qu'il existe une surestimation du nombre de décès retardés). Il semble plus judicieux de considérer les 115 000 décès survenant avant l'âge de 70 ans afin d'éviter la surestimation des effets protecteurs de l'alcool après cet âge. Ces chiffres sont établis par comparaison avec la situation d'abstinence d'alcool et l'effet absolu serait plus fort si on considérait le niveau de consommation donnant le risque minimum. La mesure de l'effet de la consommation d'alcool par l'unité du DALY, exprimant le nombre d'années de vie gâchées (années de mauvaise santé ou de mort prématurée) atténue ces difficultés méthodologiques puisqu'elle montre que l'alcool est bien responsable de 12 % des morts prématurées et des années de mauvaise santé chez les hommes et de 2 % chez les femmes, même en tenant compte des effets bénéfiques. Ceci aboutit à classer l'alcool en troisième position parmi 36 facteurs de risque de mauvaise santé dans l'Union Européenne, devant le surpoids et l'obésité, juste après la consommation de tabac et l'hypertension artérielle.

Cet impact sanitaire se manifeste par une grande variété de causes de mortalité et d'états pathologiques, comprenant 17 000 morts annuelles par accidents routiers (1 accident mortel sur 3), 27 000 morts au cours d'autres accidents, 2 000 homicides (4 meurtres et homicides involontaires sur 10), 10 000 suicides (1 sur 6), 45 000 morts par cirrhose du foie, 50 000 par cancers (dont 11 000 cancers du sein chez la femme) et 17 000 morts par complications neuro-psychiatriques aussi bien que 200 000 épisodes de dépression (qui comptent pour 2,5 millions de DALYs). Le coût du traitement de ces états pathologiques a été estimé à 17 milliards d'euros, s'ajoutant à 5 milliards d'euros dépensés pour le traitement et la prévention de l'usage nocif d'alcool et de l'usage avec dépendance. Les vies perdues peuvent être estimées soit pour leur potentiel de production perdue (36 milliards d'euros sans tenir compte des effets bénéfiques) ou en considérant la valeur de la vie elle-même (145 à 712 milliards d'euros après avoir tenu compte des effets bénéfiques).

Les jeunes endossent une lourde partie de ce fardeau avec plus de 10 % de la mortalité des jeunes femmes et environ 25 % de celle des jeunes hommes liées à l'alcool. Il existe peu de données sur l'étendue des troubles sociaux chez les jeunes, mais 6 % des élèves âgés de 15 à 16 ans en Europe attribuent à la consommation

d'alcool des actes violents et 4 % d'entre eux l'associe à des rapports sexuels non protégés.

Lorsqu'on compare la **situation des différents pays**, on s'aperçoit que la consommation d'alcool joue un rôle important dans l'abaissement de l'espérance de vie des pays ayant intégré l'Union Européenne récemment par rapport à ceux de l'Europe des 15 avec un excès du taux de mortalité attribuable à l'alcool de 90 hommes et 60 femmes pour 100 000 habitants. A l'intérieur de chaque pays, de nombreux états pathologiques impliquant des inégalités sanitaires sont liés à la consommation d'alcool, mais ces états pathologiques peuvent varier (par exemple, c'est pour la cirrhose en France et pour les morts violentes en Finlande). La moins bonne santé des habitants des zones économiquement défavorisées, apparaît également liée à la consommation d'alcool et des recherches suggèrent que la mortalité directement attribuable à l'alcool est plus importante dans ces régions défavorisées au delà de ce qui pourrait être expliqué par de simples inégalités socio-économiques individuelles.

De nombreux dommages causés par la consommation d'alcool touchent les membres de l'entourage des buveurs. Parmi ces personnes, nous pouvons compter les 60 000 enfants naissant avec un poids inférieur à la normal, aussi bien qu'une grande proportion (16 %) des enfants maltraités, et plus généralement les 5-9 millions d'enfants appartenant à des familles où existe un problème d'alcool. La consommation d'alcool touche aussi d'autres adultes, dont 10 000 personnes mortes dans un accident routier en plus des conducteurs en état d'ivresse et d'autres victimes de crimes ou délits. Une partie du coût économique est aussi payé par d'autres personnes ou des institutions, en particulier une grande part du coût des crimes et délits estimé à 33 milliards d'euros, les 17 milliards d'euros dépensés dans le système de soins et 9-19 milliards d'euros dus à l'absentéisme.

De simples observations et les analyses chronologiques montrent que le poids de la consommation d'alcool sur la santé est lié aux changements de manière de boire. Ces changements sont le reflet du comportement des «buveurs excessifs» plus que celui des «buveurs modérés» (étant donné que, par exemple, les 10 % de buveurs «les plus excessifs» boivent un tiers, voire une moitié de la consommation totale dans la plupart des pays) mais ces changements indiquent aussi la tendance générale des groupes et des communautés à changer collectivement leurs niveaux de consommation. Pour l'ensemble de la population, l'impact sur les dommages d'un changement de la consommation moyenne d'un litre d'alcool pur par an est plus élevé dans les pays consommant moins de l'Europe des 15 (ceux d'Europe du Nord) mais est encore

significatif pour la cirrhose, les homicides (pour les hommes seulement), les accidents et la mortalité générale (hommes seulement) dans les pays d'Europe du sud consommant plus. Alors que certains observateurs ont affirmé que les changements plus importants qui sont survenus en Europe du Nord sont le reflet de la culture «explosive» du boire, ils peuvent aussi refléter l'effet proportionnel plus fort d'une baisse de consommation d'un litre d'équivalent alcool pur dans ces pays nordiques consommant peu. Plus généralement, il a été estimé que la diminution de la consommation d'un litre d'alcool pur par an ferait diminuer la mortalité des hommes de 1 % en Europe du sud et du centre et de 3 % en Europe du nord.

