

# **L’alcool dans la Région européenne : consommation, méfaits et politiques**

Nina Rehn,  
Robin Room et Griffith Edwards



Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe  
2001

## **BUT EUROPÉEN 12 DE LA SANTÉ 21**

### **RÉDUIRE LES DOMMAGES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE ET LE TABAGISME**

D'ici 2015, les effets négatifs sur la santé résultant de la consommation de substances engendrant une dépendance, telles que le tabac, l'alcool et les médicaments et drogues psychotropes, devraient avoir été sensiblement réduits dans tous les États membres

*(Adopté par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe  
à sa quarante-huitième session, Copenhague, septembre 1998)*

## **Résumé**

Le présent document est destiné aux responsables politiques, aux chercheurs et à toute personne souhaitant obtenir des informations sur la consommation immodérée d'alcool, ses méfaits et les politiques menées à cet égard dans la Région européenne. Il traite en particulier des travaux récents menés en matière d'épidémiologie de l'abus d'alcool et de l'efficacité de diverses mesures de lutte contre la consommation excessive d'alcool. L'objet du document est de présenter un aperçu des différents objectifs des politiques de lutte contre l'abus d'alcool et de résumer certaines des évolutions intervenues au cours des cinq dernières années.

## **Mots clés**

ALCOHOL DRINKING  
ALCOHOLISM – adverse effects – epidemiology  
HEALTH POLICY  
EUROPE

Le présent document n'est pas une publication officielle. Il ne peut être commenté, résumé ou cité sans l'accord du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les auteurs sont seuls responsables des opinions qu'ils expriment.

## Sommaire

	<i>Page</i>
Chapitre 1 Introduction.....	1
Chapitre 2 Tendances de la consommation d'alcool dans la Région européenne .....	5
La consommation actuelle d'alcool .....	5
Évolutions des niveaux de consommation.....	8
Préférences en matière de boissons.....	11
Modes de consommation.....	13
Chapitre 3 Les méfaits de l'alcool en Europe.....	21
Effets nocifs d'ordre social, psychologique et physique .....	21
Mortalité liée à l'alcool .....	27
Chapitre 4 Résultats d'études épidémiologiques récentes sur l'abus d'alcool .....	37
Consommation d'alcool et mortalité dans l'ancienne Union soviétique .....	37
Les leçons de l'expérience .....	39
Consommation d'alcool et mortalité en Europe occidentale.....	41
L'expérience et ses leçons.....	42
Quelques conclusions .....	44
Chapitre 5 Politiques de lutte contre l'abus d'alcool en Europe .....	47
Introduction .....	47
Information et éducation .....	48
Cadres publics, privés et professionnels.....	49
Conduite en état d'ivresse .....	53
Disponibilité des produits alcoolisés.....	56
Promotion et publicité .....	63
Traitement .....	67
Responsabilités de l'industrie des boissons alcoolisées .....	69
Action de la société .....	71
Organisations non gouvernementales.....	72
Élaboration des politiques .....	74
La Commission européenne et l'alcool .....	75
Évolutions des politiques de lutte contre l'abus d'alcool.....	78

Chapitre 6	Politiques en matière d'alcool : assurer un impact positif sur la santé .....	85
	Informer la population et obtenir son soutien .....	85
	L'ensemble de la population des buveurs doit être la cible de l'action de santé publique .....	86
	Taxation de l'alcool.....	87
	Disponibilité de l'alcool.....	87
	Conduite en état d'ivresse .....	88
	Restrictions concernant la publicité .....	88
	Traitement .....	89
	Éducation en milieu scolaire et éducation du public .....	89
	Programmes menés au niveau de la population .....	90
	Politique en matière d'alcool et cardiopathies.....	91
	Conclusions .....	
Chapitre 7	Résumé et conclusions .....	95
	La consommation d'alcool dans la Région européenne .....	95
	Méfaits de l'alcool en Europe .....	96
	Résultats de travaux récents sur l'épidémiologie de l'abus d'alcool .....	98
	Politiques en matière d'alcool en Europe.....	98
	Politique de lutte contre l'abus d'alcool : assurer un impact positif sur la santé.....	103
	Conclusions générales .....	104
Annexe 1	États membres de la Région européenne .....	111
Annexe 2	Charte européenne sur la consommation d'alcool.....	113
Annexe 3	Données d'enquêtes sur le pourcentage de buveurs excessifs, à problème ou à risque dans la population totale.....	117





# Chapitre 1

## Introduction

La SANTÉ 21 est la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Adoptée par les responsables de la santé publique en 1998, elle a pour objectif de traduire dans les faits l'idée de la Santé pour tous. Elle définit, pour les deux premières décennies du XXI<sup>e</sup> siècle, des priorités globales et 21 buts dont la réalisation permettra aux individus d'atteindre et de préserver le niveau de santé le plus élevé possible pendant toute leur vie. Selon la définition de l'OMS la santé est « un état de complet bien-être, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En outre, la santé est considérée comme un droit humain fondamental et un objectif social mondial.

Plusieurs des buts susmentionnés portent sur la question complexe de la promotion de modes de vie sains. En particulier, l'un des buts de la SANTÉ 21 aborde la question des substances psychotropes : tabac, alcool et drogues.

### **BUT EUROPÉEN 12 DE LA SANTÉ 21 – RÉDUIRE LES DOMMAGES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE ET LE TABAGISME**

D'ici 2015, les effets négatifs sur la santé résultant de la consommation de substances engendrant une dépendance, telles que le tabac, l'alcool et les médicaments et drogues psychotropes, devraient avoir été sensiblement réduits dans tous les États membres.

Si le présent rapport traite du problème de l'alcool, la consommation de ce produit ne peut et ne doit pas être séparé d'autres éléments du mode de vie, comme l'usage d'autres substances psychotropes (dont le tabac), le régime alimentaire et l'exercice physique.

Les méfaits de l'alcool, y compris les accidents, constituent un important problème de santé en Europe. On estime que la consommation de boissons alcoolisées est responsable d'environ 9% de la charge de morbidité

dans la Région, et augmente les risques de cirrhose du foie, de certains cancers, d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral et de malformations congénitales. En outre, la consommation d'alcool augmente les risques de problèmes familiaux, professionnels et sociaux tels que la dépendance à l'alcool, les accidents (dont les incendies), les agressions, la délinquance, les blessures involontaires, la violence, les homicides et les suicides, les accidents de la circulation et de la navigation (qui portent parfois gravement atteinte à l'environnement). De 40 à 60% des décès résultant de blessures volontaires et involontaires sont imputables à la consommation d'alcool. Dans la partie orientale de la Région en particulier, l'abus d'alcool fait des ravages considérables et est à l'origine d'une part importante de l'augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires et de la réduction de l'espérance de vie. Dans plus de 90% des pays de la Région, la consommation annuelle moyenne par habitant dépasse deux litres d'alcool pur (niveau qui, selon les données disponibles, représente le plus faible risque de mortalité pour la population) (1). Le coût total de la consommation d'alcool pour la société est compris entre 1 et 3% du produit intérieur brut (2).

La Région européenne de l'OMS, qui compte environ 870 millions d'habitants vivant dans 51 pays, est, à de nombreux égards, une région hétérogène, notamment en ce qui concerne l'alcool. L'évolution de la consommation d'alcool, les modes de consommation, l'importance des dégâts causés par l'alcool, le poids de l'industrie des boissons alcoolisées et l'action menée par les pouvoirs publics varient d'un pays à l'autre. Cependant, l'expérience montre que la lutte contre l'abus d'alcool permet d'obtenir des résultats importants sur les plans sanitaire et économique. Le Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005 représente un outil efficace à cet égard. Adopté par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe lors de sa quarante-neuvième session (1999), il constitue une version actualisée d'une version antérieure (1992). Ce plan d'action vise à mettre en place, pour la première fois, une politique-cadre régionale, c'est-à-dire un ensemble de principes directeurs vis-à-vis desquels les États membres se sont engagés. Dans leur majorité, les pays de la Région considèrent que la mise en œuvre de ce plan a été globalement réussie et qu'il joue un rôle important et nécessaire dans l'action de sensibilisation au problème de l'alcool. Le Plan d'action et la Charte européenne sur la consommation d'alcool, adoptée en 1995, définissent les principales stratégies de santé publique en matière d'alcool. La Charte présente cinq principes éthiques et dix stratégies auxquels tous les États membres devraient adhérer lorsqu'ils élaborent des politiques et des programmes d'ensemble pour lutter contre l'abus d'alcool (voir annexe 2).

Le présent document, qui s'inscrit dans le prolongement du document *Alcohol in Europe – a health perspective* (3), donne un aperçu des objectifs des politiques de lutte contre l'abus d'alcool et résume certaines des

évolutions observées dans ce domaine depuis la Conférence ministérielle européenne de l'OMS « Santé, société et alcool », qui s'est tenue à Paris en 1995. Il aborde différents aspects de la problématique de l'alcool en Europe et s'adresse aux responsables politiques, aux chercheurs et à toute personne intéressée par cette question. Les participants à cette conférence ont conclu que la Région européenne pourrait retirer des avantages considérables, sur les plans sanitaire et économique, d'une mise en œuvre des dix stratégies de promotion de la santé susvisées, compte tenu des environnements culturels, sociaux, juridiques et économiques des différents États membres.

Le présent document est complété par un rapport plus détaillé, qui comprend un profil de la situation en matière d'alcool pour chaque État membre de la Région européenne et présente un intérêt particulier pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool, qui aura lieu en février 2001 à Stockholm.

Les aspects abordés dans la suite de ce document sont esquissés ci-après.

- Le chapitre 2 porte sur la consommation d'alcool enregistrée (si des chiffres sont disponibles) et sur l'évolution de cette consommation depuis la fin des années 80. Il présente également des informations concernant les préférences en matière de boissons et les résultats d'enquêtes sur les modes de consommation.
- Le chapitre 3, qui traite des méfaits de l'alcool, décrit les conséquences sociales de l'abus d'alcool et les principales causes de mortalité liées à l'alcool : maladie chronique du foie et cirrhose du foie, traumatismes, intoxications et accidents de la circulation.
- Le chapitre 4 présente les résultats d'études épidémiologiques récentes sur l'abus d'alcool et décrit l'évolution des idées concernant les effets de l'alcool sur la santé. Il aborde la tendance récente à examiner les effets de l'alcool au niveau de l'ensemble de la population et met l'accent sur l'importance des modes de consommation.
- Le chapitre 5, relatif aux politiques menées en Europe dans le domaine de l'alcool, examine la situation actuelle dans la Région et les mesures qui sont privilégiées. Les informations présentées résultent en grande partie du dépouillement de questionnaires remplis par les États membres. Ce chapitre décrit également certains changements intervenus ces cinq dernières années dans les politiques de lutte contre l'abus d'alcool dans la Région.
- Le chapitre 6 porte sur l'efficacité de diverses mesures de lutte contre l'abus d'alcool, sur les progrès importants qu'elles permettent d'obtenir dans les domaines sanitaire et social.

#### **4 L'alcool dans la Région européenne : consommation, méfaits et politiques**

---

- Le chapitre 7 fait la synthèse du rapport et présente des conclusions générales.

#### **Références**

1. *SANTÉ 21. La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne Santé pour tous, n° 6).
2. *KLINGEMANN, H. L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document principal pour la Conférence ministérielle européenne sur les jeunes et l'alcool, Stockholm, 19–21 février 2001).
3. *HARKIN, A.M. ET AL. Alcohol in Europe – a health perspective.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT94 03/CN01).

## Chapitre 2

# Tendances de la consommation d'alcool dans la Région européenne

### La consommation actuelle d'alcool

Le niveau et le mode de consommation d'alcool affectent la prévalence des problèmes d'alcool, ce qui justifie un examen actualisé de la situation. Les niveaux de consommation d'alcool ne sont pas figés ; ils fluctuent, tout comme les choix de boissons. Les taux de consommation correspondent aux modifications de facteurs tels que la réglementation des marchés, la libéralisation politique, la production, le pouvoir d'achat, l'urbanisation, les migrations, le prix réel et la commercialisation. Ce chapitre présente le niveau actuel de consommation d'alcool, y compris la consommation non enregistrée (quand les données sont disponibles), l'évolution des niveaux de consommation, les préférences en matière de boissons et certains aspects des modes de consommation dans la Région européenne. Les informations proviennent principalement de statistiques et de résultats d'enquêtes reçus des États membres, de la publication World Drink Trends 1999 (1) et de la base de données de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.euphin.dk/hfa/phfa.asp>, consultée le 18 octobre 2000).

Pour se faire une idée de la consommation d'alcool dans un pays, il faut tenir compte de la consommation enregistrée et de celle qui ne l'est pas. Toutefois, pour de nombreux pays européens, il est impossible d'obtenir des estimations de la consommation non enregistrée. Les chiffres des pays qui ont pu fournir des estimations sont présentés plus loin. En ce qui concerne la consommation enregistrée et non enregistrée, les données résultent de différentes méthodes de calcul et de quantification ; il faut donc faire preuve de prudence lorsqu'il s'agit de comparer des pays ou des tendances à l'intérieur des pays, car la fiabilité et la comparabilité des données ne sont pas garanties.

Dans l'ensemble, c'est dans la Région européenne que l'on consomme le plus d'alcool au monde. Les niveaux de consommation de presque tous les pays de la Région dépassent le niveau le plus faible de risque de mortalité pour les populations, qui a été fixé à deux litres d'alcool pur par habitant et

par an (2). Dans les 38 pays disposant de données, la consommation moyenne d'alcool par habitant a été de 7,3 litres en 1998. Le total de la consommation d'alcool enregistrée va de 0,9 litres par habitant (Azerbaïdjan et Israël) à 13,3 litres par habitant (Luxembourg). Les niveaux de la consommation non enregistrée ont été estimés pour 20 pays de la Région européenne. Les données proviennent des questionnaires sur le profil alcool et du Rapport mondial sur l'alcool. Les niveaux estimés sont présentés dans le tableau 1, qui indique la consommation d'alcool enregistrée et non enregistrée à la fin des années 90.

Sur la seule base du niveau *enregistré* de la consommation d'alcool pour 1998, les pays de la Région peuvent être arbitrairement classés en trois catégories : pays ayant un niveau élevé de consommation (plus de 10 litres par habitant et par an), pays ayant une consommation moyenne (plus de cinq litres) et pays à faible consommation (moins de cinq litres). La situation change considérablement si l'on ajoute les chiffres de la consommation non enregistrée. Le nombre de pays ayant un niveau élevé de consommation passe alors à au moins 17 et celui des pays à faible consommation se réduit à quatre. Les pays peuvent donc être classés comme suit (le nom des pays qui changent de catégorie lorsque la consommation non enregistrée est prise en compte est imprimé en italiques) :

- **Consommation élevée** : République tchèque, France, Allemagne, Irlande, Lituanie, Luxembourg<sup>1</sup>, Portugal, Slovénie et Espagne (neuf pays), et *Danemark, Grèce, Hongrie, Lettonie, République de Moldova, Fédération de Russie, ex-République yougoslave de Macédoine et Ukraine* (17 pays au total) ;
- **Consommation moyenne** : Autriche, Bélarus, Belgique, Bulgarie, Danemark, Fédération de Russie, Finlande, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suisse et (18 pays), et *Estonie, Islande, Norvège et Suède* (22 pays au total) ;
- **Consommation faible** : Azerbaïdjan, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Islande, Israël, Kirghizistan, Norvège, République de Moldova, Suède, Turquie et Ukraine (11 pays), et *Azerbaïdjan, Israël, Kirghizistan et Turquie* (15 pays au total).

---

<sup>1</sup> Il est généralement reconnu qu'une partie importante de l'alcool acheté au Luxembourg est consommé à l'étranger.

Tableau 1. Consommation d'alcool enregistrée et non enregistrée (si des données sont disponibles) (en litres par habitant et par an) à la fin des années 90 pour certains États membres de la Région européenne de l'OMS

Pays	Consommation enregistrée 1998 <sup>a</sup>	Estimation de la consommation non enregistrée
Allemagne	10,6	
Autriche	9,2	+0,7
Azerbaïdjan	0,9 (1997)	
Bélarus	7,7 (1997)	
Belgique	8,9	
Bulgarie	6,8	
Danemark	9,5	+1,9
Espagne	10,1	
Estonie	2,4	+6,0
Ex- République yougoslave de Macédoine	3,5 (1997)	+14,5
Fédération de Russie	7,9	+7,5
Finlande	7,1	+2,0
France	10,8	+0,9
Grèce	9,1	+1,5
Hongrie	9,4	+10,1
Irlande	10,8	
Islande	4,3	+0,89
Israël	0,9 (1997)	
Italie	7,7	+0,4
Kirghizistan	1,9 (1993)	
Lettonie	7,1	+14,2
Lituanie	12,0 (1993)	+6,5
Luxembourg	13,3	
Malte	5,1	
Norvège	4,3	+1,42
Pays-Bas	8,1	
Pologne	6,2	+1,5
Portugal	11,2	
République de Moldova	3,2 (1993)	+7,0
République tchèque	10,2	
Roumanie	9,5	
Royaume-Uni	7,5	
Slovaquie	8,3	
Slovénie	11,7 (1997)	+7,5
Suède	4,9	+0,6
Suisse	9,2	+0,5
Turquie	1,1 (1997)	
Ukraine	1,2 (1997)	+11,5

Source : *World Drink Trends 1999* (1) et base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

<sup>a</sup> Les années autres que 1998 sont indiquées entre parenthèses.

L'ampleur de la consommation non enregistrée varie et est particulièrement importante dans des pays comme l'Estonie (6,0 litres par habitant et par an), la Hongrie (10,0 litres), la Lettonie (14,0 litres), la Lituanie (6,5 litres), la République de Moldova (7,0 litres), la Fédération de Russie (7,5 litres), l'ex-République yougoslave de Macédoine (14,5 litres) et l'Ukraine (11,5 litres) ; tous ces pays se situent dans la partie orientale de la Région.

Les pays appartenant au groupe à niveau élevé de consommation d'alcool sont largement répartis dans la Région : pays membres de l'Union européenne (UE), tant dans le nord de l'Europe (Allemagne, Danemark, Irlande et Luxembourg) que dans le sud (Espagne, Grèce, France, et Portugal) ; pays Baltes (Lettonie et Lituanie) ; pays d'Europe centrale et orientale (PECO) (Hongrie, République tchèque et Slovénie) et nouveaux États indépendants (NEI) issus de l'ancienne URSS (Fédération de Russie, République de Moldova et Ukraine). Quelques autres pays (Belgique, Roumanie et Slovaquie) sont proches de la limite de 10 litres par habitant et par an ; ils pourraient égaler ou dépasser ce niveau si des estimations de la consommation non enregistrée étaient disponibles.

Les 12 NEI peuvent être répartis en trois catégories de consommation d'alcool, sans indication des niveaux exacts. Les pays à faible consommation, en partie pour des raisons religieuses, sont l'Azerbaïdjan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan. Les pays à consommation moyenne sont l'Arménie et la Géorgie (prédominance du vin), le Kazakhstan et le Kirghizistan. Les pays ayant une consommation élevée d'alcool sont le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine.

En résumé, sur ces 38 pays, 27 ont une consommation enregistrée supérieure à 5 litres par habitant et par an, et 9 ont des niveaux supérieurs à 10 litres. Si l'on ajoute la consommation non enregistrée (quand elle est connue), le nombre de pays ayant une consommation supérieure à 10 litres par habitant et par an passe à 17. Par rapport à la situation cinq ans plus tôt ( $n = 40$ ), le pourcentage de pays ayant une consommation supérieure à 10 litres par habitant et par an est passé de 35 à 45% ; une augmentation similaire (de 78 à 89%) s'est produite en ce qui concerne le nombre de pays ayant une consommation d'alcool supérieure à 5 litres par habitant et par an.

## Évolutions des niveaux de consommation

Plutôt que de considérer le niveau de la consommation d'alcool pendant une année donnée, il peut être plus utile d'étudier l'évolution de la consommation. Comme les niveaux de consommation d'alcool fluctuent constamment, une période de 10 ans a été retenue à cette fin. Les niveaux de la consommation enregistrée d'alcool de 1988 à 1998 ont été comparés, puis les pays ont été répartis en trois groupes : pays présentant une augmentation, une

diminution ou une stabilité de leur consommation d'alcool. Seules les variations d'au moins 10% ont été prises en compte à cet égard. Le tableau 2 montre les niveaux de consommation d'alcool pour 32 pays de 1988 et 1998 et l'évolution (en litres par habitant et par an) pendant cette période.

Tableau 2. Litres d'alcool pur consommés par habitant et par an dans certains États membres de la Région européenne, 1988 et 1998

	Niveau de consommation de 1988	Niveau de consommation de 1998 (1997)	Évolution en litres par habitant et par an
Allemagne	10,6	10,6	0,0
Autriche	10,1	9,2	-0,9
Bélarus	4,6	8,6	+4,0
Belgique	10,0	8,9	-1,1
Bulgarie	9,1	6,8	-2,3
Danemark	9,7	9,5	-0,2
Espagne	11,1	10,1	-1,0
Estonie	6,1	2,4	-3,7
Ex- République yougoslave de Macédoine	3,1	3,5 (1997)	+0,4
Fédération de Russie	4,4	7,9	+3,5
Finlande	7,3	7,1	-0,2
France	12,6	10,8	-1,8
Grèce	8,3	9,1	+0,8
Hongrie	10,4	9,4	-1,0
Irlande	6,9	10,8	+3,9
Islande	4,1	4,3	+0,2
Italie	9,4	7,7	-1,7
Lettonie	4,9	7,1	+2,2
Luxembourg	12,0	13,3	+1,3
Norvège	4,2	4,3	+0,1
Pays-Bas	8,3	8,1	-0,2
Pologne	7,1	6,2	-0,9
Portugal	9,9	11,2	+1,3
République tchèque	8,1	10,2	+2,1
Roumanie	7,9	9,5	+1,6
Royaume-Uni	7,6	7,5	-0,1
Slovaquie	9,5	8,3	-1,2
Slovénie	10,9	11,7 (1997)	+0,8
Suède	5,5	4,9	-0,6
Suisse	11,0	9,2	-1,8
Turquie	0,4	1,1 (1997)	+0,7
Ukraine	3,2	1,2 (1997)	-2,0

Source : *World Drink Trends 1999* (1) et base de données de la Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

### **Diminution de la consommation**

La Bulgarie, l'Estonie, l'Italie, la Suisse et l'Ukraine ont connu une diminution importante de leur consommation d'alcool enregistrée durant les 10 années considérées. Cependant, l'Estonie et l'Ukraine ont une consommation non enregistrée élevée, ce qui peut annuler la diminution de la consommation enregistrée. La consommation a légèrement diminué en Autriche, en Belgique, en Espagne, en France, en Hongrie, en Pologne, en Slovaquie et en Suède. En ce qui concerne la Hongrie, la baisse peut être annulée par une consommation non enregistrée considérable. De même, plusieurs de ces pays conservent malgré tout des niveaux élevés de consommation. Lorsque l'on compare ces données avec celles de la période antérieure aux années 90, il semble que la diminution de la consommation de certains pays (Islande, Norvège, Pays-Bas et Portugal) se soit stabilisée et que, dans d'autres pays (Autriche, Belgique, Bulgarie, Italie, Pologne et Suède), la baisse ait commencé plus récemment

### **Augmentation de la consommation**

Les pays qui présentent une augmentation considérable de la consommation enregistrée d'alcool sont la Turquie (175%), la Fédération de Russie (79%), le Bélarus (67%), l'Irlande (56%), la Lettonie (45%) et la République tchèque (26%). Des augmentations moins importantes se sont produites en Grèce, au Luxembourg, au Portugal, en Roumanie et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine. La Lituanie et la République de Moldova ont peut-être aussi connu une augmentation de leur consommation, on ne dispose pas de données pour 1998. Comme il n'existe pas d'informations sur les niveaux estimés de la consommation non enregistrée pour nombre de ces pays, les données doivent être considérées avec prudence. Il existe également un certain nombre de pays (principalement parmi ceux qui ont récemment connu d'importants changements politiques, sociaux et économiques) dans lesquels les niveaux de consommation enregistrée laissent entrevoir une tendance à la diminution, alors que la prise en compte d'estimations de la consommation non enregistrée et d'autres éléments (tels que des indicateurs d'effets nocifs de l'alcool) suggèrent une tendance à l'augmentation. Dans un grand nombre de ces pays, il s'est produit une diminution frappante de la consommation pendant la deuxième moitié de la décennie 1980–1989 (la période de la campagne de lutte contre l'abus d'alcool dans l'ancienne URSS), mais des augmentations considérables ont eu lieu depuis lors. En ce qui concerne les pays qui présentaient une tendance à l'augmentation cinq ans auparavant (l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Grèce, le Luxembourg et la République tchèque), la consommation continue d'augmenter, mais la distribution des valeurs s'est élargie.