Evaluation des différentes politiques de prévention

Pour être efficaces sur la question de l'alcool, les politiques de sécurité routière doivent associer l'utilisation de taux légaux d'alcoolémie bas, avec des taux plus faibles pour les nouveaux conducteurs - la pratique de contrôles aléatoires d'alcoolémie et des suspensions du permis de conduire. Les études scientifiques, encore en nombre limité, n'ont pas démontré l'efficacité des programmes de réduction des risques (comme le raccompagnement à domicile des personnes ivres ou la pratique du «conducteur désigné». Le verrouillage automatique des véhicules peut être une mesure intéressante en prévention primaire, mais en ce qui concerne les conducteurs condamnés, elle n'est pas efficace au delà de la période où le système est installé sur le véhicule du chauffeur qui a été en infraction. L'OMS a modélisé l'impact et le coût des contrôles aléatoires d'alcoolémie. Par rapport à l'absence de cette mesure, et si elle était appliquée dans toute l'Union européenne, elle aboutirait au bénéfice de 111 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût estimé à 233 milliards d'euros par an.

L'efficacité des politiques de prévention utilisant les actions **d'information, d'éducation, et de formation** est faible. Bien que le but des actions d'éducation en milieu scolaire apparaisse facile à atteindre du fait qu'elles s'adressent à des publics «captifs», l'effet de ces programmes sur la population générale est faible car leur efficacité est limitée. Notons bien que des recommandations pour améliorer l'efficacité de ces programmes scolaires ont été données. Par ailleurs, les actions utilisant les media ont un rôle particulier à jouer en renforçant la prise de conscience des problèmes créés par la consommation d'alcool et en préparant le terrain pour des interventions particulières.

Il existe de fortes preuves de l'efficacité des politiques **régulant le marché de l'alcool**. La taxation des boissons alcooliques est

particulièrement importante dans tous les pays, car elle agit en particulier sur la consommation d'alcool problématique des jeunes. Si la taxation de l'alcool était utilisée pour augmenter de 10% le prix de l'alcool dans l'Europe des 15, plus de 9000 décès seraient évités l'année suivante et un supplément de 13 milliards d'euros de revenu fiscal (droits d'accises) serait prélevé. Il a été prouvé que lorsque les horaires autorisés de vente de l'alcool sont étendus, les actes violents augmentent. L'OMS a modélisé l'effet de la restriction d'une durée de 24 heures par semaine pour la vente d'alcool dans les commerces de détail ; cela entraînerait pour l'Union Européenne le bénéfice de 123 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût d'implantation estimé à 98 millions d'euros par an.

Réglementer les **communications commerciales** des boissons alcooliques (publicité et autres pratiques de marketing) en contrôlant leur volume et leur contenu est susceptible de réduire les dommages. Les publicités ont une action particulière sur les jeunes car elles valorisent les attitudes positives vis-à-vis de la consommation d'alcool. L'auto régulation effectuée par les producteurs de boissons eux-mêmes (par exemple en publiant des codes de bonne conduite) n'apparaît pas comme efficace. L'OMS a modélisé l'impact de l'interdiction de la publicité ; appliqué à l'Union européenne, elle entraînerait le bénéfice de 202 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût d'implantation estimé à 95 millions d'euros par an.

Il existe de plus en plus de preuves de l'efficacité des stratégies modifiant le **contexte et le cadre de la consommation**. Cependant ces stratégies sont applicables principalement dans les bars et les restaurants et leur efficacité dépend de la surveillance par les autorités. Par exemple, voter une loi sur l'âge minimum pour consommer de l'alcool aura peu d'effet si la sévérité de la loi votée n'est pas renforcée par la crainte de voir la licence des débits de boissons retirée aux établissements qui ne la respectent pas. De telles stratégies sont également plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des programmes de prévention communautaires.

Il existe de plus en plus de preuves de l'impact des **interventions brèves**¹⁸, particulièrement dans les lieux de soins primaires¹⁹, pour réduire la consommation d'alcool à risque et dangereuse. L'Organisation Mondiale de la Santé a modélisé l'impact et le coût des soins basés sur les interventions brèves s'ils étaient proposés à 25 % de la population à risque; appliqué à l'Union européenne, cela entraînerait le bénéfice de 408 000 années de vie améliorées ou sauvées pour un coût estimé à 740 millions d'euros par an.

En utilisant ces modèles de l'OMS, et en comparant avec une absence de toute politique de prévention, il a été possible d'estimer le coût et l'effet d'un ensemble de mesures et de programmes efficaces appliqués à l'ensemble de l'Union Européenne comprenant des contrôles d'alcoolémie aléatoires sur la route, une augmentation de la taxation, une restriction de l'accès aux boissons alcooliques, une interdiction de la publicité et la pratique d'interventions brèves par les médecins généralistes. L'implantation de cet ensemble de mesures coûterait aux gouvernements européens la somme de 1,3 milliards d'euros. Cela représente à peu près 1 % des coûts directs de l'alcool à la société et seulement 10 % du surplus de recette fiscale obtenu par une augmentation de 10 % du prix de l'alcool). Il a été estimé que cet ensemble de mesure éviterait 1,4 millions d'années de vie en mauvaise santé ou de morts prématurées par an, soit approximativement 2 % de la somme de toutes les années de vie gâchées dans l'Union européenne.

Les politiques de l'alcool aux niveaux européen et mondial

Les contraintes légales les plus fortes touchant la politique de l'alcool viennent des **traités commerciaux internationaux** : Accord Général sur les Tarifs douaniers et le Commerce (AGTC), le « *GATT* » concernant les marchandises et Accord Général sur le Commerce et les Services les services (AGCS), le « *GATS* ». Les litiges commerciaux passés montrent que l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), en charge de faire respecter les traités, peut donner la priorité à la santé sur le commerce dans quelques circonstances (interdiction des importations d'amiante, par exemple) mais les politiques de restriction commerciale doivent passer une série de contrôles sévères pour être acceptées.

Cependant, le plus grand impact sur la réalité des politiques de l'alcool est venu des **réglementations commerciales de l'Union Européenne**. La plupart des litiges concernant l'alcool proviennent de la règle dite du «traitement national» sur la question de la taxation, règle qui interdit aux Etats de faire des discriminations - directes ou indirectes - en faveur des produits nationaux contre ceux provenant d'un autre pays de l'Union. Aucune exception ne peut être faite à ce principe, même avec des arguments tenant à la santé publique, ce qui entraîne que certains pays sont confrontés à des restrictions dans la définition de leur politique fiscale. Dans le sens opposé, la **Cour de justice des communautés européennes**, qui prend une importance grandissante, a conforté sans ambiguïté la possibilité d'interdictions publicitaires pour les boissons alcooliques en Catalogne et en France, reconnaissant «qu'il est indéniable que la publicité est un encouragement à la consommation».

L'harmonisation des droits d'accises est un objectif à long terme de l'Union Européenne pour réduire les distorsions du marché, où de grandes différences dans les taux de taxation entre pays voisins conduisent à des achats transfrontaliers importants. Ce phénomène conduit à des pertes de revenus pour les gouvernements des pays taxant fortement l'alcool et crée des pressions économiques pour qu'ils baissent leurs taux de taxation, comme cela est arrivé dans plusieurs pays nordiques. La production de boissons alcooliques sous forme de vins reçoit une aide de 1,5 milliards d'euros par an par le biais de la **Politique Agricole Commune**. L'importance économique et politique de ces subventions, dans le contexte des problèmes actuels de la viticulture, freine les avancées favorables à la santé publique.

L'organisme international qui s'est révélé le plus actif sur la question de l'alcool est **l'Organisation Mondiale de la Santé**, dont le Bureau européen a pris plusieurs initiatives pour réduire les dommages liés à l'alcool dans ses 52 états membres. Il s'agit de la publication du Cadre pour la politique de l'alcool de la région Europe (*Framework for Alcohol Policy in the European region*), de la Charte européenne sur l'alcool et de l'organisation de deux conférences ministérielles qui ont confirmé la nécessité que la politique de prévention du risque alcool (et la politique de santé publique plus généralement) soit développée indépendamment des intérêts économiques et commerciaux.

Bien que l'Union Européenne ne puisse pas voter de loi ayant comme objectif la protection de la santé humaine (les Etats membres n'ont pas conféré ce pouvoir aux institutions européennes), certaines politiques traitant du marché interne peuvent intégrer des questions de santé, comme l'article sur la publicité de la Directive «Télévision sans Frontières». Autrement, l'action de l'Union Européenne ne peut se faire que par des incitations, sous la forme de résolutions et de recommandations demandant aux Etats membres d'agir dans une certaine direction, mais sans pouvoir les contraindre à le faire.

Les politiques de l'alcool des Etats membres de l'Union Européenne

Tous les pays de l'Union Européenne disposent d'un certain nombre de lois et de pratiques administratives spécifiques aux boissons alcooliques, souvent pour des raisons de santé publique. En dépit de cela, près de la moitié des pays européens n'ont pas encore de **plan d'action ou d'organisme coordonnateur sur la question de l'alcool**. Cependant, la plupart des pays ont mis en place des programmes d'actions dans un domaine ou l'autre de la question, les plus

habituels étant des programmes d'information en milieu scolaire. Tous les pays ont également mis en place des actions de prévention au cours de la conduite automobile et tous, à l'exception du Royaume-Uni, de l'Irlande et du Luxembourg, ont placé le taux légal maximum autorisé pour les conducteurs au niveau recommandé par la Commission Européenne (0,5 g/l). Cependant, beaucoup de conducteurs européens pensent qu'il existe un risque minime d'être contrôlé - un tiers d'entre eux pensant qu'ils ne seront *jamais* soumis à l'éthylomètre, mais cet «espoir» est plus faible dans les pays où sont pratiqués des contrôles aléatoires d'alcoolémie.

Les ventes de boissons alcooliques sont soumises à des restrictions dans la plupart des pays de l'UE, dans quelques cas par le biais de monopoles de vente au détail, mais le plus souvent par un système de licences, et les lieux où l'alcool peut être vendu sont le plus souvent limités. Plus d'un tiers des pays (et quelques régions des pays européens à organisation fédérale) limitent également les heures de vente et les restrictions sur les jours de vente ou la densité des lieux de vente à emporter existent dans un petit nombre de pays. Tous les pays interdisent la vente d'alcool à consommer sur place aux jeunes en dessous d'un certain âge, mais 4 pays n'ont aucune réglementation sur la vente aux jeunes dans les boutiques de vente à emporter. L'âge limite de vente varie aussi à travers l'Europe, elle est plutôt autour de 18 ans dans l'Europe du Nord et de 16 au Sud.

La promotion de l'alcool est contrôlée de façon plus ou moins sévère selon la nature de l'activité commerciale. Les publicités pour les bières à la télévision sont soumises à des réglementations (qui vont au-delà des règles sur le contenu des messages²⁰) dans plus de la moitié des pays européens avec des interdictions totales dans 5 pays ; toujours pour la télévision, la publicité pour les spiritueux est interdite dans 14 pays. La publicité par affichage et dans la presse écrite est soumise à moins de contrainte, un pays sur trois (principalement dans les 10 nouveaux pays européens) ne fixant aucune limite. La sponsoring par les activités sportives est l'activité commerciale la moins contrôlée : sept pays seulement imposent une restriction ou une autre.

La taxation des boissons alcooliques est une autre caractéristique retrouvée dans les pays européens, mais les niveaux de taxation sont très variables. Nous pouvons le voir en particulier pour le vin qui n'est pas taxé dans presque la moitié des pays, alors qu'un pays sur cinq a un taux de taxation supérieur à 1000 euros PPP (unité ajustée avec le pouvoir d'achat dans chaque pays). En général, le taux moyen de cette taxation est plus élevé en Europe du Nord et plus faible dans les pays du sud, du centre et de l'est. Quatre pays

ont également introduit depuis 2004 une **taxe ciblée sur les alcopops**²¹ qui apparaît avoir réduit leur consommation.