## Consommation stable

Les pays dont les niveaux de consommation d'alcool ont été relativement stables de 1988 à 1998 sont l'Allemagne, le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Slovénie. Parmi ces pays, la Slovénie a une consommation non enregistrée élevée. Parmi les pays dont la consommation d'alcool était stable auparavant, le Danemark, la Finlande et le Royaume-Uni ont connu une période de consommation stable plus longue que les autres.

Étant donné que la consommation d'alcool non enregistrée est élevée, en particulier dans les PECO et les NEI, et que la consommation varie considérablement d'une année à l'autre dans certains pays, il est difficile de définir précisément les différentes évolutions sur la période concernée. Cependant, sur la base des niveaux enregistrés de consommation, il est possible de conclure que la consommation d'alcool est relativement stable dans 8 pays, en augmentation dans 11 pays et en diminution dans 13 pays.

Une comparaison de ces données avec celles des années 80 et du début de la décennie 90 semble indiquer que certains pays sont passés d'une augmentation à une légère diminution de la consommation d'alcool. Le nombre de pays à consommation stable reste inchangé, le nombre de pays où la consommation a augmenté a été ramenée de 21 à 11 et le nombre de pays en diminution est passé de 11 à 13.

Au niveau sous-régional, des tendances nettes apparaissent. Dans les pays nordiques, la seule exception à la stabilité de la consommation d'alcool est la Suède, qui enregistre une diminution. Dans les pays Baltes, la Lettonie et la Lituanie voient leur consommation augmenter, alors que l'Estonie est peut-être en légère diminution. Parmi les 15 pays de l'UE, l'Irlande est le seul pays où la consommation augmente considérablement ; elle augmente également, mais dans une moindre mesure, en Grèce, au Luxembourg et au Portugal. Dans le reste de l'UE, la consommation d'alcool est en diminution dans six pays et reste stable dans cinq autres. Dans les PECO, la consommation augmente en ex-République yougoslave de Macédoine, en République tchèque et en Roumanie. Enfin, dans les NEI, la consommation augmente au Bélarus et en Fédération de Russie.

## Préférences en matière de boissons

Les pays sont généralement regroupés en fonction de la boisson alcoolisée la plus prise : bière, vin ou spiritueux. Si l'on considère les 27 pays de la Région pour lesquels des données relatives à la consommation enregistrée d'alcool sont disponibles pour les différentes boissons, on constate que pour 1998, la consommation moyenne a été de 2,2 litres de spiritueux, de 71,6 litres de bière et de 25,9 litres de vin par habitant. Les pays qui

dépassent la moyenne régionale dans les différentes catégories de boissons sont les suivants :

- bière : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni et Slovaquie ;
- vin : Autriche, Danemark, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Italie, Luxembourg, Portugal, et Suisse ;
- spiritueux : Bulgarie, Espagne, Fédération de Russie, France, Grèce, Hongrie, Lettonie, Pologne, Roumanie et Slovaquie.

Quelques pays sont à classer dans plusieurs groupes (Autriche, Danemark, Espagne, France, Grèce, Hongrie, Luxembourg et Slovaquie), alors qu'en Islande, à Malte, en Norvège et en Suède, la consommation des différentes boissons est si faible et uniformément répartie que ces pays n'appartiennent distinctement à aucun groupe.

De nombreuses publications relatives aux modes de consommation d'alcool indiquent qu'il semble y avoir une plus grande uniformité dans les préférences en matière de boissons entre les pays et que les préférences convergent généralement dans toute la Région vers une répartition qui se présente approximativement comme suit : 50% de bière, 35% de vin et 15% de spiritueux (1). Actuellement, la consommation d'alcool des 27 pays susmentionnés se ventile grosso modo de la façon suivante : 47% de bière, 42% de vin et 11% de spiritueux. La convergence signifie donc que les pays se rapprochent des niveaux moyens pour ce qui est des préférences en matière de boissons et que la consommation moyenne de spiritueux et de bière augmente alors que celle du vin diminue. Sur les 27 pays examinés ici, 13 ont enregistré une augmentation de la consommation de bière et 13 de la consommation de vin, mais 6 pays seulement ont connu une augmentation de la consommation de spiritueux. L'évolution des moyennes sur 10 ans indique que la consommation de spiritueux a diminué de 4,4% et celle de la bière de 2,8%, tandis que la consommation de vin a augmenté de 3,9%. Par conséquent, globalement très peu de changements se sont produits au cours de ces 10 années et ils vont dans le sens contraire à celui attendu.

Si l'on regarde de plus près les données et les changements intervenus dans les préférences en matière de boissons pendant la période de 10 ans allant de 1988 à 1998, et ce pour 15 pays, (cinq pays consommant principalement de la bière, cinq du vin et cinq des spiritueux), la situation n'est pas uniforme (voir le tableau 3). La consommation de spiritueux a augmenté dans trois pays (Fédération de Russie, Lettonie et Roumanie), dans lesquels elle était déjà élevée. La consommation de bière est en augmentation dans sept pays : la République tchèque et l'Irlande (pays consommant principalement de la bière) ; l'Italie et le Portugal (pays consommant principalement du vin) ; et la

Fédération de Russie, la Lettonie et la Pologne (pays consommant principalement des spiritueux). De même, la consommation de vin augmente dans trois pays privilégiant la bière : l'Irlande, la République tchèque et le Royaume-Uni. On pourrait en déduire, de manière générale et sous toutes réserves, que les pays consommant principalement des spiritueux en consomment davantage ou consomment plus de bière ou une plus grande quantité de ces deux types de boisson. De nombreux pays privilégiant le vin réduisent leur consommation globale ; mais quand une augmentation se produit, elle est généralement due à un accroissement de la consommation de bière. En outre, les pays consommant principalement de la bière consomment plus de vin et parfois également plus de bière.

Tableau 3. Évolution des préférences en matière de boissons dans certains pays, 1988–1998

Pays	Spiritueux	Bière	Vin
Allemagne	-5.2	-10.9	-11.9
Belgique	-27.6	-17.4	+7.7
Bulgarie	-14.3	-50.7	-5.1
Espagne	-10.7	-3.3	-12.3
Fédération de Russie	+233.0	+31.3	-6.2
France	-2.8	-1.5	-21.8
Irlande	+5.8	+37.3	+245
Italie	-50	+14.9	-18.3
Lettonie	+78.8	+20.7	-20.9
Pologne	-26.0	+33.1	-23.3
Portugal	-3.0	+21.6	-1.4
République tchèque	-51.8	+22.8	+30.0
Roumanie	+140.0	-31.3	-10.0
Royaume-Uni	-27.0	-12.6	+26.7
Suisse	-26.6	-13.1	-13.4

Source : *World Drink Trends 1999* (1).

## Modes de consommation

La consommation d'alcool par habitant et l'évolution de la consommation sont des indicateurs utiles pour évaluer la situation d'un pays en matière d'alcool, mais elles peuvent cacher des différences considérables dans les modes de consommation et la prévalence. Pour avoir une vue plus complète, il est utile d'examiner des facteurs tels que la prévalence de la consommation, la composition de la population au regard de l'alcool, les différences entre les sexes, la répartition de la consommation et les influences sociales et culturelles générales, sur les modes de consommation. Ici cependant, seule la composition de la population au regard de l'alcool est étudiée. La population

est composée d'abstinentes, de buveurs modérés et de buveurs excessifs, et le poids relatif de ces trois catégories a une incidence importante sur les problèmes d'alcool de la population considérée dans son ensemble. La majorité des gens boivent avec modération. Cependant, il n'existe pas de frontière nette entre les buveurs modérés et les buveurs excessifs, mais plutôt un passage progressif à une consommation excessive, avec toute une gamme de niveaux intermédiaires. Il ne sera question ici que ces abstinentes et des buveurs excessifs. Pour quelques pays, il existe des estimations du taux de dépendance à l'alcool dans l'ensemble de la population, qui reposent principalement sur des enquêtes et ne sont donc pas disponibles pour une partie des pays de la Région.

### Abstinentes

Le tableau 4 indique la proportion d'adultes qui ne consomment jamais de boissons alcoolisées, pour certains pays de la Région européenne. Avant de faire des comparaisons ou d'entrer dans les détails des chiffres, il est important de noter que la définition d'un abstinent peut varier selon les études et les pays. Les abstinentes sont le plus souvent définies comme des abstinentes de 12 mois, c'est-à-dire des personnes qui n'ont consommé aucun alcool pendant les 12 mois précédent l'enquête. Il existe néanmoins d'autres définitions : certains pays utilisent la notion d'abstinent à vie (personne qui n'a jamais bu d'alcool) et d'autres, comme l'Italie, considèrent qu'un abstinent est un individu qui a consommé moins d'une unité d'alcool pendant les trois derniers mois.

La proportion d'abstinentes va de 5% (Danemark) à 38% (Roumanie). Le tableau met en évidence certaines tendances générales. Les huit pays ayant les taux les plus faibles d'abstinentes sont des pays d'Europe du nord (pays Baltes ou nordiques, Irlande et Royaume-Uni). Ces pays sont ceux dans lesquels il s'exerce une pression sociale en faveur de l'alcool, c'est-à-dire que la consommation de spiritueux est relativement élevée et la consommation jusqu'à l'ivresse assez courante. La majorité des femmes y consomment également de l'alcool, peut-être parce qu'elles travaillent à l'extérieur de leur foyer. La Suède a un taux plus élevé d'abstinentes que les autres pays nordiques, ce qui est sans doute dû en partie au fait qu'il existe dans ce pays depuis de nombreuses années un puissant mouvement de tempérance encore assez actif aujourd'hui. Parmi les pays ayant les pourcentages les plus élevés d'abstinentes, il y a les pays d'Europe du sud, pays qui consomment principalement du vin. Ces pays ont une culture de consommation modérée : l'alcool est accepté et fait partie du régime alimentaire, mais l'ivresse est réprouvée. Les abstinentes de ces pays sont majoritairement des femmes : Espagne (51,0%) et Portugal (48,8%). Lorsqu'elles sont disponibles, les données spécifiques aux sexes sont présentées dans le tableau 4, qui inclut

Tableau 4. Données d'enquêtes sur le pourcentage d'abstiens (par ordre croissant) dans la population et par sexe (si disponible) dans certains pays européens

Pays	Données les plus récentes (en %)				Données antérieures (en %)				Remarques
	Année	Population	Hommes	Femmes	Année	Population	Hommes	Femmes	
Danemark	1985	5,0	3,0	7,0					
Royaume-Uni	1996	5,5	4,0	7,0	1992	9,0	6,0	12,0	Angleterre uniquement
Lettonie	1997	6,5	7,0	6,0	1993		15,0	46,0	
Estonie	1998	9,3	3,8	14,8	1993		4,0	29,0	
Allemagne	1997	9,6	6,4 9,6	7,6 14,9	1995		12,8 16,3	20,8 30,0	Est Ouest
Finlande	1996	10,5	7,0	14,0	1984 1992		12,0 10,0	27,0 18,0	
Norvège	1997	11,0			1994		11,0	16,0	
Irlande	1998	12,5	9,0	16,0	1989	25,0 abstiens			
France	1992	13,6							7,0 vie entière 6,6 actuellement
Islande	1992	14,0	12,0	16,0	1984 1988		8,0 9,0	18,0 18,0	
Hongrie		14,8			1985/ 1986		6,6	21,4	
Pays-Bas	1997	15,5	9,0	22,0	1989 1996	—	12,4 10,4	28,1 25,1	

## 16 L'alcool dans la Région européenne : consommation, méfaits et politiques

Suisse	1998	16,0			1992/ 1993	14,6	8,3	20,6	
Suède	1996	19,0	13,0	25,0	1994 1993	— —	10,0 6,0	25,0 13,0	
Pologne	1998	19,0	11,6	25,7	1993	11,0 abstinents			—
Fédération de Russie	1996	22,0							—
Italie	1997	22,7	14,6	30,2					(< 1 unité durant les 3 derniers mois)
Autriche	1993/ 1994	23,3							
Portugal	1997	32,8	16,8	48,8	1995/ 1996		15,6	52,3	
Israël	1994/ 1995	33,0							(personnes juives de 18–40 ans)
Espagne	1997	37,0	23,0	51,0					
Roumanie	1992	38,0	23,0	53,0					

également des données plus anciennes pour permettre une comparaison dans le temps. Cinq pays (Hongrie, Islande, Pologne, Suède et Suisse) ont enregistré une augmentation de la proportion d'abstinent. En Suède, elle a doublé en l'espace d'environ trois ans, passant de 9,5% en 1993 à 19,0% en 1996. L'augmentation a également été forte en Pologne (8,0% en cinq ans). Dans neuf pays (Allemagne, Estonie, Finlande, Irlande, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, Portugal et Royaume-Uni), l'évolution a suivi le mouvement inverse, puisque la proportion d'abstinent a baissé. En Estonie, en Norvège, aux Pays-Bas et au Portugal, la diminution a été plus faible. En Allemagne, en Finlande, en Irlande et au Royaume-Uni, les proportions ont diminué d'environ 50% pendant la période considérée. En Allemagne, la diminution est la même à l'est et à l'ouest. La Lettonie a enregistré une forte diminution, passant de 30,5% en 1993 à 6,5% en 1997.

### Buveurs excessifs

Des données d'enquêtes permettant d'estimer la proportion de buveurs excessifs ou à risque dans la population sont disponibles pour 28 pays d'Europe. Pour toute comparaison entre pays ou dans le temps, il est essentiel de savoir ce que représente, pour chacun, une consommation d'alcool engendrant un risque ; il s'avère que, pour près de la moitié des pays, nous n'avons pu obtenir cette information. Nous avons converti les quantités d'alcool consommé (exprimées en centilitres, décilitres, millilitres, litres, centimètres cubes) en grammes d'alcool par semaine. Les principaux résultats pour trois limites différentes de consommation d'alcool hebdomadaire sont présentés dans les tableaux 5 à 7 ci-dessous. Les données complètes, y compris l'année de l'enquête et les définitions, se trouvent à l'annexe 3.

Tableau 5. Pourcentage de la population consommant plus de 150 grammes par semaine

Pays	Population	Hommes	Femmes	Consommation (g) Hommes/femmes
Allemagne	—	20,1	5,6	+140
Finlande	—	13,0	2,0	—
Islande	—	8,1	1,6	—
Pologne	10,0	—	—	+150/115
Suisse	—	27,0	7,0	+140

Tableau 6. Pourcentage de la population consommant plus de 21/14 unités ou verres par semaine

Pays	Hommes	Femmes	Consommation (g) Hommes/femmes
Autriche	41,0	8,5	210/210
Danemark	14,0	10,0	252/168
Hongrie	14,1	0,8	210/140
Ireland	27,0	21,0	210/140
Royaume-Uni	28,0	14,0	168/112
Suisse	2,1	3,0	252/168

Tableau 7. Pourcentage de la population consommant plus de 350 grammes par semaine

Pays	Population	Hommes	Femmes	Consommation (g) Hommes/femmes
Allemagne	–	6,9	1,0	+420
Autriche	–	28,8	4,3	+420
Danemark	20,0	–	–	+420
Espagne	–	4,3	0,1	+550
Italie	11,0	–	–	+385
Luxembourg	–	3,0	–	+824
Pays-Bas	–	9,0	2,2	+540
République tchèque	–	15,8	1,3	+550
Royaume-Uni	–	6,0	2,0	+400/280
Suisse	–	3,3	0,5	+560

Des différences importantes semblent exister entre les pays, y compris des pays ayant à peu près le même niveau de consommation d'alcool. Le pourcentage des hommes qui consomment plus de 210 g d'alcool par semaine est de 14% en Hongrie, de 27% en Irlande et de 41% en Autriche. Le pourcentage de femmes qui boivent plus de 140 g d'alcool par semaine est compris entre 0,8% en Hongrie et 21% en Irlande. La proportion d'hommes consommant plus de 400 à 420 g d'alcool par semaine est d'environ 7% en Allemagne et 6% au Royaume-Uni, mais il est de 28% en Autriche. La situation est similaire pour les femmes : 1% en Allemagne, 2% au Royaume-Uni et 4% en Autriche consomment plus de 400 à 420 g d'alcool par semaine. Chez les hommes qui consomment plus de 540 à 560 g d'alcool par semaine, le pourcentage est de 16% en République tchèque, 9% aux Pays-Bas, 4% en Espagne et 3% en Suisse. En résumé, les données suivantes retiennent plus particulièrement l'attention : 21% des Irlandaises boivent plus de 140 g d'alcool par semaine, 29% des hommes autrichiens ont une consommation supérieure à 420 g par semaine et 16% des hommes tchèques consomment plus de 550 g par semaine.

Pour 13 autres pays, les données d'enquêtes n'ont pas pu être converties en grammes d'alcool par semaine, ou bien aucune définition n'était disponible. Les estimations générales résultant de l'enquête, bien qu'elles ne soient pas comparables, suggèrent que la proportion de buveurs excessifs est de 9% en Fédération de Russie, 10% au Bélarus, 10% au Portugal, 14% en Bulgarie et 15% en ex-République yougoslave de Macédoine.

### Dépendance à l'alcool

Pour la majeure partie des pays, il n'existe pas d'estimations concernant la prévalence de la dépendance à l'alcool dans la population. Des données sont disponibles pour 14 pays et sont présentées au tableau 4. Il importe de noter que les différentes estimations ont été obtenues au moyen de différentes méthodes de dépistage (par exemple, sur la base de la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales édité par l'American Psychiatric Association (DSM-III), de l'instrument CAGE ou de la dixième révision de la Classification internationale des maladies) ; en outre, les échantillons peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population. Il semble toutefois y avoir un écart important entre le chiffre de 11,5% de la population estimée être alcoolodépendante en Croatie et en Finlande, et le chiffre de 1,2% aux Pays-Bas, la moyenne pour les 14 pays étant de 5%.

Tableau 8. Estimations de la prévalence de la dépendance à l'alcool dans l'ensemble de la population (par ordre croissant)

Pays	Pourcentage de personnes alcoolodépendantes				Remarques
	Année	Population	Hommes	Femmes	
Pays-Bas	1997	1,2			
Espagne	1997	2,0			
Bulgarie	1992	2,0			
Ex-République yougoslave de Macédoine	début des années 90	2,0			
Allemagne	1998	3,0	4,9	1,1	
France	1992	3,5			
Italie		3,6			
Suisse		4,0			
Royaume-Uni	1996	4,7 (16–64 ans)			2,2 pour la toxicomanie
Autriche	1994	5,0	8,0	2,0	
Portugal	1997	7,6	14,7	0,5	
Estonie		8,0	13,0	1,4	
Croatie	1965–1985	11,5	15,0	8,0	
Finlande		11,5 (20–60 ans)	17,0	6,0	

**Références**

1. *World drink trends 1999*. Henley on Thames, NTC Publications, 1999.
2. EDWARDS, G. ET AL. *Alcohol policy and the public good*. Oxford, Oxford University Press, 1994.

# Chapitre 3

## Les méfaits de l'alcool en Europe

C'est dans la Région européenne que l'on consomme le plus d'alcool au monde ; les effets de cette consommation y sont les plus nocifs et représentent un important problème de santé. On estime que la consommation de boissons alcoolisées est à l'origine d'environ 9% de la charge de morbidité totale dans la Région, notamment parce qu'elle augmente les risques de cirrhose du foie, de certains cancers, d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral et de malformation congénitale. En outre, la consommation d'alcool augmente les risques de problèmes familiaux, professionnels et sociaux, comme l'absentéisme, les accidents, les blessures involontaires, les actes de violence, les homicides et les suicides. Ce chapitre porte sur certains effets sociaux néfastes de la consommation d'alcool et sur les causes de décès les plus courantes parmi celles qui sont liées à l'alcool, à savoir, les maladies chroniques du foie, la cirrhose, les traumatismes, les intoxications et les accidents de la circulation. Les informations présentées proviennent principalement de la base de données de la Santé pour tous et de rapports et documents reçus des États membres.

### Effets nocifs d'ordre social, psychologique et physique

Les méfaits de l'alcool englobent des problèmes physiques, mentaux et sociaux très divers. À partir d'un certain niveau de consommation, le risque augmente, mais il n'y a pas nécessairement un lien de causalité avec l'alcool. Les conséquences médicales et physiques de la consommation d'alcool ne seront pas examinées de façon approfondie ici ; les figures 1 et 2 énumèrent certaines des atteintes physiques possibles. En outre, le chapitre 4 aborde des questions sanitaires liées à l'alcool au niveau de l'ensemble de la population, en particulier les conclusions d'études épidémiologiques sur l'abus d'alcool.

Les différents modes de consommation d'alcool entraînent des effets aigus et chroniques, et une dépendance à l'alcool. Pour ce qui est des problèmes aigus, une consommation inconsidérée, une ivresse ou une absorption massive d'alcool peuvent entraîner une intoxication, la conduite en état d'ivresse, des accidents et des actes de violence (figure 1). L'abus

d'alcool peut causer des maladies chroniques et le décès, ainsi que des problèmes financiers, professionnels ou familiaux (figure 2). La dépendance à l'alcool, entraîne généralement une consommation excessive d'alcool à long terme, qui se traduit par des symptômes psychologiques et de sevrage.

Figure 1. Problèmes relatifs à l'ivresse

Problèmes sociaux	Problèmes psychologiques	Problèmes physiques
Disputes familiales	Insomnie	Hépatite
Violence domestique	Dépression	Gastrite
Maltraitance et délaissement d'enfants	Anxiété	Pancréatite
Accidents domestiques	Amnésie	Goutte
Absentéisme professionnel	Tentative de suicide	Arrythmie cardiaque
Accidents du travail	Suicide	Accidents
Mauvaises performances professionnelles		Traumatismes
Ivresse publique		Accidents vasculaires cérébraux
Hooliganisme lors de matches de football		Omission de prendre des médicaments
Déprédatations volontaires		Impuissance
Vol		Lésions au fœtus
Cambriolage		
Aggression		
Homicide		
Conduite en état d'ivresse		
Vol de voiture		
Accidents de la circulation		
Déviances sexuelles		
Grossesse indésirée		

Source : Alcohol Concern (2).

Pour ce qui est des effets sociaux, des études montrent qu'une relation existe entre la consommation d'alcool et un risque de problèmes familiaux, professionnels et sociaux, de dépendance à l'alcool, d'alcoolisme, de psychose alcoolique, d'accidents, d'agressions, de délinquance, de blessures involontaires, d'actes violents et de suicide (1). Les problèmes d'alcool sont un facteur fréquent de rupture conjugale et d'éclatement des familles, et l'abus d'alcool chez les parents entraîne des niveaux élevés d'anxiété et de problèmes de santé chez les enfants. Un autre ensemble de conséquences sociales a trait aux actes de violence : suicide, homicide, vol, viol et violence familiale ; ici, l'alcool est associé à la violence intentionnelle, à la fois envers soi-même et envers les autres. Inversement, une personne sous l'emprise de l'alcool peut subir des actes de violence. L'abus d'alcool entraîne souvent une détérioration des liens sociaux et familiaux et, dans le même temps, réduit la maîtrise de soi et provoque un état de dépression, qui

est la principale cause de suicide. Ainsi, le lien fréquemment évoqué entre suicide et alcool caractérise plus un enchaînement d'événements qu'une relation causale directe.

Figure 2. Problèmes relatifs à la consommation excessive régulière d'alcool

Problèmes sociaux	Problèmes psychologiques	Problèmes physiques
Problèmes familiaux	Insomnie	Stéatose hépatique
Divorce	Dépression	Hépatite
Absence de domicile fixe	Anxiété	Cirrhose
Difficultés professionnelles	Tentative de suicide	Cancer du foie
Chômage	Suicide	Gastrite
Difficultés financières	Changements de personnalité	Pancréatite
Escroquerie	Amnésie	Cancer de la bouche, du larynx, de l'œsophage
Dettes	Delirium tremens	Cancer du sein (?)
Vagabondage	Crises de sevrage	Cancer du côlon (?)
Condamnations multiples pour ivresse publique	Hallucinose	Carences nutritionnelles
	Démence	Obésité
	Jeux d'argent	Diabète
	Abus d'autres drogues	Cardiomyopathie
		Hypertension artérielle
		Accidents vasculaires cérébraux
		Lésions cérébrales
		Neuropathie
		Myopathie
		Dysfonction sexuelle
		Stérilité
		Lésions au fœtus
		Toxicité hématopoïétique
		Réactions avec des médicaments ou d'autres drogues

Source : Alcohol Concern (2).