Si on combine les différents domaines de politique de prévention de l'alcool en une **échelle d'évaluation unique**, le score varie de 5,5 en Grèce à 17,7 en Norvège sur un total maximum de 20, la moyenne est de 10,8. Les politiques les moins strictes se retrouvent dans les pays du sud, du centre et de l'est et les plus sévères dans ceux du nord mais les scores ne décroissent pas tous régulièrement du nord au sud, comme on peut le voir par le score élevé de la France (13). Ce tableau des politiques de l'alcool est très différent de celui qu'on pouvait observer 50 ans auparavant, avec des niveaux d'intervention beaucoup plus proches les uns des autres, ce qui est dû principalement à une augmentation du niveau de contrôle dans de nombreux pays, en particulier dans le domaine de la sécurité routière où tous les pays ont un taux légal maximum autorisé. Les contrôles de la commercialisation, comme l'instauration d'âges minimum pour l'achat, et l'organisation des institutions publiques en charge des politiques de prévention sont également beaucoup plus communes en 2005 que dans les années 1950.

Notes du traducteur

Michel Craplet, ANPAA 20 rue Saint Fiacre 75002 Paris
mcraplet@anpa.asso.fr

¹ J'ai ajouté au texte du résumé des notes décrivant certaines difficultés de traduction et apportant des explications sur des points non familiers aux lecteurs français. Je me suis permis de donner quelques références d'ouvrages en langue française, afin de contrebalancer un peu le poids des études anglo-saxonnes par une autre approche culturelle.

J'ai utilisé certains mots non reconnus par la terminologie française officielle en alcoologie telle qu'elle est définie par différents documents récents (*Alcoologie et Addictologie*, 2001 ; 23 : 4 Suppl), car je ne voulais pas trop m'éloigner du pragmatisme du texte original anglais. Pour mieux comprendre mes réticences sur la terminologie officielle, que je trouve souvent trop politiquement correcte, je renvoie les lecteurs à mes critiques publiées précédemment (*Parler d'alcool*, Paris, Editions de la Martinière, 2003, pp 28-31).

² Il n'existe pas d'équivalent simple de cette expression si courante dans la littérature anglo-saxonne : «alcohol policy». Notons d'ailleurs que les définitions données par les anglo-saxons diffèrent : ils parlent par exemple soit de « stratégies pertinentes... pour influencer l'offre d'alcool », soit de « décisions autoritaires (lois, réglementations) ... agissant sur la relation entre alcool, santé et bien-être ». «Politique de l'alcool » et même « politique du contrôle de l'alcool » ne seraient pas compris facilement. Je n'irai pas jusqu'à dire que cette incompréhension s'explique du fait de l'absence en France de politique cohérente et constante, mais plutôt parce que l'alcool est en France un problème trop... politique. J'utiliserai donc l'expression «politique de prévention du risque alcool», parfois abrégée en «prévention», en soulignant qu'il s'agit de la « prévention globale », telle qu'elle est définie par l'ANPAA, et regroupant tant les actions d'information, d'éducation et de formation agissant sur la demande d'alcool que les politiques de contrôle de l'offre d'alcool (accès, prix, publicité...) C'est donc un ensemble de lois et de pratiques qui doit être cohérent et installé au long cours. En choisissant d'insister sur le mot de « prévention », je me démarque de «l'alcohol policy» limitée au contrôle de certains intervenants anglo-saxons, comme je l'ai exprimé par ailleurs (« Open letter to my friends and colleagues», *Addiction*, 101, 450-453).

³ Dans le texte anglais apparaît souvent le mot «alcohol» tout simplement. L'utilisation du simple mot « alcool » est souvent un raccourci dangereux, justifié seulement dans certaines circonstances, comme les témoignages en groupes de patient (parfois même sous la forme « éthanol »). Nous savons que le terme « boissons alcooliques » est refusé par les producteurs et les distributeurs et même par de nombreux défenseurs de ces boissons, car ce terme évoque trop l'alcoolisme. Ils préfèrent parfois utiliser l'expression « boissons alcoolisées » une expression qui s'applique stricto sensu aux boissons dans lesquelles l'alcool a été ajouté au moment de la consommation (par exemple le café calva, le thé au rhum ou autres mélanges...). J'utilise ici l'expression la plus banale possible «boissons contenant de l'alcool» pour ménager certains lecteurs.

⁴ J'ai repris cette expression qui est la traduction mot à mot de l'anglais, bien que la plupart de ces mouvements aient prôné l'abstinence d'abord des spiritueux, puis de toutes les boissons alcooliques. Nous continuons de connaître ces difficultés terminologiques - qui font le charme des discussions internationales - avec le mot «sobriety» qui en anglais, et dans «le langage Alcooliques Anonymes», signifie «abstinence».

⁵ Voir en français les ouvrages suivants : Nourrisson D., *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, Albin Michel, 1990 ; Fouquet P., de Borde M., *Le roman de l'alcool*, Paris, Seghers, 1985

⁶ Selon la doctrine officiellement défendue en France également, et souvent présentée comme une nouveauté, alors que c'est un retour à une approche qui a toujours existé mais qui était auparavant critiquée et marginalisée (Voir Craplet M., « Dialogue d'alcoologues », *Alcool ou Santé*, octobre 2001).

⁷ Voir en français les livres suivants : Nahoum-Grappe V., *La culture de l'ivresse*, Paris, Quai Voltaire, 1991 ; Le Vot-Ifrah C., Mathelin M., Nahoum-Grappe V., *De l'ivresse à l'alcoolisme, Etudes ethnopsychanalytiques*, Paris, Bordas, 1989

⁸ High Level Group on Fraud in the Tobacco and Alcohol Sectors (1998). *Report to Directors General for Customs and Indirect Taxation*.

http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/taxation/excise_duties/circulation_control/studies_reports/index_en.htm

⁹ Ce rapport, comme la plupart des textes anglo-saxons, utilise l'expression « (alcoholic) drinks industry » pour désigner les producteurs de boissons alcooliques. La traduction littérale est à éviter en français, où il vaut mieux distinguer les producteurs industriels de bières et de spiritueux et les viticulteurs, proches culturellement des agriculteurs même si nous savons que la production des vins est devenue aujourd'hui un processus de plus en plus industrialisé.

¹⁰ Avec un modèle mis en place par l'Organisation Mondiale de la Santé et développé dans des études emmenées en particulier par J. Rehm, cette évaluation se fait avec l'unité du DALY (*Disability Adjusted Life Year*), appréciation du nombre d'années de vie « gâchée »: 1 DALY est équivalent à une année de mauvaise santé ou de mort prématurée. On peut donc mesurer le nombre de DALY (années de mauvaise santé ou de mort prématurée) perdu par un comportement ou sauvé par une action de prévention, en une année (*DALYS averted per year*). Plusieurs exemples seront donnés dans la suite du résumé. Les publications suivantes donnent la meilleure synthèse de ces travaux :

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. (2004). Alcohol. In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., and Monteiro, M. (2004). « Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. » *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6) : 782-93.

¹¹ Rappelons qu'on utilise la notion « équivalent alcool pur » pour évaluer et surtout comparer les consommations entre elles. L'équivalent alcool pur s'obtient en additionnant les quantités d'alcool absolu contenu dans chaque boisson consommée (vin, bière, spiritueux), quantités obtenues par multiplication du volume consommé par le degré moyen de la boisson.

¹² Les mots manquent pour traduire l'expression devenue très commune en anglais de « binge drinking », commune à tel point que le verbe « to binge » a été créé à partir du substantif « binges » signifiant à l'origine « bombe » ou « bringue » (*to go on a binges, to have a binges*). « *To binge or not to binge* », pourraient dire les Britanniques d'aujourd'hui avec ce mot passé du monde des noceurs à celui des rappeurs. A côté de l'usage extensif et dramatisant de ces expressions dans les media, les chercheurs ont tenté de donner une définition quantitative du « binge drinking » ainsi : boire 5 unités d'alcool ou plus en une occasion. Cette consommation est sensiblement inférieure à celle que nous nous représentons subjectivement avec le terme « défonce » qui serait un mot facile pour la traduction. Plutôt que ce mot « défonce », trop lié au domaine des drogues illicites, j'utiliserai l'expression « recherche de l'ivresse » parce que les composantes de recherche et d'anticipation des effets de l'alcool sont importantes dans ce comportement à la différence de ce qui se passe dans les consommations traditionnelles où les effets de l'ivresse viennent « en plus », et souvent au détriment, des effets consciemment recherchés et officiellement admis : le plaisir gustatif et la « convivialité tranquille ».

¹³ Il existe effectivement des différences culturelles reflétées par les ambiguïtés terminologiques évoquées ci-dessus. Elles imposent souvent des limites aux études et comparaisons internationales et relativisent leurs conclusions

¹⁴ J'ai choisi ici le mot « société » pour traduire « culture », évitant les difficultés de traduction des mots « culture » et « civilisation » depuis les langues anglo-saxonnes, justement pour des raisons et de culture et de civilisation (voir Bourguignon A. et al., *Traduire Freud*, Paris, PUF, 1989, pp. 91-93)

¹⁵ Il s'agit de « jeunes » suivis dans l'étude Espad menée depuis 1993 dans plus de 20 pays européens. Ils sont entre 2000 et 5000 jeunes de la tranche d'âge 15-16 ans, selon les pays ; appelés « students » dans l'étude, ils sont donc en fait des collégiens et lycéens. Voir : www.espad.org

¹⁶ C'est-à-dire que l'existence de consommations épisodiques aigues agit comme une variable intermédiaire, une variable présente dans un enchaînement de causalité allant d'une variable indépendante à une variable dépendante. Elle entraîne des variations dans la variable dépendante et varie à son tour sous l'effet de la variable indépendante. Une telle variable est associée statistiquement, à la fois à la variable indépendante et à la variable dépendante. » (Last J., *Dictionnaire d'épidémiologie*, Paris, Esidem /Maloine, 2004, p.247)

¹⁷ « Consommateurs ayant un usage nocif d'alcool », selon la terminologie officielle actuelle (voir note 1 ci-dessus)

¹⁸ Les auteurs du texte anglais parlent de « brief advice », soit « conseil rapide », désignant ainsi l'ensemble des actions depuis le simple conseil jusqu'à des interventions plus longues. Je préfère garder l'expression « interventions brèves » désormais bien connue en français grâce au programme Boire Moins C'est Mieux (BMCM). Il est regrettable de changer trop souvent les mots clés du vocabulaire de l'alcoolologie car c'est un domaine où la communication est difficile. Trop souvent, les

concepts commencent à être connus sur le terrain seulement lorsque les mots qui les désignent sont remplacés par d'autres pour suivre des modes venues d'ailleurs ou des théories éloignées de la réalité.

¹⁹ «Primary care setting»: les anglophones entendent par cette expression les lieux de soins ambulatoires non spécialisés comme les cabinets de médecins généralistes ou les dispensaires médicaux. Nos Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie qui font partie du dispositif spécialisé peuvent cependant y être inclus, à condition qu'ils soient d'accès facile et reçoivent l'ensemble des personnes avec un problème d'alcool au-delà des seuls alcoolodépendants.

²⁰ Ces règles sont données par une Directive européenne « Télévision sans frontières » (89/552/CEE, modifiée 97/36/CE) qui a donc force de loi dans tous les pays de l'Union européenne, mais dont l'application est laissée aux Etats, avec le laxisme qu'on peut imaginer. La France bénéficie de la loi Evin qui va au-delà de ces règles avec un contrôle plus strict du contenu des publicités, qui impose des limites aux supports de publicité et surtout qui assure l'application des textes et la condamnation des publicités illégales.

²¹ « Alcopop » est le terme anglais populaire pour les boissons dénommées encore « Designer drinks », appelées souvent « Ready to drink » par les producteurs. Ces boissons sont habituellement dénommées « premix » en français. La diversité de ces noms reflète l'absence de définitions précises. Soulignons les difficultés qui en résultent pour intervenir au niveau législatif et réglementaire, ceci pour le plus grand bien des producteurs de ces boissons pièges.