Il est malaisé d'évaluer la nature et l'ampleur des effets néfastes de l'abus d'alcool et, bien que des études assez nombreuses aient été réalisées dans certains pays de la Région, il est également difficile de présenter une vue d'ensemble, en raison des différences existant entre les définitions, les groupes d'âge et les méthodes de recherche utilisés. Les données sur les effets physiques et sociaux de l'abus d'alcool qui sont présentées ci-dessous ne sont nullement exhaustives, mais donnent une idée de l'ampleur du problème.

### Indications sur les effets sociaux et physiques de l'abus d'alcool en Europe

- **Allemagne** : 9,3 millions de personnes âgées de 18 à 69 ans (16% de la population totale) ont une consommation dangereuse d'alcool et 2,7 millions d'entre elles abusent de l'alcool. Entre 10% et 17% des gens demandant des soins médicaux ont un problème d'alcool ou sont alcoolodépendants et ont besoin d'un traitement. On estime que l'alcool provoque 40 000 décès par an.
- **Belgique** : environ 20% des crimes et délits sont commis sous l'influence de l'alcool, et ce chiffre passe à 40% pour les crimes et délits violents et le vandalisme. Il se peut qu'environ 6% de la population active belge aient un problème d'alcool et l'alcool pourrait jouer un rôle dans 30% des accidents du travail.
- **Danemark** : bien que la consommation stagne depuis 1983, la mortalité liée à l'alcool (cirrhose, pancréatite, alcoolisme, intoxication due à l'alcool et psychose) a presque doublé au Danemark entre 1970 (15,2 pour 100 000 habitants) et 1994 (29,5 pour 100 000). L'alcool joue un rôle des 25,1% des décès dus aux accidents de la circulation et dans 16,3% de la morbidité correspondante.
- **Espagne** : un quart de la violence domestique est lié à l'alcool. En 1995, les 19 966 décès liés à l'alcool (6% de la mortalité totale de l'Espagne) ont représenté 224 370 années de vie perdues.
- **Estonie** : la mortalité due aux traumatismes et à l'ivresse est trois fois plus élevée que la moyenne européenne. Environ 40% des accidents de la circulation, 50% des noyades, 60–70% des crimes et délits violents, du hooliganisme et des vols de véhicules et 80% des crimes et délits violents commis par des jeunes sont liés à l'alcool. Les buveurs excessifs représentent un tiers des patients ayant des troubles psychologiques. Le nombre des décès par alcoolisation aiguë a doublé de 1990 à 1993 (pour atteindre 20) et le nombre de décès imputables aux intoxications par l'alcool a triplé pour les deux sexes. Chaque année, l'alcool est responsable d'environ 1500 décès.
- **Fédération de Russie** : en 1994, 68,4% des viols, 47,2% des vols qualifiés et 62,2% des agressions ont été commis par des personnes en état d'ivresse. D'après le ministère de la santé de la Fédération de Russie, 40,0% des hommes et 17,0% des femmes sont alcooliques et 20,0% boivent excessivement de temps à autre. En 1999, 24,4 adolescents alcooliques ont été recensés pour 100 000 habitants (17,4 pour 100 000 en 1995).

- **Finlande** : 44,5% des hommes et 18,4% des femmes qui se suicident sont des buveurs excessifs. Il y a eu 2500 décès liés à l'alcool, soit 5% de l'ensemble des décès.
- **France** : chaque année, l'alcool provoque 1000 cas de syndrome d'alcoolisme fœtal, 10 à 20% des accidents du travail et 40% des accidents mortels de la circulation (4000 décès dus à la conduite en état d'ivresse) ; en outre, 13% des patients hospitalisés sont alcoolodépendants. Chaque année, la consommation d'alcool est à l'origine de 50 000 décès, de 130 000 cas de traumatisme dus à la conduite en état d'ivresse et de 3000 suicides. Environ 9% de la mortalité totale est liée à l'alcool, ce qui représente 42 963 décès en 1997 (à comparer aux 41 777 décès dus au tabac et aux 547 décès dus aux drogues illicites).
- **Hongrie** : le taux de suicide de la Hongrie est l'un des plus élevés d'Europe (55,5 pour 100 000 habitants en 1994). Lors d'une étude une stéatose hépatique a été mise en évidence dans 52,0% des suicides, alors que ce taux est de 3,0% dans la population générale. Sur l'ensemble des accidents, 12,9% sont liés à l'ivresse, alors que 77,0% des infractions au code de la route sont commises sous l'influence de l'alcool. Sur l'ensemble des contrevenants condamnés, 35,4% ont agi sous l'influence de l'alcool. Ces cinq dernières années, la cirrhose alcoolique est devenue la principale cause de décès pour certaines tranches d'âges chez les hommes en âge de travailler et environ 90% de l'augmentation de la mortalité totale est imputable à des causes liées à la consommation d'alcool (et au tabagisme). L'incidence de la cirrhose chez les hommes est passée de 19,0 pour 100 000 habitants en 1970 à 208,8 en 1994. La mortalité liée à l'alcool (psychose, alcoolisme, cirrhose, intoxication et cardiomyopathie alcoolique) est passée de 18,2 en 1980 à 87,9 en 1994.
- **Islande** : 71% des femmes victimes de violence domestique ont indiqué que la consommation d'alcool de leur mari en était la cause principale et 22% de ces femmes ont indiqué qu'elles avaient consommé de l'alcool pour pouvoir supporter la violence. Sur l'ensemble des buveurs, 0,7% ont indiqué que leur consommation était considérée comme un problème par leur employeur.
- **Norvège** : environ 80% des crimes et délits violents, 60% des viols, des incendies volontaires et du vandalisme, et 40% des vols et cambriolages sont commis par des personnes sous l'influence de l'alcool.
- **Pays-Bas** : en 1995, l'alcool a provoqué 660 décès (cause principale), 843 décès (cause secondaire), 1000 cas de cancer, 90 accidents domestiques et 265 accidents de la circulation.

- **Pologne** : des personnes en état d'ivresse ont commis 79% des actes de violence familiale, 56% des meurtres et 40% des vols qualifiés. En 1997, 1341 suicides étaient liés à l'alcool et, en 1996, il y a eu 1446 intoxications mortelles dues à l'alcool.
- **Royaume-Uni** : environ 25% des personnes arrêtées sont ivres et 50% des crimes et délits violents, 65% des tentatives de suicide et 75% des agressions sont le fait de personnes sous l'influence de l'alcool. Il existe également un lien bien établi entre la violence domestique, les mauvais traitements envers des enfants et l'alcool. Chaque année, environ 33 000 décès en Angleterre et au pays de Galles sont liés à l'alcool.
- **Suède** : en 1992, 87% des tentatives de suicides ont été attribuées à l'alcool et 86% des actes violents sont survenus alors que l'agresseur était ivre. En 1994, 1155 décès étaient liés à l'alcool (5000 décès prématurés par an).
- **Suisse** : plus de 5% des décès sont imputables à l'alcool (3500 personnes en 1994). Environ 8,5% des années de vie perdues sont liées à l'alcool. Le syndrome d'alcoolisme fœtal est diagnostiqué dans environ 2 naissances pour 1000. Plus de 10% des accidents de la circulation avec blessures et plus de 20% des accidents de la circulation mortels sont liés à l'alcool.

Il est difficile d'estimer le coût économique de l'alcool. Plusieurs tentatives ont été faites dans ce sens, principalement aux États-Unis, en Australie et en Europe. Il est malaisé de recueillir des données exactes sur les coûts réels tout en excluant les coûts plus difficiles à chiffrer que représentent le malheur, la douleur, l'éclatement des familles, la souffrance et la mauvaise santé en général. Bien qu'ils soient parfois élevés, ces coûts ne peuvent être quantifiés de façon appropriée et sont donc généralement omis de ces estimations. Les coûts de la consommation d'alcool pour la société peuvent être directs ou indirects. La plupart du temps, les coûts pris en compte dans les calculs sont les pertes de productivité sur le lieu de travail (dues à l'absentéisme, à la maladie, aux accidents et à une baisse des performances professionnelles), le coût des accidents (en particulier des accidents de la circulation), les dépenses de soins de santé, le coût des traitements, les indemnités de la protection sociale (pour invalidité, retraite anticipée) et les coûts pour la collectivité (résultant des crimes et délits, de la répression et de l'incarcération). Lorsque l'on examine l'effet net de l'alcool sur l'économie (nationale, régionale ou locale), les coûts doivent être mis en balance avec les revenus tirés de l'alcool sous la forme de recettes fiscales, d'emplois, de production et d'exportation. Globalement, on estime que les coûts totaux de la consommation d'alcool pour la société se situent entre 1 et 3% du produit intérieur brut (3).

## Mortalité liée à l'alcool

**Globalement, l'OMS estime que, dans les pays développés, l'alcool représente, chaque année, 10 à 11% de l'ensemble des maladies et décès.**

La consommation excessive d'alcool et certains modes de consommation augmentent les risques de mortalité et de morbidité liées à l'alcool, et ces risques s'accroissent avec l'augmentation des niveaux de consommation. Selon des données provenant de plusieurs pays, diverses sortes d'accidents et de blessures contribuent de manière significative à la morbidité et la mortalité globales liées à l'alcool, et les accidents affectent plus particulièrement les jeunes adultes, ce qui contribue beaucoup à la perte d'années de vie ou d'années de vie en bonne santé, en particulier pour cette tranche d'âge. La recherche épidémiologique se consacre plus aux différentes causes de mortalité qu'à la morbidité, mais il ne faut pas oublier que l'alcool provoque de nombreuses maladies et souffrances qui ne mènent pas à la mort. Ce document ne couvre que quelques aspects de la mortalité. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés pour étudier la mortalité liée à l'alcool au niveau individuel sont les suivants : cirrhose du foie, psychose alcoolique, dépendance à l'alcool, accidents de la circulation liés à l'alcool, pancréatite, traumatismes, intoxications, et cancers du tube digestif supérieur et du pancréas. La présente section, qui repose sur des informations provenant de la base de données de la Santé pour tous (tableau 9), est axée sur trois indicateurs : maladie chronique du foie et cirrhose, traumatismes et intoxications, et accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur.

Tableau 9. Évolution de la consommation totale d'alcool enregistrée et taux de décès comparatifs pour tous les âges, dus à des traumatismes et à des intoxications, à des accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur, et aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose dans la Région européenne de 1987/1988 à 1997/1998

Pays	Consommation totale			Maladie du foie			Causes externes			Accidents de la circulation		
	Litres d'alcool pur par personne		(%)	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(%)	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(%)	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(%)
	1988	1997/1998		1988	1997/1998		1988	1997/1998		1988	1997/1998	
Albanie	—	—	—	14,06	9,31	-34	27,02	66,23	145	10,26	7,49	-27
Allemagne	10,6	10,6	0	—	18,32	—	—	35,77	—	—	8,7	—
Arménie	—	—	—	16,05	14,68	-9	53,82	37,92	-29	14,9	5,97	-60
Autriche	10,1	9,2	-9	24,17	21,06	-13	69,03	45,67	-34	17,6	9,77	-44
Azerbaïdjan	—	0,9	—	30,78	45,27	47	51,08	35,24	-31	17,14	5,9	-66
Bélarus	4,6	8,6	87	8,16	11,47	41	84,99	168,1	98	16,07	18,14	13
Belgique	10,0	8,9	-11	11,5	10,74	-7	59,88	—	—	17,51	—	—
Bulgarie	9,1	6,8	-25	17,33	17,91	3	59,87	56,73	-5	11,67	9,41	-19
Croatie	4,7	—	—	37,62	32,08	-15	86,83	69,94	-19	18,85	13,78	-27
Danemark	9,7	9,5	-2	12,37	12,80	3	69,57	—	—	12,85	—	—
Espagne	11,1	10,1	-9	20,13	15,48	-23	45,33	—	—	18,3	—	—
Estonie	6,1	2,4	-61	5,62	18,38	227	102,13	159,67	56	20,72	20,83	1
Ex-République yougoslave de Macédoine	3,1	3,5	13	7,17	8,94	-25	—	35,36	—	—	7,41	—
Fédération de Russie	4,4	7,9	80	—	—	—	112,2	186	66	18,67	19,71	6
Finlande	7,3	7,1	-3	9,76	9,97	2	88,77	—	—	12,23	—	—
France	12,6	10,8	-14	19,58	15,18	-22	72,59	59,86	-18	17,23	12,29	-29
Géorgie	—	—	—	—	22,92	—	56,71	—	—	17,19	—	—

Pays	Consommation totale			Maladie du foie			Causes externes			Accidents de la circulation		
	Litres d'alcool pur par personne		(%)	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(%)	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(%)	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(%
	1988	1997/1998		1988	1997/1998		1988	1997/1998		1988	1997/1998	
Grèce	8,3	9,1	10	7,64	4,39	-43	44,33	38,37	-13	17,92	20,49	14
Hongrie	10,4	9,4	-10	42,41	66,87	58	110,63	92,51	-16	16,61	13,81	-17
Irlande	6,9	10,8	57	3,64	3,12	-14	42,64	46,2	8	12,94	11,6	-10
Islande	4,1	4,3	5	3,56	-	-	51,6	-	-	12,5	-	-
Israël	1,0	0,9	-10	8,31	6,41	-23	51,45	-	-	10,58	-	-
Italie	9,4	7,7	-18	24,92	20,69	-17	44,06	-	-	14,2	-	-
Kazakhstan	-	-	-	21,34	30,08	41	97,85	156,6	60	19,09	13,09	-31
Kirghizistan	2,13	2,3	8	30,56	47,87	57	88,68	102,99	16	21,47	10,57	-51
Lettonie	4,9	7,1	45	7,43	14,52	95	108,46	158,67	46	24,82	27,03	9
Lituanie	5,5	-	-	9,23	16,92	83	109,9	146,2	33	26,05	23,47	-10
Luxembourg	12,0	13,3	11	19,05	15,67	-18	72,76	48,75	-33	23,21	13,49	-42
Malte	-	-	-	6,34	6,12	-3	22,81	25,98	14	3,95	3,9	-1
Norvège	4,3	4,3	0	6,46	4,42	-32	55,92	-	-	7,97	-	-
Ouzbékistan	-	-	-	36,32	46,14	27	64,81	53,45	17	17,69	8,86	-50
Pays-Bas	8,3	8,1	-2	5,25	4,55	-13	32,74	29,21	-11	8,34	6,81	-18
Pologne	7,1	6,2	-13	11,41	12,95	13	71,23	-	-	14,94	-	-
Portugal	9,9	11,2	13	28,21	18,94	-33	69,83	48,16	-31	27,77	17,84	-36
République de Moldova	1,96	-	-	-	87,09	-	110,4	110	0	24,13	15,48	-36

Pays	Consommation totale		Maladie du foie			Causes externes			Accidents de la circulation			
	Litres d'alcool pur par personne		(% )	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(% )	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		(% )	Taux comparatif de mortalité pour 100 000		
	1988	1997/1998		1988	1997/1998		1988	1997/1998		1988	1997/1998	
République tchèque	8,1	10,2	26	17,64	16,94	-4	78,64	62,5	-21	9,99	6,96	-30
Roumanie	7,9	9,5	20	36,24	53,72	48	74,41	72,64	-2	-	-	-
Royaume-Uni	7,6	7,5	-1	5,42	7,97	47	34,19	28,48	-17	8,5	5,89	-31
Slovaquie	9,5	8,3	-13	27,21	27,84	2	69,72	63,01	-10	11,74	17,24	47
Slovénie	10,9	11,7	7	44,75	29,15	-35	99,11	77,5	-22	23,19	14,91	-36
Suède	5,5	4,9	-11	6,14	4,76	-22	52,91	-	-	8,8	-	-
Suisse	11,0	9,2	-16	10,76	8,41	-22	65,92	-	-	13,32	-	-
Tadjikistan	-	-	-	24,42	27,41	12	57,19	-	-	15,36	-	-
Turkménistan	-	-	-	47,68	44,80	-6	69,39	-	-	18,79	8,47	-55
Turquie	0,4	1,1	175	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	3,2	1,2	-63	15,42	20,46	33	88,31	138,2	56	17,56	11,23	-36
Moyenne UE	10,4	9,4	8	16,77	14,38	-14	49,31	42,1	-15	13,83	10,95	-21
Moyenne Région européenne	7,8	7,9	1	17,9	17,11	-4	73,31	86,37	18	15,49	12,67	-18

Note: Le tableau couvre tous les pays pour lesquels l'OMS possédait des données. En ce qui concerne les maladies chroniques du foie et les cirrhoses, les premières données concernant l'Estonie datent de 1990, pour le Tadjikistan, elles sont de 1993 et pour l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lituanie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, le Turkmenistan, l'Ukraine et l'Ouzbékistan, elles sont de 1991. Les dernières moyennes de l'UE pour les taux comparatifs de mortalité datent de 1996.

Source: Base de données Santé pour tous, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

### **Taux de décès comparatifs pour les maladies chroniques du foie et la cirrhose du foie**

La cirrhose du foie est l'indicateur le plus fréquemment utilisé et mentionné en ce qui concerne les effets néfastes de la consommation d'alcool au niveau individuel. Les travaux de recherche montrent qu'il s'agit d'un indicateur fiable et qu'il varie généralement en fonction du niveau de consommation d'alcool, bien qu'il existe souvent un décalage dans le temps. Il convient toutefois de noter que la proportion de cirrhoses du foie provoquées par la consommation d'alcool peut varier d'un pays à l'autre. La plupart des études montrent que, pour qu'une cirrhose du foie se développe, la consommation d'alcool doit être de 160 à 210 g d'alcool pur pendant 10 à 20 ans. Pour d'autres problèmes du foie (comme la stéatose hépatique), les limites sont inférieures (4).

Pour le taux de décès comparatif concernant les maladies chroniques du foie et les cirrhoses, des données étaient disponibles pour 43 pays en 1997/1998 ; ce taux est de 3,12 décès pour 100 000 en Irlande et de 87,09 décès pour 100 000 en République de Moldova. Les 12 pays ayant un taux élevé de maladies du foie et de cirrhoses (supérieur à 25 décès pour 100 000) sont l'Azerbaïdjan, la Croatie, la Hongrie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, le Tadjikistan et le Turkménistan. Le groupe de pays ayant un taux élevé de cirrhoses est composé de sept NEI et de cinq PECO. Les républiques d'Asie centrale du Kazakhstan, de l'Ouzbékistan, du Tadjikistan et du Turkménistan ont des taux élevés de mortalité par hépatites virales chez les femmes et les enfants, mais ces cas ne sont donc pas liés à l'alcool. Vingt et un pays ont un taux moyen de maladies du foie et de cirrhoses (de 10 à 25 personnes pour 100 000), tandis que ce taux est faible dans 12 pays.

Pour étudier l'évolution du niveau de maladies chroniques du foie et de cirrhoses, les données de 1987/1988 et de 1997/1998 ont été comparées. Seules les variations de 10% ou plus ont été prises en compte ( $n = 40$ ). Cinq pays enregistrent une augmentation supérieure à 50% (Estonie, Hongrie, Kirghizistan, Lettonie et Lituanie). En résumé, 14 pays présentent une tendance à l'augmentation des cirrhoses, neuf présentent une tendance stable et 17 une tendance à la diminution. Le groupe de pays enregistrant une tendance à l'augmentation des maladies chroniques du foie et des cirrhoses est dominé par les NEI (sept pays), suivi des PECO (six pays) et d'un pays d'Europe occidentale. Onze pays de l'UE présentent une tendance à la diminution des cirrhoses du foie et trois présentent une situation stable. Comparé aux tendances des 43 pays cinq ans plus tôt, le nombre de pays dont la tendance augmente est passé de 10 à 14, alors que le nombre de pays dont la tendance baisse est passé de 19 à 17 ; le nombre de pays dont la tendance est stable est passé de 14 à 9.

### **Taux de décès comparatifs pour les traumatismes et les intoxications**

Bien qu'aucune relation causale directe n'ait été démontrée entre la consommation d'alcool et des traumatismes et intoxications, l'alcool est fortement impliqué dans la majorité des cas. Des taux de décès comparatifs pour les traumatismes et les intoxications en 1997/1998 étaient disponibles pour 31 pays. Ils varient de 25,98 pour 100 000 habitants à Malte à 186 pour 100 000 en Fédération de Russie. Les pays ayant un taux élevé supérieur à 100 pour 100 000 sont les suivants : Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova et Ukraine, tous situés dans la partie orientale de la Région.

En comparant les données de 1987/1988 et de 1997/1998 pour 29 pays, on s'aperçoit que 11 d'entre eux présentent une tendance à la hausse des traumatismes et des intoxications, que 14 ont une tendance à la baisse et que quatre restent stables. Parmi les pays dont la tendance est à l'augmentation, on remarque l'Albanie<sup>2</sup>, le Bélarus, l'Estonie, la Fédération de Russie, le Kazakhstan, la Lettonie, la Lituanie et l'Ukraine. Une fois encore, tous ces pays appartiennent à la partie orientale de la Région.

### **Taux de décès comparatifs pour les accidents de la circulation**

L'alcool est l'une des principales causes d'accident (dont les accidents de la circulation), bien que d'autres facteurs (comme l'état du réseau routier et des véhicules) aient également leur importance. Des taux de décès comparatifs pour les accidents de la circulation sont disponibles pour 29 pays. Ils vont de 3,9 pour 100 000 habitants à Malte à 27,03 pour 100 000 en Lettonie. Les pays ayant un taux élevé (supérieur à 15 pour 100 000) sont le Bélarus, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Grèce, la Lettonie, la Lituanie, le Portugal, la République de Moldova et la Slovaquie.

Les trois pays dont le taux est en augmentation sont le Bélarus, la Grèce et la Slovaquie. Les taux diminuent dans 22 pays (et cette diminution est forte pour un grand nombre d'entre eux) et restent stables dans quatre pays. Cet indicateur de mortalité semble moins lié à la consommation d'alcool que les deux autres.

Des données concernant les accidents de la circulation spécifiquement liés à l'alcool sont disponibles dans 38 pays pour 1997/1998, et les chiffres vont de 0,12 pour 100 000 habitants en Albanie à 114,8 pour 100 000 en Slovénie. En observant les dix pays de l'UE pour lesquels des informations sont disponibles, on note qu'il existe une différence énorme entre l'Italie

---

<sup>2</sup> Cela n'est pas lié à l'alcool mais principalement dû à la situation de conflit dans les Balkans.

(4,3 pour 100 000) et le Luxembourg (52 pour 100 000). Dans les pays ayant les taux les plus élevés, on trouve la Croatie, la Lettonie, la Slovaquie et la Slovénie, mais la fiabilité des données est fortement influencée par les réglementations et par la fréquence des contrôles d'alcoolémie pratiqués sur les conducteurs et les victimes sur les lieux d'accidents.

### **Effets nocifs de la consommation d'alcool**

Un examen de la situation dans les différentes zones de la Région met en évidence le lien qui existe entre l'évolution de la consommation d'alcool et les trois indicateurs de mortalité, lorsqu'on utilise un seuil de 10%. Quelques pays présentent un lien très cohérent entre les deux variables ; par exemple, l'Autriche, la France et les Pays-Bas enregistrent une tendance à la diminution uniforme de tous les indicateurs, alors que tous les indicateurs du Bélarus et de la Lettonie augmentent considérablement. Globalement, six pays (Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Lettonie, Lituanie et République de Moldova) se situent à un niveau très élevé ou présentent une forte tendance à l'augmentation des trois indicateurs de mortalité.

#### ***Europe occidentale***

Dans l'UE, la diminution de la consommation d'alcool en Autriche, en France et aux Pays-Bas concorde bien avec la diminution de tous les indicateurs de mortalité. La Belgique, l'Espagne, l'Italie et la Suède semblent également enregistrer une diminution de la consommation et de la mortalité. Au Danemark et en Finlande, la consommation et la mortalité restent stables. Au Royaume-Uni, la consommation est stable, parallèlement à une diminution des décès dus à des causes externes et aux accidents de la circulation, alors que la prévalence de la cirrhose est en considérable augmentation. L'Irlande, le Luxembourg et le Portugal enregistrent également une augmentation de la consommation d'alcool, mais celle-ci ne se reflète pas encore dans les indicateurs de mortalité, qui ont tendance à diminuer ou à rester stables. La Grèce connaît une légère augmentation de la consommation d'alcool et du taux d'accidents de la circulation, alors que les taux de décès dus aux cirrhoses et traumatismes diminuent.