Conclusions

L'alcool dans l'économie européenne

Conclusion 1

Le commerce de l'alcool contribue pour 9 milliards d'euros au bénéfice de la balance commerciale de l'Union européenne et ce commerce n'est pas nécessairement touché par les politiques européennes et nationales visant à réduire les dommages liés à la consommation d'alcool.

Conclusion 2

Les taxes provenant de l'alcool forment une part importante des revenus des gouvernements (25 milliards d'euros en 2001 dans l'Europe des 15) ; leur montant dépend plus du taux moyen de taxation que du niveau général de la consommation d'alcool.

Conclusion 3

La diminution de la consommation n'entraînera pas nécessairement une perte d'emplois dans l'économie générale et peut même ne pas entraîner de grand changement dans l'emploi de certains secteurs liés à l'alcool comme la restauration et les débits de boissons.

Le coût social de l'alcool

Conclusion 4

Le coût direct de l'alcool pour l'Union européenne a été estimé à 125 milliards d'euros en 2003 y compris 59 milliards d'euros de perte de productivité du fait de l'absentéisme, du chômage et des années de travail perdues par les décès prématurés.

Conclusion 5

Le coût indirect de l'alcool (qui tient compte de la valeur accordée à la souffrance et à la vie humaine) a été estimé à 270 milliards d'euros en 2003 pour l'Union européenne.

La consommation d'alcool en Europe

Conclusion 6

Même si les différences entre les pays pour le niveau et les modes de consommation sont encore évidentes, elles sont plus faibles que 40 années auparavant et les modes de cette consommation sont beaucoup plus semblables à travers l'Europe qu'on ne le croit habituellement. La recherche de l'ivresse par les adolescents s'est accrue dans la plupart des pays dans les années 90 mais cette modification fut suivie par une diminution de cette tendance dans les années récentes.

Conclusion 7

L'ivresse est une cause importante de blessures - en particulier à la suite de violences - à travers toute l'Europe, y compris en Europe du sud.

Conclusion 8

Le lieu de résidence en Europe est un déterminant majeur des dommages créés par la consommation d'alcool.

Alcool et santé

Conclusion 9

L'alcool est un déterminant de santé responsable de 7,4 % de toutes les maladies et décès prématurés dans l'Union européenne.

Conclusion 10

L'alcool est une cause de dommages à l'entourage du buveur, en particulier pour 60 000 enfants naissant avec un poids inférieur à la normale, pour 5 à 9 millions d'enfants vivants dans des familles touchées par l'alcool et pour 10 000 personnes, autres que le conducteur, décédées dans un accident de la circulation dans l'Union européenne chaque année

Conclusion 11

L'alcool est une cause d'inégalité de santé à la fois entre les pays membres et à l'intérieur des pays causant en moyenne 90 morts supplémentaires pour 100 000 hommes et 60 morts supplémentaires pour 100 000 femmes dans les pays ayant intégré récemment l'Union, par rapport aux pays de l'Europe des 15.

L'alcool et les politiques gouvernementales

Conclusion 12

Les gouvernements ont la responsabilité d'intervenir sur le marché et tirent bénéfice en le faisant. Par exemple, il est estimé qu'une augmentation du prix de l'alcool de 10 % dans tous les pays de l'Europe des 15 doit apporter approximativement 13 milliards d'euros de supplément de taxes la première année.

Conclusion 13

Les interventions d'éducation à la santé qui montrent seulement une petite efficacité pour réduire les dommages créés par l'alcool ne peuvent pas remplacer les mesures qui régulent le marché de l'alcool ; celles-ci ont le plus grand impact pour réduire les dommages, en particulier parmi les buveurs à risque et les jeunes.

L'alcool et la politique européenne

Conclusion 14

Les différences persistantes dans les politiques de l'alcool en Europe, comme le niveau de taxation des boissons alcooliques, gêne la mise en œuvre de pratiques efficaces de prévention du risque alcool dans certains pays.

Conclusion 15

Les différentes politiques entre les Etats membres sont parfois considérées comme légitimes pour protéger la santé publique ainsi que la Cour européenne l'a statué en 2004 en faveur de la loi française sur la publicité des boissons alcooliques.

Recommandations

I. Définition des boissons alcooliques

Définition des boissons alcooliques	Acteur compétant
I.1. Les politiques publiques doivent définir les boissons alcooliques d'une façon uniforme à travers l'Union européenne. Un point de départ pourrait être de considérer les boissons soumises à taxation du fait de leur contenu en alcool (degré d'alcool minimum de 0,5 %).	(I) Inst. Eur. ²¹

II. Création d'une base scientifique à la politique de l'alcool

Recommandations pour la recherche	Acteur compétant
II.1. Des structures européennes doivent être créées et financées pour entreprendre des recherches en alcoologie en partenariat à travers l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région ²¹
II.2. Des structures européennes doivent être créées et financées pour analyser et faire connaître tous les résultats importants de la recherche en alcoologie à travers des manuels et des banques de données. Les résultats doivent être traduits dans une politique de prévention facile à comprendre grâce à des outils pratiques et des recommandations.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
II.3. Des programmes de recherches en alcoologie doivent être établis et financés par les pouvoirs publics sur le long terme.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
II.4. La recherche en alcoologie doit être développée à travers des programmes de développement.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
Recommandations pour l'information	Acteur compétant
II.5. Un centre européen de surveillance sur l'alcool (CESA) comprenant des correspondants nationaux doit être établi et financé.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
II.6. Il faut insister auprès du groupe de travail compétent de l'Union européenne sur l'importance d'inclure les indicateurs de la consommation d'alcool, des dommages, des politiques et de l'effet des programmes de prévention dans la «liste courte des indicateurs de santé de la communauté européenne».	(I) Inst. Eur
II.7. Des programmes de surveillance de la question alcool doivent être établis de telle façon que les données soient analysables et comparables à travers l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région

II.8. Une base de données européenne sur les lois et réglementation et sur les programmes efficaces de prévention doivent être établis et alimentés au niveau de l'Europe, des Etats membres, des régions et des municipalités.

(I) Inst. Eur.
(II) EM/Région
(III) Municipalités²¹

III. Préparation et mise en place de stratégies et de plans

Recommandations pour les stratégies et les plans d'actions	Acteur compétant
<p>III.1. Les structures européennes de contrôle de la politique de l'alcool doivent être renforcées au sein de la Commission Européenne avec un personnel adéquat et des ressources financières suffisantes pour surveiller le développement des politiques européennes et l'implantation de la stratégie de la Commission sur l'alcool.</p>	<p>(I) Inst. Eur.</p>
<p>III.2. Des agences interministérielles de coordination et de contrôle des politiques de l'alcool doivent être établies ou renforcés et financés de manière convenable à tous les niveaux d'action.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités</p>
<p>III.3. Des plans d'action sur l'alcool avec des objectifs, des stratégies et des cibles claires doivent être formulés et mis en place.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités</p>
<p>III.4. Un système de subvention doit être mis en place pour les organisations, les programmes et les ressources humaines impliquées dans la réduction des dommages dus à la consommation d'alcool. Des analyses doivent être entreprises sur la possibilité et l'intérêt d'attribuer à cet objectif une proportion du revenu fiscal de l'alcool.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités</p>
<p>III.5. Le soutien des mesures de prévention du risque alcool doit être encouragé dans la société civile et auprès des responsables politiques grâce à des campagnes de prise de conscience et des initiatives innovantes.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités</p>
<p>III.6. Des rapports réguliers sur l'alcool doivent être préparés et rendus accessibles à un large public.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités</p>

IV. Autres pratiques et actions et collaboration internationale

Recommandations pour l'évaluation de l'impact et l'action collective	Acteur compétent
IV.1. Les responsables des politiques de santé doivent surveiller les risques consécutifs au processus de libéralisation du commerce, ils doivent s'assurer que les soucis sanitaires sont pris en compte dans les négociations commerciales au niveau mondial et européen.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
IV.2. Des études d'analyse et de faisabilité doivent être entreprises pour déterminer quand l'action collective de la politique de l'alcool est plus appropriée, à la fois au niveau européen et au niveau mondial, et comment des partenariats entre régions peuvent être renforcés pour favoriser la prévention du risque alcool.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
IV.3. Des ressources supplémentaires doivent être fournies pour entreprendre des évaluations approfondies de l'impact des politiques des communautés européennes (en particulier la politique agricole), sur les dommages et les coûts liés à la consommation d'alcool.	(I) Inst. Eur

V. Réduire la conduite automobile après consommation d'alcool

Recommandations de sécurité routière	Acteur compétent
V.1. Un taux légal d'alcoolémie de 0,5 g/l devrait être introduit à travers toute l'Europe ; les pays ayant un taux légal inférieur ne devraient pas l'augmenter.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.2. Un taux légal d'alcoolémie de 0,2 g/l devrait être introduit pour les nouveaux conducteurs, les conducteurs des services publics et les chauffeurs de poids lourds ; les pays ayant déjà un taux inférieur ne devraient pas l'augmenter.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.3. Des dépistages du taux d'alcoolémie utilisant des analyseurs d'haleine devraient être mis en place à travers l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région

V.4. Des condamnations communes suffisamment claires et d'application rapide avec des peines graduées selon le niveau d'alcoolémie devraient être implantées à travers toute l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.5. La rééducation du conducteur, des programmes de réhabilitation et de traitement s'ajoutant aux peines et basées sur des recommandations et des protocoles validés devraient être implantés à travers toute l'Europe.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.6. Des actions visant à réduire la conduite automobile après consommation d'alcool devraient être soutenues par une grande campagne au niveau européen.	(I) Inst. Eur.
V.7. Les campagnes existantes du type «conducteur désigné» devraient être évaluées pour leur impact à réduire les accidents liés à l'alcool et les accidents mortels avant que soient financées et mises en place de nouvelles campagnes.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
V.8. Des formations efficaces et appropriées pour les personnels de la restauration et les serveurs d'alcool devraient être mises en place pour réduire le risque de l'alcool au volant.	(III) Municipalités
V.9. Des programmes globaux d'éducation et de mobilisation communautaires incluant des planifications urbaines et des initiatives de transports publics devraient être mis en place pour réduire les problèmes de l'alcool au volant.	(III) Municipalités

VI. Encourager l'éducation, la communication, la formation et la prise de conscience.

Recommandations pour l'éducation et la prise de conscience	Acteur compétent
VI.1. Les programmes d'éducation ne doivent pas être implantés isolément ou avec l'espoir de réduire par cette seule action les dommages liés à l'alcool, mais plutôt pour renforcer la prise de conscience des problèmes créés par l'alcool et pour préparer le terrain à des interventions spécifiques et à des mesures de contrôle..	(II) EM/Région (III) Municipalités
VI.2. Des subventions doivent être accordées pour évaluer la conception et l'impact des programmes individuels qui montrent des promesses d'efficacité.	(II) EM/Région (III) Municipalités

VI.3. De grands programmes d'éducation commençant dans la petite enfance devraient être mis en place pour informer les jeunes des conséquences de la consommation d'alcool sur la santé, la famille et la société et sur l'existence de mesures efficaces pour prévenir ou diminuer les dommages.	(II) EM/Région (III) Municipalités
VI.4. Les programmes d'éducation importés d'un pays ou d'une culture particulière devraient être évalués sur chaque nouveau site d'expérimentation avant d'être mis en place à grande échelle.	(II) EM/Région (III) Municipalités
VI.5. Des campagnes médiatiques doivent être utilisées pour informer les citoyens et pour augmenter leur prise de conscience sur la mise en place des mesures de contrôle de l'alcool.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région (III) Municipalités