Dans certains autres pays d'Europe occidentale (Norvège et Suisse, ainsi qu'en Israël et à Malte), les indicateurs de la consommation et de la mortalité diminuent ou restent stables, à l'exception d'une légère augmentation des décès dus à des traumatismes et à des intoxications à Malte. En Turquie, la consommation augmente mais son niveau reste très faible.

#### ***Europe centrale et orientale***

Dans les pays Baltes, la Lettonie présente une augmentation tant de la consommation d'alcool que des indicateurs de mortalité. En Lituanie, l'accroissement

considérable du nombre des cirrhoses et des traumatismes semble indiquer une augmentation de la consommation d'alcool, bien qu'aucune donnée ne soit disponible à ce sujet. En Estonie, l'augmentation spectaculaire des taux de cirrhoses, de traumatismes et d'intoxications laisse penser que la diminution de la consommation enregistrée d'alcool est plus que neutralisée par l'augmentation de la consommation non enregistrée. En Hongrie, la consommation et les taux de décès dus à des traumatismes et à des accidents diminuent légèrement, alors qu'il se produit une augmentation considérable du nombre des cirrhoses du foie. La situation est similaire en Pologne, où la consommation diminue mais où on note une légère augmentation du nombre de cirrhoses du foie. La consommation diminue un peu en Bulgarie, et l'on y observe une stabilité ou une baisse des indicateurs retenus ici. La consommation est stable en Slovénie et tous les indicateurs liés à des taux de mortalité diminuent. La Slovaquie présente une légère diminution ou une stabilité pour la consommation, les traumatismes et les cirrhoses, mais une augmentation considérable du nombre d'accidents de la circulation. Dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, la consommation augmente de façon modérée et le taux de mortalité par cirrhose diminue. Une augmentation considérable de la consommation d'alcool et des taux de décès par cirrhose s'est produite en Roumanie, bien que le nombre de traumatismes reste stable. En Croatie, les indicateurs retenus ont tendance à baisser, ce qui suggère peut-être une diminution de la consommation. La consommation d'alcool augmente en République tchèque, alors que les indicateurs liés à la mortalité sont stables ou en diminution.

### ***Nouveaux États indépendants***

En Asie centrale, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan présentent des niveaux très élevés de maladies chroniques du foie et de cirrhoses, mais cela est principalement dû aux hépatites virales dont souffrent les femmes et les enfants et n'est pas lié à l'alcool. L'Azerbaïdjan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan ont une faible consommation d'alcool par comparaison avec la majorité des pays. En Arménie, tous les indicateurs liés à la mortalité présentent une tendance à la baisse, ce qui suggère une réduction de la consommation. L'augmentation considérable de la mortalité due à la cirrhose du foie et à des traumatismes au Kazakhstan peut indiquer que la consommation d'alcool augmente. Le Kirghizistan se caractérise par une consommation stable, une légère augmentation du nombre de traumatismes et une diminution du nombre des accidents de la circulation. Au Bélarus, la consommation et la mortalité augmentent considérablement. En Ukraine, le nombre de cirrhoses et les causes externes de mortalité augmentent beaucoup, ce qui indique que la diminution de la consommation enregistrée peut être plus que neutralisée par la consommation non enregistrée. En République de Moldova, il y a une consommation non enregistrée considérable, qui est corroborée par les

niveaux élevés de tous les indicateurs liés à la mortalité. Bien qu'il n'existe pas de données concernant les cirrhoses dans la Fédération de Russie, l'hypothèse d'une augmentation considérable de la consommation est corroborée par l'augmentation du nombre de décès dus à des causes externes.

## Références

1. EDWARDS, G. ET AL. *Alcool : politique et intérêt général*. OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 80, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998.
2. *Proposals for a national alcohol strategy for England*. London, Alcohol Concern, 1999.
3. KLINGEMANN, H. *Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (document principal pour la Conférence européenne sur les jeunes et l'alcool, Stockholm, 19–21 février 2001).
4. *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz, 1994–1996* [Alcool, tabac et drogues illicites en Suisse, 1994–1996]. Lausanne, SFA/ISPA, 1997.



## Chapitre 4

# Résultats d'études épidémiologiques récentes sur l'abus d'alcool

Professeur Robin Room

Centre de recherche sociale sur l'abus d'alcool et la toxicomanie

Université de Stockholm

Ces cinq dernières années, notre compréhension des effets de l'alcool sur la santé s'est beaucoup améliorée. Il en est résulté une double évolution :

- 1) on accorde désormais une grande importance aux effets de l'abus d'alcool sur la santé au niveau de la population, car il a été établi que les études réalisées au niveau individuel ne fournissent souvent que des indications limitées concernant les effets sur la population ;
- 2) on sait maintenant que le mode de consommation d'alcool a autant d'importance que le niveau de consommation sur le plan de la santé.

Ces deux évolutions sont principalement justifiées par des recherches sur la situation en Europe. Il s'agit d'une part des travaux consacrés à la « crise démographique » de l'Europe orientale, notamment en Union soviétique et dans les pays qui en sont issus. D'autre part, une série d'études récentes ont porté sur le rôle de l'alcool dans diverses causes de décès ces 50 dernières années dans les pays d'Europe occidentale.

### Consommation d'alcool et mortalité dans l'ancienne Union soviétique

L'évolution de la mortalité dans les NEI est l'une des plus dramatiques et tragiques de notre époque. Après 1960, le taux de mortalité dans l'ancienne Union soviétique et dans d'autres parties d'Europe orientale a stagné ou augmenté, alors qu'il s'améliorait progressivement en Europe occidentale. Puis, entre 1985 et 1988, la mortalité en Russie et d'autres parties de l'Union soviétique a soudain commencé à s'améliorer. La tendance s'est alors

inversée : de 1990 à 1995, la mortalité a augmenté dans des proportions encore jamais observées en temps de paix dans une société industrialisée. Depuis 1995, les taux semblent s'être stabilisés, voire quelque peu améliorés, mais la réduction de l'espérance de vie dans la Fédération de Russie dans les années 90 reste très importante.

L'évolution positive de la mortalité dans les années 80 correspond à la campagne de lutte contre l'alcoolisme de l'ère Gorbatchev. Ensuite, la tendance au déclin coïncide avec la période de la dissolution de l'ancienne Union soviétique et la perte de maîtrise du marché de l'alcool qui en a découlé. Mais de nombreux autres changements se sont produits après 1989 – outre ce qui s'est passé en matière de disponibilité de l'alcool et de mode de consommation – et il est vraisemblable que l'alcool n'est qu'en partie responsable de la spectaculaire augmentation de la mortalité du début des années 90.

Pour qui veut comprendre les effets de l'alcool sur la santé, les événements de la période 1984–1988 sont les plus importants. Cette période était celle de la *glasnost* et de la *perestroïka*, et l'on peut arguer du fait qu'un nouvel espoir existait dans l'ancienne Union soviétique à cette période. Mais l'époque n'était pas aux grands bouleversements sociaux : le système politique et économique était intact et continuait à fonctionner comme durant la décennie antérieure. En 1985, le principal événement qui a influé sur un grand facteur de risque a été le lancement de la campagne de lutte contre l'alcoolisme. Ce qui s'est passé durant ces années dans les républiques de l'ancienne Union soviétique montre clairement l'évolution de la situation sanitaire qui peut résulter d'un changement important de la disponibilité de l'alcool dans un pays.

Les effets de la campagne ont été considérables : de 1984 à 1987, les taux de mortalité comparatifs par âge ont chuté de 12% chez les hommes et de 7% chez les femmes (1). L'évolution n'a pas été la même pour les différentes causes de décès. Les décès par cancer n'ont pas du tout suivi la tendance générale, ils ont même légèrement augmenté. Les décès dus à l'alcool ont subi l'évolution la plus importante : ils ont chuté de 56% chez les hommes (1). Chez les hommes, les décès dus à des accidents ou des violences ont diminué de 36%. Il s'est également produit une baisse du nombre de décès par pneumonie (40%), des autres maladies respiratoires (20%) et des maladies infectieuses (25%). Les décès dus à des maladies circulatoires, qui représentaient plus de la moitié de l'ensemble des décès, ont également décrue de 9% chez les hommes. Les tendances étaient similaires chez les femmes, mais moins spectaculaires.

Ce n'est que dans la deuxième moitié de la décennie 90 que ces données ont été rendues publiques. Les statistiques de mortalité semblent avoir été soigneusement enregistrées durant les quelques années qui ont

précédé l'éclatement de l'Union soviétique (2), mais elles constituaient un secret d'État. Ce n'est qu'à la suite de l'évolution désastreuse de la mortalité générale, au début des années 90, que les épidémiologistes ont cherché à comprendre ce qui s'était passé.

Le fait que la campagne de lutte contre l'alcoolisme soit rapidement devenue impopulaire dans l'ancienne Union soviétique a également détourné l'attention de ce problème. De nombreux membres de l'intelligentsia ont encore du mal à croire qu'une quelconque action du Politburo ait pu avoir des effets bénéfiques. De même, il paraissait évident qu'une augmentation de la production et de la commercialisation d'alcool illicite avait immédiatement suivi la mise en place des sévères restrictions prévues par la campagne. Sans possibilité d'accéder à des statistiques détaillées, il était facile de penser, comme le faisaient certains, que la consommation totale d'alcool avait en fait augmenté pendant la campagne de lutte contre l'alcoolisme.

Maintenant, plus d'une décennie après les faits, il apparaît évident que cette idée était erronée. Les estimations prudentes de Nemtsov sur la consommation réelle d'alcool (3) montrent que la consommation totale d'éthanol, sources légales et illégales confondues, est passée de 14,2 litres par habitant en 1984 à 10,7 litres par habitant en 1987, résultat très inférieur à la diminution des ventes officiellement enregistrées certes, mais tout de même une diminution d'environ 25%.

## Les leçons de l'expérience

Les résultats obtenus dans de l'ancienne Union soviétique dans la deuxième moitié des années 80 donnent à penser qu'une réduction importante de l'alcool disponible peut avoir des effets bénéfiques importants sur la santé de la population. Pour chaque litre d'éthanol consommé en moins par habitant, la mortalité comparative par âge a chuté de 2,7%.

C'est un chiffre important et vraiment étonnant. Il apparaît donc que, dans certaines circonstances, l'alcool peut avoir des effets beaucoup plus importants sur la santé d'une population que nous ne le pensions. Mais d'autres leçons peuvent être tirées. Le chiffre de 2,7% est bien supérieur à l'estimation découlant des données relatives à l'Europe occidentale, soit une diminution nette de la mortalité de 1,3% pour une réduction de la consommation d'alcool par habitant de 1 litre d'alcool (4,5). Cette divergence illustre une autre constatation importante faite ces cinq dernières années : les effets d'un volume donné d'alcool sur la santé peuvent varier d'une société à l'autre. Parmi les facteurs qui peuvent jouer un rôle considérable à cet égard figurent les modes de consommation d'alcool dominants d'une société. Dans la Fédération de Russie et dans un certain nombre de NEI, il existe une

tradition très ancienne d'alcoolisation intense par accès répété, en particulier chez les hommes. Ce mode de consommation semble expliquer dans une large mesure que, dans la Fédération de Russie, un litre d'éthanol a deux fois plus d'effets sur la mortalité qu'en Europe occidentale. Nous reviendrons bientôt sur d'autres données concernant l'importance de certains modes de consommation sur la santé, en observant, cette fois-ci, ce qui se passe en Europe occidentale.

La seconde leçon importante à tirer de ce qui s'est passé dans l'ancienne Union soviétique concerne la relation entre consommation d'alcool et maladies cardiaques. Des études épidémiologiques antérieures à 1995 ont donné à penser que l'alcool pouvait protéger des maladies cardiaques. Cette conclusion, qui découlait d'un grand nombre d'études épidémiologiques prospectives, est devenu un argument important en faveur d'une disponibilité accrue de l'alcool. Elle a servi au Royaume-Uni, par exemple, à justifier l'augmentation des limites de « consommation raisonnable », annoncée en même temps que la Conférence européenne « Santé, société et alcool » (Paris, 1995).

La majorité des études épidémiologiques au niveau individuel débouchent toujours sur la même conclusion, à quelques exceptions près, mais entre-temps d'autres considérations ont vu le jour.

- 1) La plupart des effets protecteurs peuvent apparemment être obtenus avec une consommation très faible (à peine un verre tous les deux jours).
- 2) Les effets protecteurs ne sont importants que pour les hommes de plus de 45 ans et les femmes ménopausées ; pour les plus jeunes, les maladies cardiaques ne constituent pas un problème important.
- 3) Nous ne savons toujours pas dans quelle mesure l'effet de l'alcool se superpose à d'autres facteurs de protection et pourrait être remplacé par ceux-ci.
- 4) Il reste vrai que les études épidémiologiques prospectives ne concernent qu'une frange relativement étroite des sociétés. À la limite, la consommation d'alcool peut ne pas avoir d'effets protecteurs, par exemple dans une culture qui ne connaît pas de mortalité importante par maladies cardiaques, comme c'est le cas dans certaines sociétés en voie de développement.
- 5) Comme cela sera indiqué plus loin, les effets d'une augmentation de la consommation d'alcool sur les maladies cardiaques, à un niveau

global, peuvent souvent être très différents des effets au niveau individuel.

Les résultats de la campagne menée contre l'alcoolisme en Union soviétique a ajouté un sixième point à cette liste : une fois encore, les modes de consommation ont leur importance. Plus haut, nous avons signalé que les décès dus à des maladies cardiaques avaient diminué dans l'ancienne Union soviétique pendant la campagne de lutte contre l'alcoolisme des années 80, avant d'augmenter de nouveau de façon dramatique au début des années 90. Comme il était largement admis dans la littérature épidémiologique que l'alcool avait un effet essentiellement protecteur pour le cœur, au début ce résultat a été interprété comme la démonstration que l'alcool n'avait rien à voir dans la baisse de la mortalité en Union soviétique à la fin des années 80 et ni dans son augmentation au début des années 90. Il a fallu quelque temps pour assimiler le fait que, dans des contextes culturels comme ceux de l'Union soviétique, l'alcool était plus nuisible que bénéfique aux coeurs des personnes d'âge mûr. Les mécanismes exacts selon lesquels une ivresse peut entraîner une maladie cardiaque font encore l'objet de discussions (6,7), mais un consensus se fait actuellement sur le fait que les données provenant de l'ancienne Union soviétique et d'ailleurs (8) montrent que, lorsqu'il est courant de s'alcooliser massivement de façon répétée, l'alcool peut être vraiment très nocif pour le cœur.

## **Consommation d'alcool et mortalité en Europe occidentale**

En termes de mortalité, rien de comparable aux changements dramatiques intervenus en Europe orientale au cours des deux dernières décennies n'a eu lieu en Europe occidentale pendant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Dans toute la Région, les taux nationaux de mortalité ont progressivement diminué au cours de cette période. Les niveaux de consommation d'alcool divergeaient beaucoup selon les pays. De façon générale, la consommation d'alcool a baissé dans les cultures de consommation traditionnelle de vin de l'Europe du sud, à partir des années 50 en France et un peu plus tard dans les autres cultures de consommation de vin. D'autre part, la consommation d'alcool a augmenté dans les pays du centre et du nord de la Région, de sorte que, globalement, il s'est produit une convergence des niveaux de consommation d'alcool (9,10).

En plus d'un demi-siècle, de nombreux autres facteurs ont affecté les taux de mortalité. L'analyse des tendances globales nous donne donc peu d'éléments sur les effets spécifiques de l'alcool. Il vaut mieux mettre de côté les tendances globales et examiner ce qui arrive en termes de changements d'une année sur l'autre. Si la consommation d'alcool augmente d'une année

sur l'autre, par exemple, de quelle façon le taux d'une cause spécifique de décès augmente-t-il ou diminue-t-il ? En observant la somme de ces changements année après année dans ce qui s'appelle un ARMMI (modèle autorégressif à moyennes mobiles intégré), l'analyse des séries chronologiques est l'une des façons les plus convaincantes d'étudier les relations entre une cause possible et ses effets potentiels. Dans un projet financé par l'UE, une équipe de chercheurs nordiques a récemment réalisé ce type de travaux pour les pays de l'UE (en excluant la Grèce et le Luxembourg, mais en incluant la Norvège).

Ces analyses étudient les relations dans la population dans son ensemble. Il a été souligné de nouveau, récemment, que ces analyses réalisées au niveau agrégé ne donnent pas nécessairement le même résultat que des analyses faites au niveau individuel, telles que les études prospectives, courantes en épidémiologie. D'ailleurs, les résultats des études réalisées au niveau individuel n'offrent pas grande aide pour établir des tendances générales. Si, par exemple, le niveau de la consommation d'alcool a une relation en J avec la mortalité générale au niveau individuel, quelles conclusions peut-on en tirer sur l'évolution de la mortalité en cas d'augmentation du niveau moyen de consommation d'alcool dans une population ?

Un article de Skog (11) a abordé cette question en 1996. L'argument de Skog était que, puisque les gens ont tendance à s'influencer les uns les autres dans leurs modes de consommation, et donc que, globalement, leurs niveaux de consommation tendent à augmenter et à diminuer en même temps, la forme de la courbe en J suggérait que le niveau moyen optimal de consommation pour une population dans son ensemble serait inférieur au niveau optimal de consommation pour un membre moyen de cette population. En fait, il a conclu que le niveau actuel de consommation par habitant dans chaque pays d'Europe occidentale était supérieur au niveau vraisemblable optimal de consommation pour une population. Par conséquent, une augmentation de la consommation dans ces pays devrait entraîner une augmentation de la mortalité générale.

## L'expérience et ses leçons

L'une des analyses ARMMI a étudié l'hypothèse de Skog de façon empirique, en observant la relation entre les changements du niveau de consommation d'alcool et la mortalité globale chez les hommes (12). Norström (12) a découvert que la relation entre la consommation d'alcool et une mortalité accrue est presque toujours positive, bien que cette relation ne soit généralement pas significative au niveau des pays pris individuellement. En mettant en commun l'expérience des différents pays, une relation positive significative a été établie entre l'évolution de la consommation d'alcool et

l'évolution de la mortalité globale pour chaque tranche d'âge de la population adulte masculine. En général, les résultats ont donc appuyé l'hypothèse de Skog selon laquelle dans aucun de ces pays européens, une augmentation de la consommation d'alcool n'entraînerait une réduction de la mortalité.

D'autres analyses ont étudié la relation entre l'évolution de la consommation d'alcool et les changements dans les causes spécifiques de décès. En observant les relations avec les décès dus à des maladies cardiovasculaires, Hemström (13) n'a pas pu étayer l'hypothèse selon laquelle une consommation accrue d'alcool serait cardioprotectrice au niveau de la population. Il ne semble pas y avoir de relation caractéristique entre les changements dans la consommation et les changements dans la mortalité par maladies cardiovasculaires, bien qu'une consommation accrue tende à provoquer plus de décès par maladies cardiovasculaires chez les hommes dans les cultures de consommation de vin du sud. Même lorsqu'on étudie spécifiquement les décès par maladies cardiaques, on constate qu'une consommation accrue n'apporte aucun bénéfice dans des sociétés possédant des modes de consommation équivalents à ceux de l'Europe occidentale.

D'autres analyses ont étudié la relation entre changements dans la consommation d'alcool et cirrhose du foie (14), mortalité par accidents (15), homicides (16) et suicides (17). Pour la cirrhose, les accidents et les homicides, une augmentation de la consommation d'alcool a permis de prévoir une augmentation de cette cause de décès dans chaque pays des parties nord, centre et sud d'Europe occidentale. Pour les suicides, la relation n'est généralement significative qu'en Europe du nord.

Toutefois, les résultats des analyses de décès par cirrhose, accidents et homicides avaient en commun une caractéristique. Dans chaque cas, la relation était plus forte en Europe du nord qu'en Europe du sud. Étant donné que les niveaux de consommation sont plus élevés en Europe du sud, le nombre réel de décès de ces sortes imputables à l'alcool est grossièrement égal dans les régions du nord et du sud. Mais en ce qui concerne l'effet d'un litre supplémentaire d'alcool par habitant, il existait des différences prononcées : les résultats de Rossow (16) suggèrent que cela entraînerait une augmentation de 12,4% des homicides dans la partie nord (Finlande, Norvège et Suède), mais seulement une augmentation de 5,5% dans la partie sud (Espagne, France, Italie, et Portugal) (18). L'effet important d'un litre supplémentaire d'alcool est également apparu dans les résultats concernant la mortalité générale (12).

De nouveau, l'explication la plus vraisemblable de ces différentes relations est liée aux différents modes de consommation. Boire jusqu'à l'ivresse complète semble être un élément traditionnel des modes de consommation des pays du nord de l'Europe. Il semble que l'effet nuisible de l'addition ou de la soustraction d'un litre d'éthanol par habitant soit

influencé par les modes de consommation qui prédominent dans une population.

## Quelques conclusions

Nous pouvons résumer les leçons à tirer des récentes études épidémiologiques de l'abus d'alcool de la façon suivante :

- le niveau de consommation d'alcool est important pour la santé d'une population dans son ensemble ;
- dans la fourchette actuelle des niveaux de consommation par habitant en Europe, une augmentation de la consommation aurait des effets nuisibles très nets sur la santé de la population dans son ensemble. Elle ne produirait vraisemblablement aucun bénéfice sensible en ce qui concerne la mortalité par maladies cardiovasculaires ;
- le mode de consommation prédominant dans une population peut engendrer des différences importantes dans l'étendue des effets néfastes d'une consommation supplémentaire d'alcool. Les modes qui semblent accroître ces effets sont la consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse et l'alcoolisation intense par accès répétée.

Nous avons orienté cette étude sur les populations dans leur ensemble, plutôt que sur les buveurs ou les abstiens pris individuellement. D'un point de vue de santé publique, c'est le niveau de la population qui présente un intérêt en termes de politiques et de programmes sociaux. Les implications générales des résultats des études récentes pour les politiques de lutte contre l'abus d'alcool sont de deux ordres :

- 1) Dans un contexte européen, toute politique qui réduit les niveaux généraux de consommation a un bénéfice net pour la santé.
- 2) Étant donné que les effets d'une quantité donnée d'alcool varient d'une société à l'autre, il existe un excellent motif de santé publique pour justifier des différences nationales en ce qui concerne les politiques en matière d'alcool. Des politiques fortes, agissant sur la disponibilité de l'alcool et les modes de consommation sont particulièrement justifiées lorsque les effets nocifs d'une consommation accrue, semblent plus importants pour la population, comme c'est le cas en Europe septentrionale et orientale.

## Références

1. LEON, D.A. ET AL. Huge variation in Russian Federation mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, **350**: 383–388 (1998).
2. WASSERMAN, D. & VÄRNIK, A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990. *Acta psychiatica Scandinavica*, **98** (Suppl. 394): 34–41 (1998).
3. SHKOLNIKOV, V.M. & NEMTSOV, A. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In: Bobadilla, J.L. et al., ed. *Premature death in the new independent states*, Washington, DC, National Academy Press, 1997.
4. HER, M. & REHM, J. Alcohol and all-cause mortality in Europe 1982–1990: a pooled cross-section time-series analysis. *Addiction*, **93**: 1335–1340 (1998).
5. NORSTRÖM, T. Per capita consumption and total mortality: an analysis of historical data. *Addiction*, **91**: 339–344 (1996).
6. KUPARI, M. & KOSKINEN, P. Alcohol, cardiac arrhythmias and sudden death. In: Chadwick, D.J. & Goode, J.A., ed. *Alcohol and cardiovascular diseases*. Chichester, John Wiley & Sons, 1998.
7. MCKEE, M. & BRITTON, A. The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **91**: 402–407 (1998).
8. KAUHANEN, J. ET AL. Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population-based study. *British medical journal*, **315**: 846–851 (1997).
9. KNIBBE, R.A. ET AL. Modernization and geographic diffusion as explanations for regional differences in the consumption of wine and beer in the European Community. *Substance use and misuse*, **31**: 1639–1655 (1996).
10. SIMPURA, J. Mediterranean mysteries: mechanisms of declining alcohol consumption. *Addiction*, **93**: 1301–1304 (1998).
11. SKOG, O.-J. Public health consequences of the J-curve hypothesis of alcohol problems. *Addiction*, **91**: 325–337 (1996).
12. NORSTRÖM, T. Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in 14 European countries, *Addiction* (Suppl., sous presse).
13. HEMSTRÖM, Ö. Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality. *Addiction* (Suppl., sous presse).
14. RAMSTEDT, M. Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction* (Suppl., sous presse).
15. SKOG, O.-J. Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries. *Addiction* (Suppl., sous presse).
16. ROSSOW, I. Drinking and violence: a cross-cultural comparison of the relationship between alcohol consumption and homicide in 14 European countries. *Addiction* (Suppl., sous presse).
17. RAMSTEDT, M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* (Suppl., sous presse).
18. Room, R. & Rossow, I. The share of violence attributable to drinking: what do we know and what research is needed? In: *Alcohol and crime: research and practice for prevention*. Washington, DC, National Crime Prevention Council, 2000.