VII. Etiquetage

Recommandations sur l'étiquetage	Acteur compétent
VII.1. Les contenants de boissons alcooliques doivent porter des messages rédigés par les institutions sanitaires et décrivant les effets nocifs de l'alcool pendant la conduite automobile ou la manipulation de machines, durant la grossesse et d'autres messages appropriés.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région
VII.2. L'emballage et l'étiquetage des boissons alcooliques ne doivent pas promouvoir un produit alcoolique de manière à créer une impression erronée à propos de leurs caractéristiques ou de leurs effets sur la santé ou pour favoriser directement ou indirectement à la consommation par les mineurs.	(I) Inst. Eur (II) EM/Région

VIII. Les politiques qui réglementent le marché de l'alcool

Recommandations pour la taxation, les achats transfrontaliers et la contrebande	Acteur compétant
<p>VIII.1. Les taux minimum de taxation des boissons alcooliques doivent être augmentées régulièrement proportionnellement à l'inflation. Ils doivent être au moins proportionnels au contenu en alcool des boissons et ils devraient au moins couvrir les coûts des dommages créés par la consommation de l'alcool tels qu'ils seront déterminés par une méthode standardisée et acceptée par tous.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région</p>
<p>VIII.2. Les Etats membres doivent pouvoir utiliser avec flexibilité la taxation pour s'attaquer aux problèmes particuliers qui peuvent venir de boissons spécifiques comme celles qui sont particulièrement consommées par les jeunes.</p>	<p>(II) EM/Région</p>
<p>VIII.3. La traçabilité des boissons alcooliques doit être assurée pour déterminer leurs origines et leurs mouvements commerciaux afin d'estimer l'importance de la contrebande de l'alcool aux frontières de l'Union et à l'intérieur.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région</p>
<p>VIII.4. Les Etats membres doivent avoir la possibilité de limiter les achats transfrontaliers des particuliers afin de diminuer l'impact de ces achats sur chaque politique fiscale.</p>	<p>(I) Inst. Eur (II) EM/Région</p>
Recommandations concernant l'âge minimum d'achat et la disponibilité de l'alcool	Acteur compétant
<p>VIII.5. Un système minimum de licence pour la vente des boissons alcooliques doit être implanté à travers l'Europe en respectant les systèmes existants lorsqu'ils sont plus sévères.</p>	<p>(I) Eur. Inst. (II) EM/Région (III) Municipalités</p>
<p>VIII.6. La vente de boissons alcooliques doit être interdite au dessous d'un certain âge fixé à 18 ans ou à l'âge légal des lois nationales ou locales en vigueur s'il est inférieur. Ces réglementations doivent être appliquées avec sévérité.</p>	<p>(II) Eur. Inst.</p>

VIII.7. Les règles administratives qui déterminent les points de vente d'alcool, leur nombre et densité, leur emplacement, leurs jours et heures d'ouverture ne devraient pas être. Les pays qui n'ont pas de réglementation ou qui appliquent des règles peu sévères devraient analyser l'effet que provoquerait l'introduction ou le renforcement de ces contrôles.	(II) Eur. Inst. (III) Municipalités
VIII.8. Une série de peines progressivement de plus en plus sévères contre les vendeurs et les distributeurs ne respectant pas les réglementations, comme par exemple le retrait de la licence ou la fermeture définitive des établissements, doit être mise en place pour assurer le respect des mesures adéquates.	(III) Municipalités
Recommandations pour les communications commerciales	Acteur compétent
VIII.9. Une plate-forme commune pour réglementer les communications commerciales doit être implantée en Europe, bâtie sur les réglementations existantes dans les États membres. Elle doit envisager de programmer d'interdire progressivement la publicité à la télévision et au cinéma et la sponsoring des activités sportives ainsi que de limiter les messages et les images aux seules caractéristiques du produit.	(I) Eur. Inst. (II) EM/Région
VIII.10. L'article 15 de la directive Télévision Sans Frontière doit être renforcé aussi bien en ce qui concerne le contenu que le volume des publicités et une analyse de l'adhésion à cette mesure à travers les États membres doit être faite.	(I) Eur. Inst. (II) EM/Région
VIII.11. Quand une autorégulation par les professionnels de la production ou de la commercialisation des boissons est en place, elle doit être surveillée et jugée par un organisme de contrôle indépendant de ces professionnels.	(I) Eur. Inst. (II) EM/Région

IX Réduire les dommages sur les lieux de la consommation et alentour

Recommandations pour agir sur le cadre de la consommation	Acteur compétant
IX.1. L'urbanisation, les stratégies communautaires, les réglementations et restrictions sur les licences, les politiques de transport et le management des contextes de consommation doivent être utilisés pour réduire les risques résultant des ivresses, en particulier pour les résidents	(III) Municipalités
IX.2. Des formations appropriées et efficaces doivent être mises en place pour les professionnels de la restauration et tous ceux qui servent de l'alcool pour réduire les conséquences néfastes de l'ivresse et des modes de consommation dangereux.	Producteurs d'alcool
IX.3. Une réglementation adaptée doit être prise et l'application des lois sur la vente d'alcool doit être assurée en particulier dans les lieux où existent les risques les plus élevés	(III) Municipalités
IX.4. Une bonne mobilisation des communautés et des associations avec des projets réunissant les différents intervenants doit être facilitée pour créer des environnements plus sûrs et pour réduire les dommages liés à la consommation.	(III) Municipalités

X. Interventions sur la consommation à risque, la consommation nocive et l'alcoolodépendance

Recommandations pour les interventions	Acteur compétant
X.1. Des recommandations scientifiquement évaluées concernant les interventions brèves sur les consommations à risque et nocive doivent être développées et mises en place dans différents lieux pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins	(II) EM/Région (III) Municipalités
X.2. La formation et le soutien aux programmes d'interventions brèves sur les consommations à risque et nocive doivent être développées dans différents lieux pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins	(II) EM/Région (III) Municipalités

X.3. Des ressources doivent être données pour assurer l'offre et l'accessibilité des actions de dépistage et de soins sur les consommations à risque et nocive et sur l'alcoolodépendance.

(II) EM/Région
(III) Municipalités