# Chapitre 5

## Politiques de lutte contre l'abus d'alcool en Europe

### Introduction

Ce chapitre présente un aperçu des grands axes des politiques de lutte contre l'abus d'alcool mises en place dans les différents États membres de la Région européenne. Il repose principalement sur les réponses reçues par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de ses correspondants nationaux<sup>3</sup> à un questionnaire spécialement conçu en 1998/1999. Les informations proviennent également du rapport d'évaluation du premier Plan d'action européen contre l'alcoolisme, du Rapport mondial sur l'alcool du Siège de l'OMS et de documents officiels et publications reçus des États membres de la Région européenne. À des degrés variables, nous disposons d'informations provenant de 42 pays de la Région. Pour les pays suivants, la base d'informations était insuffisante pour pouvoir être prise en compte : Albanie, Andorre, Kirghizistan, Monaco, Saint-Marin, Tadjikistan, Turquie, Turkmenistan et Yougoslavie. La présentation utilise généralement les regroupements des divers pays d'Europe occidentale, des PECO et des NEI (voir annexe 1).

Ce chapitre est divisé en douze sections, dont les dix premières couvrent les dix stratégies de la Charte européenne sur la consommation d'alcool, qui correspondent aux dix grands axes des politiques susceptibles d'être mis en œuvre par les pays (voir annexe 2). Un bref examen de l'action de la Commission européenne en matière d'alcool, incluant les directives UE appropriées, se trouve dans la section intitulée « La Commission européenne et l'alcool ». Le chapitre se termine par un bref examen de certains des principaux changements intervenus dans les politiques de lutte contre l'abus d'alcool depuis 1994/1995.

---

<sup>3</sup> Les correspondants pour le Plan d'action européen contre l'alcoolisme sont désignés par les ministres de la santé pour faire la liaison avec le Bureau régional de l'OMS dans le domaine de la politique de lutte contre l'abus d'alcool. Ils jouent tous un rôle important dans leurs pays respectifs au titre de responsables politiques et de conseillers.

## Information et éducation

Les efforts réalisés en matière d'information et d'éducation peuvent être examinés au niveau individuel ou à celui de la population. Au niveau individuel, un environnement favorable est considéré comme important, et certains efforts (tels que des interventions de courte durée pour les groupes à risque lors de soins de santé primaires) sont efficaces. Des programmes de formation bien élaborés, axés sur l'acquisition d'aptitudes, mis en place dans le cadre de l'éducation à la santé dans les établissements scolaires ont également eu des effets positifs sur le développement personnel. Il existe un consensus général chez les chercheurs pour dire que l'information et les campagnes médiatiques destinées à la population entraînent rarement, à elles seules, des modifications du comportement en matière de consommation d'alcool. Les meilleurs résultats ont été obtenus au moyen d'une démarche multisectorielle, qui combine des mesures d'ordre général et des interventions interpersonnelles (fiscalité et éducation, par exemple). Le rôle des campagnes médiatiques est principalement d'influencer et de modifier le contexte social de la consommation d'alcool, mais également de promouvoir des choix individuels sains. Ces campagnes peuvent être plus efficaces si elles portent sur des questions spécifiques, comme la conduite en état d'ivresse.

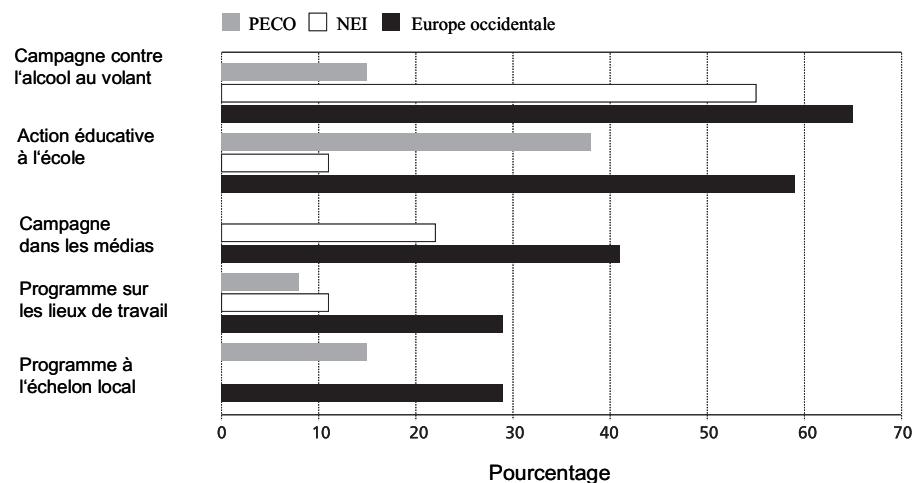
Des efforts en matière d'information et d'éducation sont accomplis dans toute la Région et ils varient considérablement sur les plans des groupes ciblés, des objectifs et des ressources affectées. On présente ci-après un aperçu des différents programmes élaborés dans la Région. L'information et l'éducation ont été étudiées dans cinq champs d'action : les campagnes médiatiques, l'éducation dans les établissements scolaires, les programmes sur les lieux de travail, les programmes exécutés au niveau local et les campagnes contre la conduite en état d'ivresse. Les stratégies les plus courantes sont les campagnes contre l'alcool au volant (18 pays sur 39 indiquent que ces activités sont bien développées) et les programmes scolaires (bien développés dans 16 pays). Les trois autres domaines d'information et d'éducation – programmes médiatiques (neuf pays), programmes exécutés au niveau local (sept pays) et programmes sur les lieux de travail (sept pays) – sont généralement moins bien développés et moins fréquemment mis en œuvre dans un nombre inférieur de pays.

La répartition régionale (voir la figure 3) montre qu'environ la moitié des NEI ont mis en place de bonnes campagnes contre l'alcool au volant et qu'environ 20% de ces pays signalent la mise en œuvre de campagnes médiatiques importantes. Cette partie de la Région semble manquer de programmes bien développés exécutés au niveau local. Parmi les PECO qui ont répondu, près de 40% disposent d'un bon programme d'éducation pour les établissements scolaires, alors que les autres domaines semblent sous-développés, voire inexistant lorsqu'il s'agit de campagnes médiatiques. En Europe occidentale, les efforts semblent porter sur les campagnes contre

l'alcool au volant et l'éducation en milieu scolaire, tandis que les programmes sur les lieux de travail et exécutés au niveau local sont bien développés dans presque 30% des pays.

Différents types de programmes d'information et d'éducation sont mis en œuvre au niveau national, régional ou local dans la Région européenne. En voici quelques exemples : mini-interventions lors des soins de santé primaires (Finlande), projet « Trop tôt pour moi », visant à éléver l'âge auquel les premières boissons alcoolisées sont consommées (Norvège), éducation dans le cadre des soins de santé primaires (Bulgarie, Suède), « Alcool : maîtrisez-vous la situation ? » (Allemagne), campagne « Samedi soir » pour les jeunes (Italie), programme d'éducation scolaire « Je me prends en charge » (Irlande), campagne « Ça débouche sur quoi ? » (Suisse), grossesse et alcool (Israël), campagne axée sur Bob, le conducteur qui ne boit pas, un modèle populaire (Belgique), contrôle obligatoire des nouveaux conducteurs au moyen du questionnaire AUDIT de l'OMS (Ukraine) et un programme en sept étapes pour les élèves (Pologne).

Figure 3. Action sérieuse d'éducation et d'information dans les différentes zones



## Cadres publics, privés et professionnels

Les deux grands objectifs de la limitation de la consommation d'alcool dans différents cadres sont d'assurer un environnement public sûr pour les moments de loisirs et les manifestations sportives, et de réduire ou éviter les accidents et les pertes de productivité sur les lieux de travail. L'interdiction de l'alcool dans certains cadres peut être considérée dans une perspective de sécurité

physique et d'ordre social. Les résultats des recherches scientifiques dans ce domaine de l'action préventive sont fragmentaires mais commencent à s'accumuler, et ont mis en avant la capacité des réglementations locales à prévenir les effets négatifs de l'alcool dans les lieux publics (1). Parmi les conséquences les plus dommageables de la consommation d'alcool, figurent les accidents du travail et l'absentéisme. L'élaboration de programmes de santé globaux sur le lieu de travail (officiels ou informels) portant sur l'alcool et d'autres drogues, peut contribuer à améliorer la santé et la productivité des travailleurs. Les recherches effectuées en Autriche montrent que 68% des lieux de travail ont une attitude négative vis-à-vis de l'alcool (24% une attitude neutre et 8% une attitude positive) et que les personnes qui y travaillaient buvaient moins d'alcool que celles travaillant dans des lieux plus « favorables à l'alcool » (2). Dans les lieux publics, les risques de comportement agressif et d'atteinte à l'ordre public, ainsi que d'effets physiques ou mentaux, nocifs ont entraîné un certain nombre d'interventions concernant les personnes ivres dans les lieux publics. Dans les cadres privés, les problèmes familiaux peuvent être atténués par le biais d'un réseau de soutien exécutant des programmes de prévention et de traitement qui assurent la sécurité au foyer, en particulier pour les enfants les plus vulnérables.

La plupart des pays restreignent la consommation d'alcool dans différents cadres. Ces réglementations visent soit l'ensemble de la population, soit certains groupes. Les restrictions apportées à la consommation d'alcool dans les différents cadres peuvent être totales ou partielles, obligatoires ou facultatives ou même inexistantes. Les lieux publics envisagés ici sont les établissements de soins de santé, les bâtiments scolaires, les administrations, les transports publics, les restaurants, les parkings, les rues, les manifestations sportives ou de loisirs (comme les concerts), les lieux de travail et les avions assurant des vols intérieurs ou internationaux.

La plupart des pays (33 sur 39) prévoient l'une ou l'autre restriction portant sur la consommation d'alcool sur le lieu de travail (tableau 10), et un peu moins de la moitié de ces pays ont totalement interdit l'alcool. Les bâtiments scolaires et les établissements de soins, les administrations et les transports publics de nombreux pays sont également des lieux sans alcool. Les environnements les moins limités sont les avions assurant des vols internationaux et les restaurants. La répartition régionale des cadres est intéressante. Les pays d'Europe occidentale sont plus susceptibles d'interdire totalement la consommation d'alcool dans des environnements extérieurs, lors de manifestations sportives ou de loisirs et à l'extérieur dans les parkings et les rues. D'un autre côté, les PECO interdisent principalement la consommation dans des cadres plus « officiels », les lieux de travail, les établissements de soins et les administrations, ainsi que dans les transports publics et les avions assurant des vols internationaux. Les NEI interdisent l'alcool dans la plupart des lieux de travail et dans les transports aériens

intérieurs et internationaux. Globalement, ce sont les PECO qui imposent le plus de restrictions sur la consommation d'alcool dans différents cadres, alors que les NEI en imposent le moins.

Tableau 10. Restrictions de la consommation d'alcool dans différents cadres (39 pays)

Cadre	Nombre de pays avec restrictions	Nombre de pays avec interdiction totale	Pourcentage de pays avec une interdiction totale		
			Europe occidentale	PECO	NEI
Lieux de travail	33	16	6	50	44
Établissements d'enseignement	32	24	29	42	29
Établissements de soins de santé	31	21	15	52	33
Administrations	27	12	14	42	42
Transports publics	26	16	18	44	38
Manifestations sportives	22	9	45	22	33
Manifestations de loisirs	21	3	100	—	—
Transport aérien intérieur	18	8	13	25	62
Parkings et rues	15	5	60	20	20
Transport aérien international	12	2	—	50	50
Restaurants	8	—	—	—	—

Parmi tous les pays qui ont répondu, l'Islande est celui qui a mis en place le plus de restrictions : l'alcool est interdit dans tous les cadres, sauf les restaurants et le transports aériens internationaux. L'Arménie et le Danemark sont les seuls pays où aucune restriction ne semble exister, tandis qu'au Portugal, il existe une interdiction facultative pour les lieux de travail. L'Autriche ne connaît de restrictions générales de la consommation d'alcool dans aucun cadre, si ce n'est qu'il est interdit de servir de l'alcool aux élèves dans les établissements scolaires, et certains lieux de travail ont adopté des restrictions concernant l'alcool. Dans certains pays, les restrictions ne s'appliquent qu'à certains types de boissons alcoolisées ; par exemple, en Italie, la restriction appliquée à l'occasion des manifestations sportives et de loisirs concerne les spiritueux. De nombreux pays limitent la consommation d'alcool dans d'autres cadres. Les Pays-Bas ont mis en place un accord volontaire pour l'exploitation des gisements de pétrole au large des côtes, le transport maritime et fluvial, et les stades de football lors de matches à risque. Il existe également des restrictions sur la vente d'alcool à proximité des écoles et des églises (Lituanie), des jardins d'enfants et des hôpitaux

(Turkménistan), des établissements d'enseignement et de soins pour enfants, ainsi que dans les établissements de soins (Fédération de Russie).

Bien qu'une majorité de pays (17 sur 27) aient adopté des dispositions régissant la consommation d'alcool ou les taux d'alcoolémie sur les lieux de travail, le type de restriction appliquée sur les lieux de travail est variable. Certaines de ces dispositions semblent très strictes ; en République tchèque et en Lettonie, par exemple, l'employeur peut rompre un contrat pour ce motif. La Croatie, la Roumanie et la Slovaquie possèdent des réglementations strictes qui interdisent tout alcool sur le lieu de travail. Dans d'autres pays, la présence d'alcool est limitée selon le type et la nature du travail. En Géorgie, certains professionnels (pilotes, conducteurs de véhicules de transport en commun et responsables de la sécurité du gouvernement) sont soumis à un contrôle quotidien. En Belgique, la loi interdit les boissons alcoolisées fortes (plus de 6% par volume) sur les lieux de travail et au Portugal, le taux d'alcoolémie sur le lieu de travail doit être inférieur à 0,5 g/l. La répartition régionale des réglementations concernant l'alcool sur les lieux de travail est similaire en Europe centrale et en Europe orientale, d'une part, et en Europe occidentale, de l'autre (respectivement 78% et 64% de tous les pays qui ont répondu en ont adoptées). La proportion correspondante pour les NEI est de 43%.

Les pays qui disposent de réglementations concernant l'alcool sur les lieux de travail ont également élaboré des programmes de lutte contre l'abus d'alcool sur les lieux de travail. Quelques autres pays ont instauré des programmes concernant les lieux de travail, même s'ils ne limitent pas la consommation d'alcool. Le type et l'ampleur des programmes sont très variables. En Norvège, un comité tripartite est solidement établi, très organisé et officiel. L'Allemagne compte plus de 2000 entreprises disposant de programmes adaptés aux lieux de travail, alors qu'en Suisse, ce sont principalement les grandes entreprises qui ont organisé de tels programmes. L'Ukraine a mis en œuvre, sur onze sites différents, un projet conjoint de l'Organisation internationale du travail et du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues. L'Irlande et Malte ont créé des programmes de ce type, mais ils sont peu nombreux en Irlande. En Islande, les personnes alcoolodépendantes repérées sur le lieu de travail ont la possibilité d'entreprendre un traitement ou de participer à des réunions des Alcooliques anonymes (AA). Des programmes destinés aux lieux de travail existent surtout en Europe occidentale, où tous les pays qui ont répondu en ont créés ; dans les PEKO, la moitié des pays ont mis en place de tels programmes, alors que cela n'est le cas que dans un NEI sur trois.

Dans la majorité des pays, les pouvoirs publics aident les familles dont un membre est alcoolodépendant. Vingt pays sur 27 ont lancé des programmes qui permettent de répondre aux besoins des membres de l'entourage, en particulier des enfants dont les parents ont un problème d'alcool. Les programmes familiaux existent dans tous les pays d'Europe occidentale, dans

presque tous les PECO, mais dans un seul des NEI. Cette aide est apportée sous deux formes : d'une part, elle est assurée par des organisations non gouvernementales, en particulier grâce aux programmes Alateen et Alanon (sur le modèle des AA), et à d'autres associations telles que l'Organisation internationale des bons templiers (IOGT), la Croix Bleue et des organisations religieuses. D'autre part, une aide est fournie par des centres, où les membres de l'entourage peuvent bénéficier d'une thérapie, qui a généralement un caractère local et informel.

La majorité des pays (24 sur 28) ont adopté des dispositions prévoyant la mise en détention de personnes en état d'ivresse sur la voie publique, qui sont prises en charge par la police ou des établissements de soins. Dans 16 pays, l'ivresse elle-même est une raison suffisante pour être placé en détention pendant une période limitée, généralement entre 8 et 24 heures. Dans quelques pays (Belgique, Lettonie et Pologne), la personne concernée est passible d'une amende, tandis que dans la Fédération de Russie, elle est tenue de payer le service, ce qui représente au minimum un mois de salaire. Dans sept pays (Autriche, Bulgarie, Italie, Malte, Portugal, République tchèque et Slovaquie), des conditions supplémentaires sont nécessaires pour qu'une personne ivre puisse être détenue, notamment un danger, une ivresse grave exigeant une désintoxication d'urgence, la participation à un crime ou délit, des troubles à l'ordre public ou une agression. Dans presque tous les NEI les autorités ont la possibilité de placer en détention une personne trouvée ivre sur la voie publique, alors que ce n'est le cas que dans la moitié environ des pays d'Europe occidentale et des PECO.

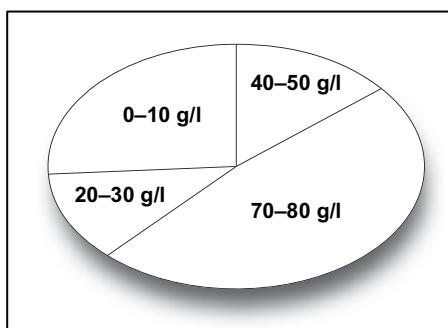
## Conduite en état d'ivresse

L'objectif de la législation sur la conduite en état d'ivresse, qui est la mesure la plus répandue de lutte contre l'abus d'alcool dans la Région, est de réduire le nombre d'accidents, de blessures et de décès qui résultent de la conduite en état d'ivresse. D'une manière générale, les dispositions en vigueur couvrent aussi la navigation et l'aviation civile, voire le cyclisme dans certains pays. Le taux légal d'alcoolémie de chaque pays repose sur la preuve de l'existence d'un risque, la sécurité publique et sur ce qui est perçu comme publiquement convenable et acceptable. Le Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005 recommande l'adoption d'un taux d'alcoolémie de 0,5 g/l ou inférieur, et il recommande également d'obliger les récidivistes à suivre une formation. L'efficacité de la législation contre l'alcool au volant est déterminée par le degré de certitude de la détection et la gravité de la sanction. Le succès d'un programme de lutte contre la conduite en état d'ivresse passe par une meilleure information du public, des contrôles routiers fréquents inopinés au moyen d'analyseurs d'haleine et de prélèvements sanguins.

Sept pays (Autriche, Croatie, Espagne, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Italie et Slovénie), conscients du risque particulier posé par les jeunes conducteurs et les professionnels, prévoient pour eux un taux d'alcoolémie inférieur pour ces conducteurs..

Les taux d'alcoolémie autorisés dans les 43 pays peuvent être classés en quatre catégories : très faible, faible, moyen et élevé. Un certain nombre de pays, principalement dans la partie orientale de la Région, ne tolèrent qu'un taux d'alcoolémie nul ou très faible (0 à 0,1 g/l) pour les conducteurs (Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Estonie, Hongrie, Kirghizistan, Ouzbékistan, République tchèque, Roumanie, Slovaquie et Ukraine). En Géorgie, en Pologne, en République de Moldova, en Suède et au Turkménistan, le taux d'alcoolémie autorisé est encore relativement faible (20 à 30 g/l). La majorité des pays (21) ont fixé le taux d'alcoolémie à 0,4–0,5 g/l. Six pays (Irlande, Italie, Luxembourg, Malte, Suisse et Royaume-Uni) autorisent un taux supérieur, qui se situe entre 0,7 et 0,8 g/l (voir la figure 4). La Fédération de Russie définit la limite du taux d'alcoolémie comme étant l'état d'ébriété.

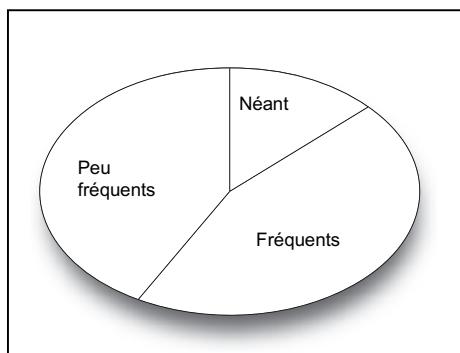
Figure 4. Taux d'alcoolémie autorisé pour la conduite d'une voiture  
(d'après des données concernant 43 pays)



Trente-cinq des 41 pays effectuent des contrôles inopinées du taux d'alcool au moyen d'analyseurs d'haleine et la moitié d'entre eux le font fréquemment (figure 5). Des contrôles fréquents sont réalisés dans presque tous les NEI qui les pratiquent et dans presque tous les pays d'Europe occidentale, alors qu'ils semblent plutôt rares dans les PECO, où moins d'un sur dix pratique régulièrement les contrôles inopinés des analyseurs d'haleine. Six pays (Azerbaïdjan, Géorgie, Irlande, Israël, Royaume-Uni et Suisse) ne pratiquent pas de tels contrôles. Dans certains pays (Bulgarie, Irlande, Italie, Lettonie, Malte, Portugal et Royaume-Uni), la police doit avoir des soupçons justifiés avant de pouvoir contrôler les conducteurs. Souvent, après un accident ou un contrôle d'haleine positif, une analyse de sang ou d'urine complémentaire est réalisée. En Autriche, en France et en

République tchèque, tout refus de se soumettre au contrôle est légalement interprété comme un résultat positif. Au Royaume-Uni, le refus de fournir un échantillon peut entraîner un emprisonnement de six mois, une amende de 5000 livres et une suspension d'au moins 12 mois du permis de conduire. En général, l'application de la législation sur la conduite en état d'ivresse est stricte ou très stricte. En Belgique, en Bulgarie, en Espagne, en Lettonie, à Malte, aux Pays-Bas, en Pologne, et en Suisse, elle est moyennement stricte ; au Danemark, en Grèce et en Italie, l'application de la législation est plutôt souple.

Figure 5. Contrôles inopinés des automobilistes  
(données provenant de 41 pays)



Dans presque tous les pays, les sanctions pour conduite en état d'ivresse peuvent prendre la forme d'une amende, dont le montant varie fortement et peut atteindre l'équivalent de 150 jours de salaire. La suspension du permis de conduire est une autre forme de peine, dont la durée est proportionnelle au dépassement du taux d'alcoolémie. Dans la plupart des pays, une première infraction ou un taux d'alcoolémie très légèrement supérieur à la limite légale entraîne une suspension allant de quelques semaines à trois mois. Il existe toutefois des pays où les peines sont très sévères ; le Kirghizistan applique 1 à 2 ans de suspension dès la première infraction. En Estonie et en Lettonie, la durée de suspension peut aller jusqu'à deux ans. En Israël, la peine est de deux ans de prison, associés à une amende pouvant atteindre 6000 dollars des États-Unis ; en Géorgie, la suspension va jusqu'à trois ans, et en Islande, la seconde infraction entraîne une suspension d'un minimum de trois ans pouvant aller jusqu'à une suspension à vie. Pour les taux d'alcoolémie élevés ou des infractions répétées, la législation de nombreux pays prévoit l'emprisonnement. Les pays dans ce cas sont les suivants : Allemagne, Arménie, Belgique, Bulgarie, Danemark, Estonie, Finlande, France, Irlande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Suède et Suisse. Dans certains pays, la peine peut être laissée à l'appréciation d'un tribunal. L'Autriche et la Suède indiquent que les peines sont

très sévères si un conducteur ivre est impliqué dans à un accident de la circulation et blesse ou tue quelqu'un.

Une petite minorité de pays indiquent qu'ils ont mis en place des programmes d'éducation ou de traitement obligatoires pour les contrevenants récidivistes ou pour les contrevenants qui ont dépassé de façon notable le taux légal d'alcoolémie. Ces pays sont l'Autriche (si le taux est supérieur à 1,2 g/l ou 1 g/l pour les conducteurs débutants (moins de deux ans de conduite)), l'Allemagne, la Belgique, la Croatie (examen médical psychologique), l'Irlande (à l'appréciation du tribunal), les Pays-Bas, le Portugal (la législation ne mentionne pas spécifiquement la conduite en état d'ivresse), la Fédération de Russie (cours au poste de police responsable de la circulation), la Suisse, le Royaume-Uni et l'Ukraine (cours facultatifs de réadaptation expérimentale payés par le contrevenant).

## Disponibilité des produits alcoolisés

Selon les données disponibles, des mesures qui influent sur l'accès à l'alcool et sur les prix de l'alcool par la taxation peuvent quelque peu réduire les problèmes sociaux. La clé de la réussite de ces politiques réside toutefois dans l'obtention d'un soutien de la population et leur application à grande échelle et dans la continuité. Les études qui traitent de la disponibilité de l'alcool démontrent généralement que, lorsque l'alcool est moins facile à acheter ou moins accessible, la consommation et les problèmes liés à l'alcool sont réduits (3).

### Licences et monopoles

Dans presque tous les pays, il existe des dispositions législatives qui traitent de la production et de la vente des boissons alcoolisées. Le but de ces réglementations est variable : contrôle de la qualité des produits, protection de santé publique, élimination des intérêts privés ou considérations religieuses, autant de raisons qui peuvent servir à justifier des restrictions rigoureuses (4).

De nombreux pays cherchent à réglementer la disponibilité de l'alcool au moyen d'un monopole d'État ou d'un système de licences. Généralement, le monopole d'État est une caractéristique propre aux pays nordiques (excepté le Danemark) et à quelques-uns des PECO et des NEI. Les récents événements politiques ont toutefois entraîné des changements qui ont déréglementé le marché et élargi le libre accès à l'alcool dans certains de ces pays. Quelques 17 pays sur 40 ont mis en place un monopole d'État, sous une forme ou une autre. L'Azerbaïdjan, le Bélarus, la Fédération de Russie et le Kazakhstan ont un monopole d'état à tous les niveaux : importation, exportation, production, vente en gros et au détail. Le monopole de la

Hongrie porte sur l'importation, l'exportation, la production et la vente en gros, mais pas sur la vente au détail. Le Bélarus, l'ex-République yougoslave de Macédoine et le Turkmenistan ont des monopoles d'État pour l'ensemble de la production, et l'Allemagne, la Lituanie et la Turquie ont créé des monopoles d'État pour la production de spiritueux. La Norvège et la Suède ont des monopoles d'État pour la vente au détail, la Bosnie-Herzégovine pour la vente en gros et au détail, l'Islande pour les importations et la vente au détail et la Finlande pour la vente au détail des spiritueux (et en partie pour le vin et la bière). L'Ukraine a un monopole d'État sur l'importation, l'exportation, la production et les ventes d'alcool éthylique, mais pas sur les boissons alcoolisées.

La plupart des pays de la Région européenne ont mis en place un système de licences. Sur un total de 45 pays, 14 exigent une licence pour l'importation, l'exportation, la production, la vente en gros et au détail de l'alcool. La majorité (25 pays) n'exigent toutefois une licence que pour une ou plusieurs de ces activités. Seuls six pays (Danemark, Espagne, Grèce, Israël, République tchèque et Slovénie) n'exigent aucune licence concernant le commerce de l'alcool.

Dans presque tous les pays, les débits de boissons doivent faire une demande de licence pour avoir le droit de vendre et de servir de l'alcool. Il n'y a qu'en Arménie, en Autriche, en Espagne, en République tchèque, en Slovaquie et en Slovénie que tous les débits de boissons ont le droit de vendre et de servir de l'alcool. En Grèce, l'autorisation n'est requise que pour les ventes au détail à emporter, mais elle n'est pas spécifique à l'alcool et est permanente. Dans certains pays (par exemple, l'Italie, le Portugal, la République de Moldova et la Roumanie), il existe une procédure officielle mais tous les demandeurs obtiennent une licence, ce qui vide la procédure de presque tout son sens. Tous les bars et restaurants de Hongrie et d'Islande, ainsi que les bars et magasins de Croatie, obtiennent des licences. En général, les bars et les restaurants obtiennent plus souvent et plus facilement l'autorisation de vendre de l'alcool que les marchands ambulants et les magasins. La redevance à payer pour l'obtention d'une licence est variable : elle n'existe pas dans certains pays (Norvège, Portugal et Roumanie), s'élève à 50 euros en Bulgarie et atteint 1500 euros en Estonie. La redevance dépend généralement de la taille du débit de boissons, de son chiffre d'affaires, de son loyer et de la durée de la licence.

Cinq pays sur les 27 utilisent officiellement la possibilité de limiter le nombre de débits de boissons comme outil de leur politique de lutte contre l'abus d'alcool. Ce sont l'Espagne, l'Islande, l'Italie (pour les spiritueux), le Luxembourg et la Pologne. Dans la plupart des cas, toutefois, ce sont les municipalités ou les autorités locales qui peuvent limiter le nombre de licences, comme par exemple en Belgique, en Estonie et en Norvège.

## Restrictions des ventes

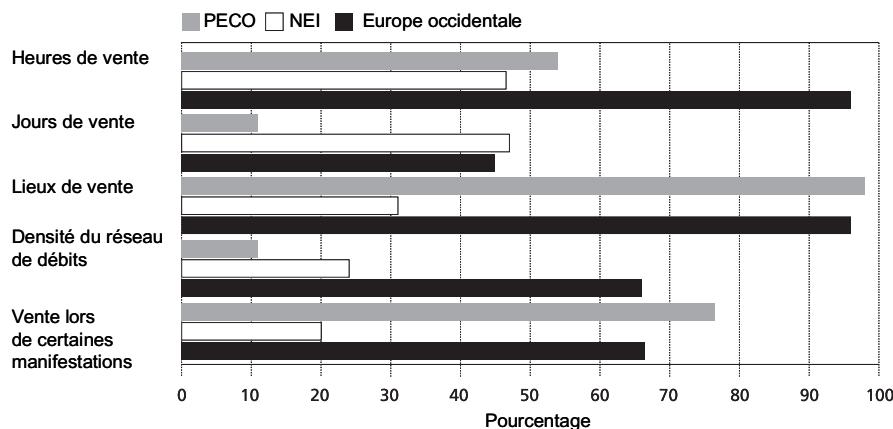
Les pays disposent de nombreuses façons d'essayer de limiter la vente de boissons alcoolisées, en dehors des monopoles et des licences. Les plus importantes sont les limites concernant les heures, les jours et les lieux de vente, la vente lors de manifestations spécifiques et la densité du réseau des débits de boissons. La plupart des études portant sur les changements des heures ou des jours de vente ont montré une consommation accrue ou une augmentation des effets néfastes de l'alcool quand le nombre d'heures ou de jours de vente augmente, et inversement. La limitation du nombre de débits de boissons et la réglementation de leur implantation (par exemple à proximité des établissements scolaires, des églises ou des lieux de travail) a montré que la densité géographique du réseau de débits de boissons a un effet important sur les ventes d'alcool (3).

Comme l'illustre la figure 6, 28 pays sur 41 imposent des restrictions concernant les lieux de vente, 20 limitent les heures de vente et neuf limitent les jours de vente. Les cinq pays qui ne possèdent aucune restriction sur la vente d'alcool sont l'Arménie, la Grèce, Israël, la République de Moldova et la Slovénie. Les décisions visant à limiter les lieux de vente sont généralement prises au niveau municipal (aux Pays-Bas et en Pologne, par exemple), ce qui rend les comparaisons nationales impossibles. Les heures de vente peuvent varier selon les jours de la semaine et il arrive que la vente d'alcool soit totalement interdite dans certains lieux à certaines heures. La France et l'Allemagne, par exemple, interdisent la vente d'alcool dans les stations-service des autoroutes entre 22 heures et 6 heures. La limitation des jours de vente est surtout une politique nordique, mais l'Estonie et le Royaume-Uni connaissent également cette forme de restriction. Certaines de ces restrictions ne concernent que des boissons alcoolisées particulières, comme les spiritueux, par exemple (Croatie et Italie). Les restrictions sur les ventes au Kazakhstan et dans la Fédération de Russie ne s'appliquent qu'aux boissons alcoolisées de plus de 12% d'alcool par volume, et en Ukraine aux boissons de plus de 8,5% d'alcool par volume.

Vingt pays limitent les ventes d'alcool dans certaines circonstances, par exemple lors de fêtes pour enfants, de compétitions sportives et de manifestations. En Italie, la restriction appliquée aux ventes d'alcool lors de diverses manifestations est partielle pour la bière, facultative pour le vin et totale pour les spiritueux. En Espagne, l'alcool est interdit pendant les manifestations sportives et, en Belgique, cette restriction ne s'applique qu'aux spiritueux. Une minorité de pays (11 sur 41) ont adopté des réglementations limitant le nombre de débits de boissons servant de l'alcool : l'Islande (1-5 débits de boissons au kilomètre carré), la France (1 débit avec consommation sur place pour 450 habitants ou dans les zones urbaines plus grandes, 1 pour 3000 habitants), la Finlande (bière), le Bélarus (vin et

spiritueux), l'Irlande, le Luxembourg, Malte, la Pologne (vin et spiritueux), l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni.

Figure 6. Restrictions sur les ventes



Les restrictions sur les ventes sont uniformément réparties dans la Région en ce qui concerne les lieux de vente et la vente lors de certaines manifestations, alors que les heures de vente et la densité du réseau de débits de boissons sont plus limitées en Europe occidentale.

### Âge minimum

La fixation d'un âge légal minimum est une mesure qui vise à empêcher un groupe d'âge spécifique (considéré comme particulièrement vulnérable) de se procurer de l'alcool. L'âge minimum pour l'achat de boissons alcoolisées varie dans la Région européenne de 15 à 21 ans. Dans un certain nombre de pays, l'âge requis n'est pas le même selon le type de boisson (il faut être plus âgé pour acheter des spiritueux). Il existe également des pays où l'âge minimum varie selon qu'il s'agit de consommation ou d'achat d'alcool et, dans ce dernier cas, selon que l'on achète pour consommer sur place ou pour emporter.

Ici, c'est l'âge minimum pour l'achat d'alcool (le moins élevé s'il en existe plusieurs) qui a été retenu. Sur 41 pays, trois (Arménie, Bosnie-Herzégovine et Slovénie) n'imposent pas d'âge minimum pour l'achat d'alcool. La Grèce limite l'achat de spiritueux aux personnes de plus de 18 ans, mais n'impose pas d'âge minimum pour acheter de la bière ou du vin. Le Danemark a établi l'âge minimum le plus bas (15 ans), alors que

11 pays l'ont fixé à 16 ans. La majorité des pays (23) ont retenu 18 ans, et deux (l'Islande et la Suède) 20 ans. En Autriche et en Suisse, l'âge requis varie selon les régions et les cantons. Le groupe de pays qui a fixé l'âge minimum à 16 ans est majoritairement composé de pays d'Europe occidentale (72%), alors que l'âge minimum à 18 ans a été retenu principalement par les PECO, les NEI et les pays nordiques. Environ 17 des pays considérés infligent des sanctions à ceux qui vendent ou servent de l'alcool à des personnes qui n'ont pas l'âge requis.

L'institution d'un âge légal est importante, mais seule une application stricte garantit son efficacité. La majorité des pays estiment que le respect de l'âge minimum est strictement contrôlé ; seuls huit pays (Fédération de Russie, Irlande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie et Ukraine) avouent un certain laxisme.

### **Taxation de l'alcool**

Dans la plupart des pays, l'alcool est une source importante de recettes publiques via la fiscalité. Cependant, des objectifs précis de réglementation de l'alcool ne sont que rarement énoncés dans les lois instituant une telle fiscalité (4). L'effet des changements de prix sur la consommation de l'alcool a fait l'objet de recherches approfondies en Australie, en Europe, en Nouvelle-Zélande et en Amérique du Nord. Elles ont permis de conclure que si le prix de l'alcool augmente, la consommation baisse et que si les prix diminuent, la consommation augmente (3). Par conséquent, la taxation et la fixation des prix peuvent être des instruments efficaces de santé publique pour réduire la consommation globale d'alcool. Le prix réel de l'alcool doit augmenter (et pas seulement son prix nominal) si l'on veut utiliser la fixation des prix comme moyen de maîtrise de la consommation d'alcool. Les politiques de fixation des prix pourraient également servir à orienter les gens vers un type particulier de boisson à teneur en alcool faible ou nulle, afin de réduire de façon substantielle les risques inhérents à des taux d'alcoolémie élevés ou dangereux.

La comparaison entre les niveaux de taxation des différents pays est difficile pour un certain nombre de raisons. Les régimes fiscaux varient d'un pays à l'autre et les modes de calcul sont différents. En outre, certains pays n'ont pas fourni d'informations sur les niveaux des taxes sur l'alcool. Néanmoins, la majorité des pays ont institué un système à deux taxes sur les boissons alcoolisées : une taxe sur les ventes ou une TVA et une taxe spécifique sur l'alcool.

La grande majorité des pays (36 sur 40) perçoivent la TVA sur les boissons alcoolisées (l'Allemagne et Israël ont un système de taxation différent). La TVA est plus élevée sur l'alcool que sur d'autres produits ou services de consommation en Autriche (avec une taxe spéciale de 10% sur les boissons qui s'ajoute à la TVA), en Italie, en Lituanie, en Roumanie et en

Slovaquie. Le niveau de TVA va de 7,5% (Suisse) à 27% (Slovaquie), la majorité des pays ayant un taux proche de 20%.

Dans presque tous les pays, la taxe spécifique sur l'alcool repose sur le pourcentage d'alcool : plus la boisson est forte, plus la taxe est élevée. Cependant, cela n'est pas le cas en Italie, au Kazakhstan, en République de Moldova et en Ukraine. Certains pays ne taxent pas certaines boissons (l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne la Grèce, l'Italie, le Luxembourg et le Portugal ne taxent pas le vin et la Lettonie ne taxe pas la bière). Dans les cas où la taxation représente un pourcentage du prix, ce taux s'élève, pour la bière, à 10% dans une dizaine de pays, pour atteindre 55 à 70% dans les pays nordiques (excepté le Danemark) et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine. Pour le vin, 12 pays prélevent une taxe inférieure à 40% du prix, tandis que les pays à taxation élevée se retrouvent de nouveau majoritairement parmi les pays nordiques (excepté le Danemark), auxquels on peut ajouter l'Irlande, le Royaume-Uni et le Turkménistan. Les spiritueux sont les plus lourdement taxés. La taxation des spiritueux va de moins de 30% (en Espagne, en République de Moldova et au Turkménistan) à une moyenne de 30 à 60% dans 12 autres pays. Certains pays pratiquent une taxation élevée (plus de 60%) des spiritueux, comme le Bélarus, la Lituanie, les pays nordiques (excepté le Danemark), l'ex-République yougoslave de Macédoine, le Royaume-Uni et l'Ukraine. La Roumanie se situe en tête de liste avec une taxe de 118%. La Géorgie et l'Ouzbékistan ne semblent pas appliquer de taxation spécifique sur l'alcool.

Les recettes fiscales provenant de l'alcool sont importantes dans de nombreux pays de la Région. La contribution des recettes fiscales provenant de l'alcool aux recettes publiques totales va de 0,7% en Espagne à 10% en Estonie (voir le tableau 11). Les recettes fiscales totales liées à l'alcool dépendent généralement du niveau de taxation plutôt que du niveau de la consommation. De nombreux pays perdent des montants substantiels de recettes fiscales en raison des difficultés qu'ils ont à maîtriser la production, l'importation et la vente d'alcool. Lorsque les pouvoirs publics ne parviennent pas à assurer le respect de leur politique de taxation, il en résulte d'importants marchés noirs des boissons alcoolisées produites illégalement ou importées en fraude, qui échappent à toute taxation. Dans l'ancienne Union soviétique, par exemple, les taxes spécifiques sur les boissons alcoolisées et les bénéfices de l'État (provenant de l'industrie de l'alcool et du vin et des importations) ont représenté entre 12 et 14% de l'ensemble des recettes publiques pendant plus de 60 ans, alors que la production illicite d'alcool représentait 360 millions de dollars des États-Unis de recettes fiscales perdues (5).

Tableau 11. Recettes fiscales provenant de l'alcool en pourcentage des recettes publiques totales dans certains pays d'Europe

Fourchette	Pays	Pourcentage	Année
Faible (< 2%)	Espagne	0,70 <sup>a</sup>	1997
	Danemark	0,78 <sup>a</sup>	1997
	Allemagne	0,94	1997
	Portugal	1,00	—
	Pays-Bas	1,10	1996
	Slovénie	1,10	1997
	Italie	0,53–2,20 <sup>b</sup>	1997/98
Moyenne (2–5%)	Norvège	2,00	1997
	Suisse	2,00	—
	Luxembourg	2,50	1985
	Suède	2,60	1996
	Lituanie	2,70	1998
	Autriche	2,90	1996
	Slovaquie	3,12	—
	Hongrie	4,50	—
Élevée (> 5%)	Finlande	5,20	1996
	Pologne	5,20	1999
	Irlande	6,74	1998
	Estonie	10,0	1995

<sup>a</sup> Hors TVA.<sup>b</sup> Selon le mode de calcul.

Seuls six pays sur 39 utilisent une partie des taxes sur les boissons alcoolisées pour financer directement des activités de lutte contre l'abus d'alcool. Il s'agit de l'ex-République yougoslave de Macédoine, de la France, de la Lituanie, de la Norvège, de la Pologne et de la Suisse. En Lituanie, 1,3% de la taxation de l'alcool est directement affecté à des activités de prévention et aux budgets des forces de police. En Suisse, 10% des recettes nettes de la taxation sur les spiritueux servent à la prévention et au traitement. En France, une taxe spéciale (environ 10 FRF par litre de boisson alcoolisée au-dessus de 25% d'alcool par volume) finance certains programmes sociaux. En Pologne, 1% de la taxe spécifique sur l'alcool est utilisé pour la mise en œuvre du programme national de lutte contre l'abus d'alcool ; en outre, depuis 1998, les administrations locales perçoivent et conservent les redevances payées pour les licences sur l'alcool au niveau municipal, montant qui atteint environ 50 millions d'euros par an pour le pays.

Sur 27 pays, neuf (Allemagne, Islande, Kazakhstan, Luxembourg, Malte, Norvège, Pologne, Royaume-Uni et Suisse (pour les spiritueux)) indiquent que la réduction de la consommation totale d'alcool est l'objectif officiel de la politique de taxation.

Pour assurer le recouvrement des taxes et lutter contre la contrebande, dans de nombreux pays (20 sur 39), les bouteilles de boissons alcoolisées doivent porter une marque (bandelette, capsule-congé, etc.) prouvant que les taxes ont été acquittées. Ces pays sont l'Arménie, la Croatie, l'Espagne (spiritueux), la Fédération de Russie (sauf la bière), la France, la Hongrie, la Géorgie, la Grèce (spiritueux), l'Italie (spiritueux), le Kazakhstan, le Luxembourg (spiritueux), la Lettonie, l'Ouzbékistan, la Pologne (vin et spiritueux), le Portugal (spiritueux), la République de Moldova, la Roumanie, la Slovaquie (spiritueux), la Suisse (spiritueux) et l'Ukraine. Sur tous les pays qui ont répondu, 78% des NEI, 46% des PECO et 41% des pays de l'Europe occidentale ont adopté un tel système.

## Promotion et publicité

La publicité pour l'alcool a le pouvoir de dépeindre la consommation d'alcool comme socialement souhaitable, de promouvoir des attitudes favorables à l'alcool, de recruter de nouveaux buveurs et d'augmenter la consommation chez les buveurs actuels. La publicité pour l'alcool souligne les aspects bénéfiques de la consommation, passe sous silence les risques pour la personne et pour la santé publique, et peut contrecarrer les efforts de prévention (6). L'ensemble des résultats de la recherche scientifique confirment que la publicité a un impact faible mais certain sur le comportement des buveurs (3). La restriction et la réglementation de la publicité pour l'alcool sont des mesures pertinentes et appropriées à appliquer dans le cadre d'une politique en matière d'alcool, bien que les effets globaux de la publicité sur la consommation d'alcool ou sur les dommages liés à l'alcool puissent être limités et ne se faire sentir qu'à long terme.

Les restrictions concernant la publicité (présentées au tableau 13) vont de l'interdiction totale à l'absence de restrictions, en passant par des restrictions légales limitées ou l'application de codes de conduite volontaires. Les médias envisagés ici sont la télévision, la radio, la presse écrite et les panneaux d'affichage. Dans ces domaines, la Grèce, la Hongrie et la Roumanie n'imposent pas de restriction sur la publicité et la Géorgie ne limite que la publicité pour les spiritueux (télévision, radio et presse écrite). Le Kazakhstan limite la publicité diffusée à la télévision et apposée sur les panneaux d'affichage, mais n'impose pas de restriction aux autres médias.

Sur 37 pays, 29 interdisent ou limitent légalement la publicité pour les spiritueux à la télévision, 28 interdisent ou limitent la publicité pour le vin et 23 interdisent ou limitent la publicité pour la bière (voir le tableau 12).

Tableau 12. Restrictions sur la publicité pour l'alcool à la télévision et la radio (n = 37)

Type de restriction	Spiritueux		Vin		Bière	
	TV	Radio	TV	Radio	TV	Radio
Interdiction totale	15	13	12	11	9	8
Restrictions légales	14	14	16	15	14	12
Code de conduite volontaire	8	7	8	7	9	9
Aucune restriction	3	6	4	7	8	11

Une interdiction totale de la publicité dans la presse écrite existe dans sept pays : Bélarus, Fédération de Russie, Islande, Norvège (sauf la bière), Ouzbékistan, Pologne et Slovénie (sauf la bière). De même, la publicité pour l'alcool sur les panneaux d'affichage est interdite dans six pays : Estonie (spiritueux uniquement), Finlande (spiritueux uniquement), Islande, Norvège, Pologne et Slovénie. Les codes de conduite en matière de publicité sont surtout un phénomène propre à l'Europe occidentale, et ils existent en Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Irlande, Israël, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, République tchèque et Royaume-Uni. Les pays nordiques dominent largement le groupe de pays ayant totalement interdit la publicité : Danemark, Islande, Norvège et Suède (télévision et radio), mais ce groupe comprend également le Bélarus, la Pologne, la Slovénie, la Suisse (télévision et radio) et l'Ouzbékistan (principalement pour le vin et les spiritueux). La France interdit la publicité à la télévision et impose des restrictions légales aux autres médias. La Croatie, la Lettonie, la Slovaquie et l'Ukraine réglementent également la publicité pour l'alcool (sauf la bière) de façon sévère. La Finlande interdit la publicité pour les spiritueux et limite la publicité pour les autres boissons alcoolisées. L'Azerbaïdjan, la Bulgarie, l'Estonie, l'Italie et la République de Moldova imposent des restrictions légales sur tous (ou presque tous) les médias. La Fédération de Russie interdit la publicité dans la presse écrite et la limite (sauf pour la bière) à la télévision et la radio.

Tableau 13. Réglementation de la publicité pour l'alcool,  
Région européenne de l'OMS, 1998–1999

Pays	Spiritueux				Vin				Bière			
	TV	Radio	Presse écrite	Panneaux d'affichage	TV	Radio	Presse écrite	Billboards	TV	Radio	Presse écrite	Panneaux d'affichage
Allemagne	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF
Arménie	L	AR	AR	L	L	AR	AR	L	L	AR	AR	L
Autriche	L	L	CCF	CCF	L	L	CCF	CCF	L	L	CCF	CCF
Azerbaïdjan	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Bélarus	I	I	I	CCF	I	I	I	CCF	I	I	I	CCF
Belgique <sup>a</sup>	L	L	CCF	CCF	L	L	CCF	CCF	L	L	CCF	CCF
Bulgarie	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Croatie	L	L	L	L	L	L	L	L	AR	AR	AR	AR
Danemark	I	I	CCF	CCF	I	I	CCF	CCF	I	I	CCF	CCF
Espagne	I	L	L	AR	L	L	L	AR	L	L	L	AR
Estonie	L	L	L	I	L	L	L	L	L	L	L	L
Fédération de Russie	L	L	I	L	L	L	I	L	AR	AR	I	L
Finlande	I	I	L	I	L	L	L	L	L	L	L	L
France	I	L	L	L	I	L	L	L	I	L	L	L
Géorgie	L	L	L	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR
Grèce	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR
Hongrie	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR
Irlande	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF
Islande	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Israël	CCF	AR	CCF	AR	CCF	AR	CCF	AR	CCF	AR	CCF	AR
Italie	L	L	L	CCF	L	L	L	L	L	CCF	L	L
Kazakhstan	L	AR	AR	L	L	AR	AR	L	L	AR	AR	L
Lettonie	I	I	L	L	L	L	L	L	AR	AR	AR	AR
Lituanie	L	L	—	—	L	L	—	—	L	L	—	—
Luxembourg	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF
Malte	CCF	CCF	AR	AR	CCF	CCF	AR	AR	CCF	CCF	AR	AR
Norvège	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	L	I
Ouzbékistan	I	I	I	L	I	I	I	AR	L	L	L	L
Pays-Bas	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF
Pologne	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Portugal	L	L	AR	AR	L	L	AR	AR	L	L	AR	AR
République de Moldova	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
République tchèque	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF
Roumanie	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR	AR
Royaume-Uni	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF	CCF
Slovaquie	I	I	L	L	I	I	L	L	CCF	CCF	CCF	CCF
Slovénie	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Suède	I	I	L	L	I	I	L	L	I	I	L	L
Suisse	I	I	AR	L	I	I	AR	AR	I	I	AR	AR
Ukraine	I	I	L	L	I	I	L	L	AR	AR	L	AR

<sup>a</sup> Pour la Communauté française de Belgique, l'interdiction de la publicité à la radio et à la télévision s'applique aux boissons alcoolisées de plus de 10% d'alcool par volume.

CCF : Code de conduite facultatif

L : Limité.

I : Interdit.

AR : aucune restriction

Les pays de l'UE ont adopté des réglementations conformes à la directive sur la publicité à la télévision (89/552/CEE). Certains pays imposent des restrictions qui vont au-delà des termes de cette directive. La Belgique n'autorise pas les images de femmes enceintes ; le Portugal n'autorise pas la publicité entre 7 heures et 21h30. En Irlande, les personnes qui apparaissent dans les publicités doivent avoir 25 ans ou plus. Au Royaume-Uni, la publicité est interdite entre 16 heures et 17h45, ainsi que dans les émissions pour les enfants et les émissions religieuses. En dehors de l'UE, il existe des codes de conduite nationaux en Arménie, en Bulgarie, dans la Fédération de Russie, en Géorgie, en Hongrie, en Lettonie, à Malte, en Ouzbékistan, en Suisse et en Ukraine. En Lettonie, il est interdit d'utiliser les symboles de l'État, de montrer des gens en train de boire et de cibler les mineurs, l'alcool au volant, le sport ou la médecine. En Suisse, les codes de conduite interdisent les publicités destinées aux mineurs, et pour les spiritueux, les publicités ne peuvent porter que sur le produit et ses propriétés. Dans la Fédération de Russie, les images de réussite et de bonne santé sont interdites, et les publicités ne peuvent discréditer l'abstinence ni s'adresser spécifiquement aux mineurs. À Malte, la publicité pour l'alcool ne peut être destinée aux jeunes ni présenter l'alcool comme un facteur d'augmentation des performances ou être diffusée à la télévision avant 20h30. En Bulgarie, les publicités ne peuvent pas viser les mineurs, associer l'alcool à la conduite ou présenter l'abstinence ou la modération de façon négative. En Hongrie, le code stipule qu'aucune publicité ne peut être diffusée dans les émissions télévisées pour les enfants.

Sur 39 pays, 17 imposent des amendes en cas d'infraction aux réglementations sur la publicité. Il s'agit principalement des pays d'Europe occidentale. Dans la Fédération de Russie, les peines sont sévères ; la seconde infraction en une année est considérée comme un délit et peut entraîner un emprisonnement de deux ans, un travail obligatoire ou même une amende de 50 à 100 fois le salaire mensuel minimum. En France, les peines sont élevées et le contrevenant est traduit devant les tribunaux.

Sur 39 pays, seuls cinq (Azerbaïdjan, France, Lettonie, Lituanie et Ukraine) exigent la présence d'avertissements sur les publicités. En Lettonie, l'avertissement doit même couvrir 10% de la surface. En Lituanie, il doit représenter 20% de la publicité, être imprimé en caractères noirs sur fond blanc et indiquer que « La consommation d'alcool met en péril votre santé, votre famille, la société et vos revenus ». Cette contrainte s'applique à toutes les publicités extérieures. L'Ukraine exige que l'avertissement couvre 5% de la surface des publicités imprimées et soit libellé comme suit : « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé ». En France, le message est le suivant : « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé, consommez avec modération ».

Sur 27 pays, neuf seulement ont adopté de dispositions (contraignantes ou à caractère facultatif) limitant le soutien financier de l'industrie des

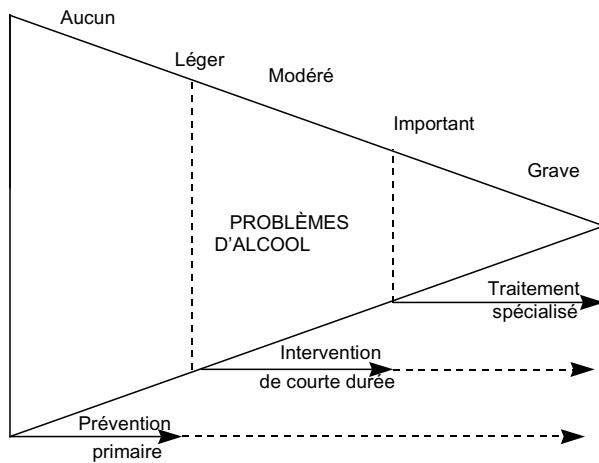
boissons alcoolisées aux activités de loisirs ou aux activités sportives des jeunes : l'Allemagne, la Croatie (sauf pour la bière), la France (sports et activités culturelles), l'Irlande, l'Islande, l'Italie, la Norvège, l'Ouzbékistan et l'Ukraine (pour les moins de 18 ans si la marque ou le produit est utilisé).

## Traitemen

Outre le secteur des soins de santé primaires, les services sociaux qui jouent un rôle important dans la vie et le traitement des buveurs excessifs sont les services d'urgences et de soins aux accidentés, les hôpitaux généraux, les services psychiatriques, les unités de traitement spécialisé, des organismes privés et des associations d'entraide. Des études nombreuses confirment qu'il est très utile de faire jouer au système de soins de santé, y compris les établissements de soins primaires et les hôpitaux généraux, un rôle plus important dans la détection précoce et la prévention des méfaits de l'alcool. Les chercheurs concluent que des interventions de courte durée ciblant la consommation excessive ou réalisées à un stade précoce, sont très efficaces, en particulier chez les hommes (3). Les établissements de soins de santé primaires peuvent aussi offrir un soutien important aux familles et aux groupes d'entraide. Pour que la plupart des personnes concernées puissent bénéficier d'un traitement, celui-ci doit être ouvert à tous, et son coût, sa complexité et son acceptabilité doivent pouvoir permettre une large diffusion. Il faut que les services répondent tant aux problèmes aigus qu'aux problèmes à long terme. Un traitement intensif et coûteux ne produit pas nécessairement de meilleurs résultats ; des interventions moins coûteuses peuvent être très efficaces sur les plans de la détection précoce, de la prévention secondaire et du soutien à long terme (4). C'est en particulier le cas des interventions de soins primaires, qui seules seront abordées ici. La place des interventions de courte durée dans le traitement global des problèmes d'alcool est illustrée par la figure 8.

Quel que soit le pays, les établissements de soins de santé primaires jouent tous l'un ou l'autre rôle, même s'ils ne participent guère à la prévention primaire ou s'ils ne mènent pas d'action de promotion de la santé. La moitié des pays de la Région mènent des activités dans des cadres de soins de santé primaires. Ces activités reposent principalement sur le modèle d'intervention de courte durée produit par l'OMS (AUDIT). Ce modèle sert également à motiver les buveurs excessifs pour qu'ils acceptent des soins spécialisés.

Figure 8. Relation entre la gravité des problèmes d'alcool et le type d'intervention nécessaire



Source : Institute of Medicine (7). Reproduit avec l'autorisation de National Academy Press, Washington, DC, Etats-Unis.

Dans le traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool, les centres de soins primaires (y compris les cabinets de médecine générale) constituent le cadre le plus largement disponible. Vingt-trois des 39 pays ont estimé que des centres de soins de santé primaires sont disponibles ou largement disponibles dans leur pays. La présence de services d'assistance téléphonique dans 13 pays et d'organisations non gouvernementales dans 15 pays est une bonne chose. Seuls 10 pays proposent une possibilité de traitement ou d'aiguillage vers un spécialiste sur les lieux de travail, tandis que sept pays assurent ce même service dans les pharmacies : Autriche, Bosnie-Herzégovine, Hongrie, Italie, Ouzbékistan, Pologne et République de Moldova.

Pour les services de soins de santé primaires, des protocoles relatifs aux conseils sur l'alcool sont disponibles dans 11 pays sur 39 (Autriche, Espagne, Géorgie, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Ouzbékistan, République de Moldova et République tchèque), et des programmes de formation sur ces conseils existent dans neuf pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, Italie, Luxembourg, Portugal, République de Moldova et Suède). Seuls cinq pays (Autriche, Danemark, Finlande, Islande et Italie) offrent des incitations financières ou contractuelles pour donner des conseils sur l'alcool dans le cadre des soins de santé primaires.

## Responsabilités de l'industrie des boissons alcoolisées

Les sociétés prennent de plus en plus conscience des droits des consommateurs et des risques liés à la consommation d'alcool. Du fait que la consommation de boissons alcoolisées comporte un certain nombre de risques sanitaires et sociaux, cette prise de conscience peut servir à prévenir les problèmes liés à l'alcool, en particulier si elle incite à faire collaborer l'industrie des boissons alcoolisées aux efforts de prévention. Les outils de cette partie du travail de prévention incluent des informations sur les produits, des avertissements sur les emballages, une commercialisation responsable, ainsi que la promotion de modes de consommation supposés moins dangereux. Dans toutes ces activités, le travail réalisé par l'industrie est d'une importance capitale. Un certain nombre d'études ont montré que des changements dans les pratiques de vente, associés à la formation des responsables d'établissements, peuvent réduire la quantité d'alcool servie à des personnes ivres, ce qui réduit le risque d'accident de la circulation et d'autres problèmes liés à l'alcool. De même, la responsabilité civile des débits de boissons, lorsqu'elle est correctement mise en œuvre, peut être un outil de prévention des problèmes d'alcool (4).

La moitié des pays de la Région pensent que le rôle joué par l'industrie des boissons alcoolisées et le secteur des cafés et restaurants dans la prévention des problèmes liés à l'alcool est insuffisant ou inexistant. Dans quelques pays, l'industrie a coopéré à la prévention de la consommation d'alcool chez les mineurs, de la conduite en état d'ivresse et de la consommation d'alcool sur les lieux de travail. Dans certains pays (comme l'Irlande et le Royaume-Uni), le secteur des cafés et restaurants a également adopté un code d'auto-réglementation concernant la publicité et l'emballage. Le succès de l'application de ces codes est toutefois mis en doute. En Suède, les représentants du monopole commercial travaillent avec le Ministère de la santé et des affaires sociales pour trouver des intérêts communs et concevoir des campagnes d'information. Les pratiques négatives de l'industrie des boissons alcoolisées mentionnées par les pays comprennent la promotion ciblant les jeunes, le soutien financier apporté aux sports et une forte opposition aux baisses des taux d'alcoolémie ou à l'introduction de contrôles inopinés du taux d'alcool.

La grande majorité des pays ont adopté des réglementations qui prescrivent que la teneur en alcool soit imprimée sur les emballages de toutes les boissons alcoolisées, disposition faisant également l'objet d'une directive de l'UE. Deux pays ne disposent pas de ce type de réglementation : l'Azerbaïdjan et la République tchèque.

Un certain nombre de pays (20 sur 40) ont fixé la teneur maximale en alcool d'une partie ou de l'ensemble des boissons alcoolisées. Dans quelques pays, la limite est si élevée (95% au Turkménistan et en Ukraine) que la

réglementation ne sert à rien. Pour les spiritueux, le niveau maximum est généralement fixé entre 40 et 60%, exception faite de la Croatie (pour le rhum), de l'Estonie et des Pays-Bas, où il est de 70–80%. Pour le vin, la limite varie entre 11 et 22%, alors que seuls huit pays imposent une limite maximale pour la bière, celle-ci variant entre 3,5 et 12%. L'Autriche et la Suisse n'ont adopté de réglementation que pour la teneur minimum en alcool de certaines boissons.

En Fédération de Russie, la réglementation prévoit la mention de diverses informations (dont les contre-indications à la consommation de produits alcoolisés), mais cela n'est pas appliqué dans la pratique. Il n'existe dans aucun pays de disposition prévoyant la présence d'avertissements de type sanitaire sur les récipients des produits alcoolisés ou dans les points de vente. Au Royaume-Uni, cependant, certaines mentions doivent figurer sur les récipients de produits alcoolisés, et le Danemark a mis en place un accord volontaire pour l'étiquetage des bouteilles de bière et de vin lorsque l'embouteillage est réalisé au Danemark.

Quelques pays proposent une formation aux professionnels qui servent des boissons alcoolisées : l'Irlande (en cours d'élaboration), l'Islande, le Luxembourg, Malte (en partie), la Norvège, la Pologne et la Suisse (obligatoire dans certains cantons). L'Allemagne reconnaît la responsabilité de ceux qui servent des boissons, mais cette disposition est rarement mise en œuvre. En Bulgarie et en Ukraine, la responsabilité du fait des produits pour des préjudices causés à des consommateurs ou à leurs familles, a été invoquée lors de procédures judiciaires, mais l'issue de celles-ci ne nous est pas connue.

Plusieurs pays (16 sur 27) imposent des peines ou des sanctions (comme le retrait de licence) aux professionnels qui servent de l'alcool de façon irresponsable (par exemple à des mineurs ou des personnes en état d'ivresse) ; ce sont l'Autriche, la Belgique, la Croatie, l'Espagne, l'Estonie, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, le Kazakhstan, le Luxembourg, Malte, l'Ouzbékistan, la Pologne, le Portugal, la Slovaquie et la Suisse (certains cantons).

Certains pays ont également réglementé les prémix et autres mélanges de boissons (boissons alcoolisées à base de spiritueux ou de vin mélangé à des sodas, qui plaisent particulièrement aux jeunes) ; ce sont l'Arménie, la Bulgarie, la Croatie, l'Estonie, la Fédération de Russie, l'Irlande (code facultatif), le Kazakhstan, la Norvège (boissons vendues uniquement dans des magasins sous monopole), la Pologne, le Royaume-Uni, la Suisse (dans certains cantons) et l'Ukraine.

## Action de la société

Un bon moyen d'augmenter la capacité d'une société à faire face aux problèmes d'alcool consiste à former les professionnels d'autres domaines ; l'objectif est d'accroître la prise de conscience de l'existence des problèmes liés à l'alcool, de leur apprendre à les reconnaître, à les gérer et à les atténuer. La formation et une meilleure prise de conscience font souvent partie des actions et des projets menés au niveau de la population. Le système de protection sociale est souvent en première ligne lorsqu'il s'agit de traiter les problèmes dus à la consommation d'alcool. Il peut jouer un rôle important en repérant et en soutenant les familles et les personnes en situation de risque de consommation excessive. La protection des enfants, l'identification des problèmes et l'existence d'un système d'aiguillage vers un spécialiste qui encourage les membres de l'entourage à participer aux activités de conseil ou au traitement revêtent une grande importance.

La plupart des pays (19 sur 27) proposent aux membres de certaines professions une formation concernant les problèmes d'alcool, mais dans des domaines autres que la santé. La Lettonie est un exemple intéressant : on y dispense une formation sur les problèmes d'alcool dans les forces armées nationales. Le système de protection sociale ne joue dans de nombreux pays aucun rôle ou un rôle limité dans les activités centrées sur l'abus d'alcool. La moitié des pays de la Région proposent une formation concernant les questions d'alcool dans le cadre des études des futurs travailleurs sociaux ou dans le cadre de programmes autonomes. La moitié des pays considèrent que la formation est suffisante, alors que l'autre moitié la juge trop limitée.

De nombreux pays indiquent la nécessité d'une formation qui couvre les questions d'alcool et les mesures que le système de justice pénale doit prendre. Dans la plupart des pays, le système de justice pénale s'occupe principalement de réglementer la conduite en état d'ivresse et d'ordonner des programmes de traitement ou d'éducation pour les contrevenants ou les prisonniers. Une minorité de pays pensent que leur système de justice pénale est actif ou suffisant dans sa contribution à l'atténuation des problèmes qui résultent de l'alcool. Certains pays proposent des programmes d'éducation sur les conséquences judiciaires éventuelles de la consommation d'alcool.

La majorité des pays mènent des activités locales pour prévenir les effets nocifs de l'abus d'alcool et promouvoir des modes de vie sains. Dans la plupart des cas, les programmes locaux visent à éduquer les jeunes et à interdire la consommation d'alcool dans certains lieux ou lors de certaines manifestations. D'autres domaines d'action sont les campagnes contre l'alcool au volant et les programmes mis en place par la police pour empêcher que des personnes n'ayant pas l'âge minimum légal puissent se procurer de l'alcool.

## Organisations non gouvernementales

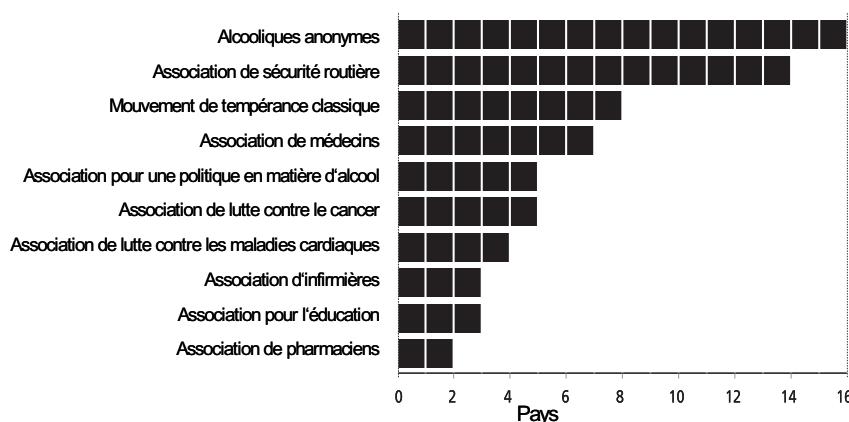
Les organisations non gouvernementales (ONG) peuvent jouer un rôle important dans la société, notamment au niveau local, en agissant pour prévenir, réduire ou traiter les problèmes liés à l'alcool. La souplesse de nombreuses ONG leur permet souvent d'influencer la prise de décision aux niveaux local, national et supranational. Les ONG travaillent dans un grand nombre de domaines : elles gèrent des centres d'information, des programmes pour les lieux de travail et l'éducation, et divers centres de traitement ; en outre, elles participent au débat public sur les questions d'alcool en menant des campagnes, en suscitant l'intérêt des médias, en faisant la promotion de boissons non alcoolisées et en obtenant l'appui de la population (8).

En général, les racines historiques, culturelles et politiques des ONG diffèrent d'un pays à l'autre, ce qui rend difficile l'élaboration de plans d'action communs axés sur leur participation. Les ONG qui s'investissent dans le domaine de l'alcool peuvent être classées en trois types : ligues de tempérance, associations d'entraide et organismes sociaux et sanitaires. Des ligues de tempérance ont été créées dans les pays nordiques qui pratiquent le monopole sur l'alcool (Finlande, Islande, Norvège et Suède), alors que rares sont celles qui ont réussi à s'implanter dans le reste de l'Europe. Aujourd'hui, les ligues de tempérance qui ont survécu réorientent souvent leurs efforts vers des initiatives d'intérêt général en matière de santé et de mode de vie. L'une des organisations d'entraide les plus répandues et reconnues est Alcooliques anonymes (AA), qui est également une philosophie, un mouvement social et une forme de traitement. L'influence des AA dans l'élaboration de politiques est importante dans de nombreux pays, et leurs idées font maintenant partie intégrante des conceptions officielles en matière de traitement dans certains pays. En Europe, il existe un vaste réseau d'ONG dans le domaine des problèmes de santé et de société, généralement édifié autour des intérêts des victimes de tel ou tel problème sanitaire ou social. Le rôle des associations dans la prestation de services et le traitement destinés aux buveurs excessifs varie énormément. Ces différences sont liées à la répartition des tâches qui existe depuis longtemps entre l'État, les municipalités, l'Église, les acteurs commerciaux et l'organisation civile (4).

De par leur mandat, il devrait y avoir beaucoup d'ONG qui s'intéressent aux questions de politique en matière d'alcool. Cependant, dans la plupart des pays, de telles ONG n'existent pas ou ne sont pas très actives (voir la figure 9). Le mouvement des AA est très actif dans 16 pays sur 38 et les associations de sécurité routière dans 14 pays (sur 38) ; ils sont suivis par les mouvements de tempérance classiques, qui sont assez actifs dans huit pays (Finlande, Islande, Lettonie, Pologne, Slovaquie, Suède, Suisse et République tchèque) et modérément actifs dans cinq autres pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Estonie et Ukraine). Les associations

militantes dans le domaine de la lutte contre l'abus d'alcool, ainsi que les associations médicales et de lutte contre le cancer, sont actives dans cinq ou six pays, et les ONG (associations d'infirmières, de pharmaciens, d'éducation et de lutte contre les maladies cardiaques) seulement dans quatre pays tout au plus. Parmi les ONG actives dans le domaine de l'alcool, on trouve Alcohol Concern (Royaume-Uni), Mothers Against Drink-Driving (Irlande et Royaume-Uni) et l'Association de narcologie (Moldova).

Figure 9. Nombre de pays où des ONG ont des activités concernant des questions de politique en matière d'alcool (total 38 pays)



Dans l'ensemble, tous les pays ont créé un programme national qui assure la promotion de cadres de vie sains, comme le foyer, l'école, l'hôpital et le lieu de travail. ceux-ci permettent d'encourager des comportements sains, d'améliorer le soutien social et de renforcer les attitudes favorisant des habitudes de consommation d'alcool plus modérées. Les programmes de ce type sont indépendants ou bien intégrés à la structure d'un programme de l'OMS. En ce qui concerne les réseaux de l'OMS qui participent activement à des activités liées à l'alcool au niveau des pays, il faut citer les réseaux Écoles-santé et Villes-santé, qui sont actifs respectivement dans 23 et 25 pays. Les associations nationales de médecins sont actives dans 14 pays et le Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) est actif dans 15 pays. D'autres réseaux de l'OMS (Régions-santé, Hôpitaux-santé, associations internationales d'infirmières et EuroPharm) ont une notoriété bien moindre dans le domaine de l'alcool ; seuls deux à sept pays considèrent qu'ils sont véritablement actifs dans ce domaine.

## Élaboration des politiques

Étant donné que des politiques bien équilibrées de lutte contre l'alcoolisme présentent un intérêt manifeste sur le plan de la santé publique, l'un des principaux moyens d'action (comme l'indique le Plan d'action européen contre l'alcoolisme) consiste à favoriser l'élaboration de politiques d'ensemble de lutte contre l'abus d'alcool dans les États membres. L'OMS appelle tous les États membres à élaborer de telles politiques et à mettre en œuvre des programmes conformes aux principes et objectifs éthiques de la Charte européenne sur la consommation d'alcool (adaptés aux différents environnements culturels, sociaux, juridiques et économiques).

Dans la Région européenne, 13 pays sur 39 (Allemagne, Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lituanie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal et Suède) ont incorporé l'alcool dans leur programme national ou élaboré un plan d'action national contre l'alcool ; pour 14 autres pays (Arménie, Autriche, Bélarus, Bulgarie, Fédération de Russie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Malte, Ouzbékistan, République de Moldova, Royaume-Uni, Slovaquie et Suisse), l'élaboration d'un tel programme est en cours. Les différences régionales sont présentées dans le tableau 14. Aucun des NEI n'a encore adopté de plan, mais un plan est en cours d'élaboration dans plus de la moitié d'entre eux. Des plans de ce type sont également en cours d'élaboration dans un tiers des PECO, de sorte que la moitié des pays font partie du groupe de pays doté d'un plan d'action. En Europe occidentale, seul un cinquième des pays n'ont pas élaboré de tel plan et ne sont pas non plus en train de le faire.

Tableau 14. Plans d'action nationaux contre l'alcoolisme en Europe

Pays	Plan d'action national contre l'alcoolisme	Élaboration d'un plan d'action	Pas de plan d'action
PECO	2	4	7
NEI	–	6	3
Europe occidentale	10	4	3

Environ 25 pays se sont dotés d'un organisme national de coordination qui donne des conseils concernant la mise en œuvre d'une politique nationale de lutte contre l'abus d'alcool ou coordonne l'application de celle-ci, et sept autres pays sont en train de mettre en place des organismes de ce type. En font partie tous les pays précédemment mentionnés, qui disposent déjà d'un plan d'action national en matière d'alcool, ainsi que l'Arménie, le Bélarus, la Bulgarie, le Danemark, la Fédération de Russie, l'Espagne, la Géorgie, la Hongrie, le Luxembourg, Malte, l'Ouzbékistan, la République de Moldova et la Suisse. L'Espagne, le Danemark, la Géorgie, le Luxembourg

et l'Ukraine ont créé un organisme de coordination mais n'ont pas de plan d'action national. Différents organismes officiels et non officiels apportent leur concours aux organismes de coordination. Parmi les organismes officiels, on trouve principalement les ministères de la santé et, dans une moindre mesure, les ministères de la justice, de la protection sociale, du travail et de l'éducation, et des services nationaux de santé, des instituts de santé publique et des municipalités. Les organismes non officiels sont principalement des ONG, par exemple, des ligues de tempérance.

Dans 23 pays sur 40 (Arménie, Bélarus, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Fédération de Russie, Finlande, France, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova, Suède, Suisse et Ukraine) la politique en matière d'alcool énonce des objectifs quantitatifs précis. Sur ces pays, huit visent une réduction globale ou individuelle, alors que les autres tentent de réduire les problèmes d'alcool ou ont des objectifs très précis ; l'Italie, par exemple, souhaite réduire, d'au moins 20%, la prévalence de la consommation de plus de 40 g par jour parmi les hommes et de plus de 20 g par jour parmi les femmes, ainsi que réduire la prévalence de la consommation d'alcool entre les repas.

Des enquêtes sur la consommation d'alcool sont réalisées à des intervalles différents et sur des populations différentes par les pays suivants : Allemagne, Belgique, Croatie (jusqu'en 1990, a recommencé en 1998), Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Irlande, Israël, Italie, Lituanie, Malte, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Suède et Suisse.

L'Allemagne, l'Arménie, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la Hongrie, l'Italie, le Kazakhstan, la Lituanie, la Norvège, la République tchèque, la Slovaquie, la Suède et la Suisse publient des rapports nationaux réguliers concernant la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool ou les politiques de réglementation de l'alcool.

## La Commission européenne et l'alcool

Depuis la ratification du Traité de Maastricht en 1992, la santé publique fait partie du mandat de la Commission européenne, ce qui est indiqué clairement à l'article 152 du Traité d'Amsterdam. En 1998, la Commission a adopté une communication sur l'élaboration de la politique en matière de santé publique dans la Communauté européenne. Elle définit les trois principaux axes d'action : améliorer l'information sur la santé, établir un mécanisme de réaction rapide et s'attaquer aux déterminants de la santé. Le programme d'action de la Communauté européenne sur la promotion de la santé et l'information, l'éducation et la formation en matière de santé vise notamment à promouvoir l'étude, l'évaluation et l'échange d'expériences et

le soutien aux actions en ce qui concerne les mesures à prendre pour éviter l'abus d'alcool et ses conséquences sociales et sanitaires. Dans ce programme d'action, des références particulières sont faites aux mesures d'éducation à la santé sur les lieux de travail et à la formation des professionnels de la santé sur l'abus d'alcool. L'autre programme d'action de la Communauté européenne concerne la surveillance sanitaire. L'objectif de la résolution du Conseil sur l'abus d'alcool, adoptée en 1986, est de réduire les problèmes liés à l'alcool dans les États membres par l'intermédiaire d'une initiative conjointe qui tienne compte des facteurs économiques et des préoccupations de santé publique. L'alcool étant l'un des plus importants facteurs de risque pour la santé humaine, le problème est de la plus haute importance, non seulement pour les États membres, mais également au niveau de l'UE. En outre, puisque 12 autres pays sont en train de négocier leur adhésion, l'importance de l'UE dans le domaine de la santé publique (et donc de l'alcool dans toute la Région européenne) s'accroît.

Les directives de l'UE qui ont été adoptées à ce jour abordent trois aspects de la politique de réglementation de l'alcool : la taxation, la publicité et le transport entre les États membres d'alcool à usage personnel.

L'UE a tenté d'harmoniser la taxation de l'alcool au sein des pays membres, mais n'a réussi à ce jour qu'à fixer des taux d'accise minimum. Selon la directive du Conseil sur le rapprochement des taux des droits d'accise sur l'alcool et les boissons alcoolisées (92/83/CEE du 19 octobre 1992), les taux minimums, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1993, sont les suivants :

- pour le vin (pétillant ou non) : 0 écu ;
- pour la bière : 0,748 écu par hectolitre par degré Plato, ou 1,87 écu par hectolitre par degré d'alcool du produit fini ;
- pour les produits intermédiaires (boissons dont la teneur en alcool est inférieure à 22% et n'appartenant pas au groupe des vins ou des bières) : 45 écus par hectolitre de produit ;
- pour les spiritueux : 550 écus par hectolitre d'alcool pur.

Pour soutenir son effort d'harmonisation des taxes et droits, l'UE a fixé un niveau très élevé pour les quantités de boissons alcoolisées qu'un voyageur peut transporter entre les pays membres pour son usage personnel. Les réglementations autorisent 110 litres de bière, 90 litres de vin, 20 litres de produits intermédiaires (teneur en alcool inférieure à 22%) et 10 litres de spiritueux. Néanmoins, certains des pays ont émis des réserves quant à cette directive, en raison des risques perçus pour la sécurité et la santé de leurs citoyens ; par exemple, les limites fixées pour le Danemark et la Finlande sont bien inférieures : 15 litres de bière, 5 litres de vin, 3 litres de produits intermédiaires et 1 litre de spiritueux. Ces exceptions resteront en vigueur jusqu'à la fin de l'année 2003.

L'UE a également instauré des restrictions sur la publicité pour l'alcool à la télévision. La directive du Conseil 89/552/CEE du 3 octobre 1989 (sur la coordination de certaines dispositions établies par la loi, les réglementations ou l'action administrative dans des pays membres concernant la poursuite des activités de diffusion télévisée) limite le contenu des publicités pour l'alcool à la télévision. La directive établit que :

La publicité télévisée pour les boissons alcooliques doit respecter les critères suivants : elle ne peut pas être spécifiquement adressée aux mineurs et, en particulier, présenter des mineurs consommant ces boissons ; elle ne doit pas associer la consommation d'alcool à une amélioration des performances physiques ou à la conduite automobile ; elle ne doit pas susciter l'impression que la consommation d'alcool favorise la réussite sociale ou sexuelle ; elle ne doit pas suggérer que les boissons alcooliques sont dotées de propriétés thérapeutiques ou ont un effet stimulant, sédatif ou anticonflictuel ; elle ne doit pas encourager la consommation immoderée de boissons alcooliques ou donner une image négative de l'abstinence ou de la sobriété ; elle ne doit pas souligner comme qualité positive des boissons leur forte teneur en alcool.

La Commission a également adopté récemment un programme de mesures prioritaires pour la sécurité routière, qui comporte une recommandation visant à adopter un taux d'alcoolémie inférieur ou égal à 0,5 g/l, et en appelle aux pays membres pour qu'ils prennent toutes les mesures nécessaires pour soutenir cette réglementation, sous la forme de campagnes d'information, de contrôles et de sanctions.

La Commission prépare également une proposition pour un nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001–2006), qui placerait l'alcool parmi les plus importants déterminants de la santé (au même titre que le tabac et la consommation de drogues). Elle entend également constituer un forum européen de la santé, qui servirait de mécanisme consultatif. En réponse au caractère de plus en plus international de la culture de la jeunesse, au fait que les jeunes sont plus vulnérables aux effets nocifs de l'alcool et plus enclins aux accidents et à la violence, et à la possibilité que leur développement psychologique et physiologique puisse être entravé par l'alcool, la Commission prépare une proposition de recommandation du Conseil, relative à la consommation d'alcool par les enfants et les adolescents.

Il est évident qu'il faut améliorer la collecte cohérente d'informations pour faciliter les échanges relatifs aux meilleures pratiques à adopter. En réponse à cette nécessité, la Commission a financé plusieurs activités et études de recherche. Par exemple, l'Étude comparative européenne sur l'alcool (ECAS), actuellement en cours, qui vise l'analyse des politiques de lutte contre l'alcoolisme dans les pays membres de l'UE (et en Norvège) et l'étude de la dimension scientifique, sociale, économique et politique du problème « Alcool et santé ».

## Évolutions des politiques de lutte contre l'abus d'alcool

Lorsque l'on examine les changements intervenus dans les différentes politiques, la période 1994/1995 à 1998/1999 est courte mais a néanmoins enregistré certains changements (tableau 15), et ce dans trois grands domaines stratégiques : la législation sur la conduite en état d'ivresse (taux d'alcoolémie et contrôles inopinés du taux d'alcool), la mise à disposition de l'alcool (monopoles d'État sur l'alcool, les licences d'importation et d'exportation, de production ou de vente, et restrictions à la vente, dont les âges minimums légaux) ; et la promotion de l'alcool (en particulier les restrictions sur la publicité). Presque tous les pays (35 sur 42) ont apporté des changements à un niveau quelconque, ce qui indique que les mesures de la politique de lutte contre l'abus d'alcool changent assez fréquemment et que de nouvelles réglementations sont adoptées. Les changements sont intervenus dans les deux directions : certains pays ont renforcé la réglementation de l'alcool, alors que d'autres l'ont assouplie.

La plupart des changements se sont centrés sur la publicité pour l'alcool : 25 pays ont introduit ou aboli certaines restrictions, les changements étant uniformément répartis entre l'augmentation et la diminution du nombre de restrictions. Des changements concernant les restrictions sur la vente d'alcool sont intervenus dans 19 pays : pour 13 d'entre eux pour aller vers plus de restrictions et pour six vers moins de restrictions. Quinze pays ont modifié leur législation sur les licences relatives à l'alcool : dans 10 pays vers une plus grande sévérité et dans cinq vers moins d'exigences dans ce domaine. Le taux d'alcoolémie a changé dans 12 pays : neuf pays ont adopté des taux d'alcoolémie supérieurs et trois pays des taux inférieurs. Des changements dans la réalisation de contrôles inopinés du taux d'alcool sont intervenus dans huit pays, dont sept qui les ont introduits. Enfin, les monopoles d'État sur l'alcool ont évolué dans sept pays, l'un d'eux ayant introduit un nouveau monopole d'État. En étudiant l'évolution de l'ensemble des changements indiqués ci-dessus, on observe que sur 85 changements intervenus dans la politique de lutte contre l'abus d'alcool, 53 (62%) vont dans le sens d'une politique plus stricte et 32 (38%) dans le sens d'une politique moins stricte.

La répartition régionale globale montre que presque tous les pays d'Europe occidentale (17) ont instauré des changements dans leurs politiques de lutte contre l'abus d'alcool au cours de cette période. Des politiques plus strictes ont été adoptées dans neuf pays de l'UE (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie et Luxembourg), ainsi qu'en Israël et à Malte. Sur les 43 changements dans ce groupe de pays, 32 (74%) vont vers des politiques plus strictes et 11 vers moins de restrictions. Dans les PECO, 10 pays sur 13 ont enregistré des changements, dont quatre (Croatie, Estonie, Lettonie et Pologne) dans le sens de politiques

Tableau 15. Évolution de la législation sur la conduite en état d'ivresse, la disponibilité de l'alcool et la promotion de l'alcool entre 1994/1995 et 1998/1999

Conduite en état d'ivresse			Disponibilité de l'alcool		Promotion	
Pays	Taux d'alcoolemie	Contrôles inopinés du taux d'alcool	Monopoles	Licences	Restrictions des ventes	Publicité
Allemagne	●			●	●	
Arménie					◆	
Autriche	●	●	◆			●
Azerbaïdjan				●		●
Bélarus			●	●	●	●
Belgique	●			●		●
Bosnie-Herzégovine						
Bulgarie	◆		◆	●	◆	◆
Croatie				●	●	◆
Danemark	●			◆	●	
Espagne	●			◆	●	●
Estonie	●					
Ex-République yougoslave de Macédoine						
Fédération de Russie	◆				◆	◆
Finlande						◆
France	●					
Géorgie	◆	◆				
Grèce	●	●			●	
Hongrie						
Irlande						
Islande		●				◆
Israël						●
Italie		●			●	●
Kazakhstan						
Lettonie			◆		●	●
Lituanie			◆	●		◆
Luxembourg					●	●
Malte	●	●			●	●
Norvège			◆	●		
Ouzbékistan						
Pays-Bas						
Pologne				●	●	
Portugal				◆	●	◆
République de Moldova		●			◆	●
République tchèque				◆	●	
Roumanie						◆
Royaume-Uni						
Slovaquie				◆		●
Slovénie					◆	●
Suède				●		◆
Suisse			◆			◆
Ukraine		●			◆	◆

Voir codes et note page suivante.

**Code :**

Taux d'alcoolémie : ● = taux d'alcoolémie inférieur ; ◆ = taux d'alcoolémie supérieur

Contrôles inopinés du taux d'alcool : ● = contrôle introduit ; ◆ = contrôle aboli

Monopoles : ● = a introduit un monopole d'état ; ◆ = a aboli un monopole d'état

Licences : ● = plus de licences pour l'alcool ; ◆ = moins de licences

Restrictions des ventes ● = plus de restrictions ; ◆ = moins de restrictions

Publicité ● = plus de restrictions ; ◆ = moins de restrictions

*Note :* Les pays qui ont répondu en indiquant qu'il n'y avait pas eu de changement sont inclus dans le tableau ci-dessus, mais sans symboles.

plus strictes. Sur un total de 24 changements, la moitié (12) a introduit de nouvelles restrictions et la moitié a réduit le nombre de restrictions. Dans les NEI, sept pays sur neuf ont été témoins de changements, parmi lesquels trois (Azerbaïdjan, Bélarus et République de Moldova) ont opté pour une politique plus stricte de lutte contre l'abus d'alcool. L'évolution des changements dans l'ensemble des NEI est similaire à celle des PECO : la moitié des 18 changements enregistrés est orientée vers plus de restrictions, et l'autre moitié, vers moins de restrictions.

### Conduite en état d'ivresse

#### **Taux d'alcoolémie**

Ces cinq dernières années, un certain nombre de pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France et Grèce) ont réduit leur taux d'alcoolémie. Auparavant, la plupart appartenaient au groupe des taux élevés de 0,8 g/l, avant de passer à 0,5 g/l; l'Estonie, elle, a radicalement abaissé son taux qui est passé de 0,5 à 0 g/l. Malte a introduit (pour la première fois) un taux d'alcoolémie de 0,8 g/l. Trois pays ont élevé leur taux d'alcoolémie : la Géorgie, de 0 à 0,3 g/l; la Bulgarie, de 0,2 à 0,5 g/l et la Fédération de Russie de 0,1 g/l à « l'état d'ébriété ». Le changement de répartition des taux d'alcoolémie qui s'est produit ces cinq dernières années tient au fait qu'un plus grand nombre de pays a des taux inférieurs (voir le tableau 16), phénomène plus sensible dans les pays de l'UE.

Tableau 16. Changements dans les taux d'alcoolémie

Taux d'alcoolémie (en g/l)	1994 (n = 36) (en %)	1999 (n = 42) (en %)
0–0,1	14	26
0,2–0,3	14	10
0,4–0,5	42	50
0,7–0,8	31	14

### ***Contrôles inopinés du taux d'alcool***

En 1994/1995, 27 pays sur 39 (69%) exerçaient ces contrôles, alors qu'ils étaient 35 sur 41 (85%) en 1999. Il y a environ cinq ans, 12 pays ne disposaient pas de ce type de contrôle, mais ils n'étaient plus que six en 1999. Sept pays (Autriche, Grèce, Islande, Italie, Malte, République de Moldova et Ukraine) ont récemment introduit les contrôles inopinés du taux d'alcool, alors que la Géorgie les a abolis. La fréquence des contrôles a également légèrement augmenté, passant de 35% des pays l'utilisant fréquemment en 1994 à 44% en 1999.

### ***Disponibilité de l'alcool***

#### ***Monopoles d'État***

Six pays ont aboli une partie de leur monopole d'État pendant cette période (1994–1999) : l'Autriche et la Suisse l'ont fait pour la production de spiritueux, la Lituanie pour la production de vin, la Bulgarie pour toute la production et la Lettonie pour la production et la distribution de vins et spiritueux. La Norvège a conservé son monopole d'État sur la vente au détail. Le Bélarus est le seul pays qui ait étendu son monopole d'État : il couvre maintenant les ventes au détail et en gros, ainsi que l'importation et l'exportation de boissons alcoolisées.

#### ***Licences pour l'alcool***

À la suite de l'abolition d'une partie de leur monopole d'État, quatre pays (Bélarus, Bulgarie, Lituanie et Norvège) ont mis en place des licences sur l'ensemble des importations, des exportations, de la production et des ventes d'alcool. Des licences plus importantes ont également été introduites par l'Allemagne (vente au détail), l'Azerbaïdjan (production et vente), la Belgique (vente au détail de spiritueux), la Croatie (importation et vente), la Pologne (licence nécessaire pour tout) et la Suède (licence nécessaire pour tout). Cinq pays ont aboli une partie de leurs exigences en matière de licence : le Danemark, l'Espagne et la République tchèque, qui demandaient une licence pour la production et la vente, n'exigent plus rien ; la Slovaquie a transféré ses exigences d'autorisation de la vente à l'importation ; quant au Portugal, il ne requiert plus de licence pour la vente, mais en demande pour l'importation, l'exportation et la production.

#### ***Restrictions des ventes***

Trois pays (Bélarus, Danemark et Italie) qui n'imposaient pas d'âge minimum auparavant en ont adopté pour l'achat d'alcool. Deux pays (Bulgarie et Ukraine) ont abaissé leur limite d'âge. Huit pays ont introduit de nouvelles restrictions sur les ventes : la Croatie (spiritueux), l'Allemagne et l'Italie (spiritueux) ont limité les heures de vente ; le Danemark, l'Espagne, la Lettonie et le Luxembourg disposent de lieux de vente limités ; et le

Portugal a limité les heures et les lieux de vente. En Espagne et en Italie, les changements enregistrés ont aboli certaines restrictions tout en en introduisant d'autres. D'un autre côté, huit pays ont aboli une forme ou une autre de restrictions sur les ventes : l'Espagne, la Fédération de Russie, la Slovénie, et l'Ukraine ont allongé les heures de vente ; l'Islande et la Lituanie ont augmenté le nombre de jours de vente ; la Bulgarie a augmenté le nombre d'heures et de jours de vente ; et l'Italie a augmenté les types de débits de boissons. Un certain nombre de pays ne connaissaient pas de restrictions sur la vente d'alcool (à part les âges minimums) : il s'agissait, en 1994/1995, de l'Allemagne, l'Arménie, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, la Géorgie, la Grèce, Israël, la Lettonie, le Portugal et la Slovaquie. De même, quatre pays (Allemagne, Bélarus, Lettonie et Portugal) ont introduit des restrictions sur la vente, et pour deux pays (Azerbaïdjan et Géorgie), les informations ne sont pas disponibles. En 1999, sept pays (Arménie, Autriche, Grèce, Israël, République de Moldova, Slovaquie et Slovénie) continuent à ne pas imposer de restrictions sur la vente d'alcool.

### Promotion de l'alcool

Treize pays ont imposé des restrictions supplémentaires à la publicité pour l'alcool durant cette période de cinq ans. Israël, le Luxembourg et Malte ont introduit des codes de conduite facultatifs. L'Azerbaïdjan et la République de Moldova, qui n'imposaient auparavant aucune restriction, en disposent maintenant sur tous les médias. L'Autriche, la Belgique et la Slovaquie ont légalisé certaines restrictions, alors qu'elles ne disposaient auparavant que de codes de conduite facultatifs. L'Italie a augmenté le nombre de restrictions légales et le Bélarus, l'Espagne, la Lettonie et la Slovénie ont introduit certaines interdictions totales de publicité pour l'alcool. D'autre part, onze pays imposent moins de restrictions ou des restrictions moins strictes qu'auparavant. La Croatie, la Fédération de Russie et la Suède ont aboli une partie de leur interdiction totale de la publicité pour l'alcool. La Roumanie a aboli ses restrictions sur la publicité à la télévision et à la radio. Le Portugal impose moins de restrictions sur les panneaux d'affichage, tandis que la Finlande a levé son interdiction sur la publicité des spiritueux dans la presse écrite. En Ukraine, les publicités pour la bière sont maintenant autorisées à la télévision, à la radio et sur les panneaux d'affichage. La Suisse autorise la publicité pour le vin et la bière sur les panneaux publicitaires et la publicité dans la presse écrite pour les spiritueux. La Lituanie avait interdit toute publicité pour les spiritueux et le vin, mais ne limite plus que la publicité à la télévision et à la radio. La Bulgarie interdit totalement la publicité à la télévision, à la radio et dans la presse écrite mais dispose maintenant de restrictions légales pour tous les autres médias. En 1994/1995, sept pays interdisaient complètement la publicité pour l'alcool dans tous les médias. Ce nombre n'est plus que de trois. En 1994/1995, huit pays n'imposaient pas de restrictions sur la publicité et ce chiffre est passé à trois en 1999. Les

codes de conduite facultatifs des médias existaient dans huit pays, et six d'entre eux ont conservé l'ensemble de ces codes.

### Autres changements

En 1994/1995, 24 pays sur 40 (60%) avaient élaboré une législation proposant des lieux sans alcool. Ce nombre a augmenté ces dernières années : 33 pays sur 39 (85%) limitent maintenant la consommation d'alcool, au moins dans certains lieux publics, privés ou professionnels. Un taux limite de teneur en alcool existait dans 14 pays, et ce chiffre est passé à 20 en 1999. Auparavant, seuls cinq pays affectaient une partie de leurs recettes fiscales provenant de l'alcool à la prévention ou au traitement ; en 1999, ce nombre est passé à six.

### Références

5. CONWAY, K. & HILL, L. Submission to the Select Committee on International Affairs & Local Government on the Local Government Law Reform Bill. In: Österberg, E. & Simpura, J., ed. *Charter strategies evidence: the scientific evidence for the ten strategies in the European Charter on Alcohol*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1999.
6. *Handbuch Alkohol-Österreich, Zahlen, Daten, Fakten, Trends 1999*. [Alcohol handbook-Austria: figures, data facts, trends 1999]. Vienna, Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs, 1999.
7. EDWARDS, G. ET AL. *Alcool : politique et intérêt général*. OMS. Publication régionales, Série européenne, n° 80. Copenhague. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998.
8. ÖSTERBERG, E. & SIMPURA, J., ED. *Charter strategies evidence: the scientific evidence for the ten strategies in the European Charter on Alcohol*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1999.
9. NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *Premature death in the new independent states*. Washington, DC, National Academy Press, 1997.
10. HARKIN, A.M. ET AL. *Alcohol in Europe – a health perspective*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT94 03/CN01).
11. INSTITUTE OF MEDICINE. *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC, National Academy Press, 1990.
12. CRAPLET, M. The role of non-governmental organizations. *Addiction*, 92 (1): 103–108 (1997).



Tableau 1. Consommation d'alcool enregistré et non enregistré (si des données sont disponibles) (en litres par habitant et par an) à la fin des années 90 pour certains États membres de la Région européenne de l'OMS

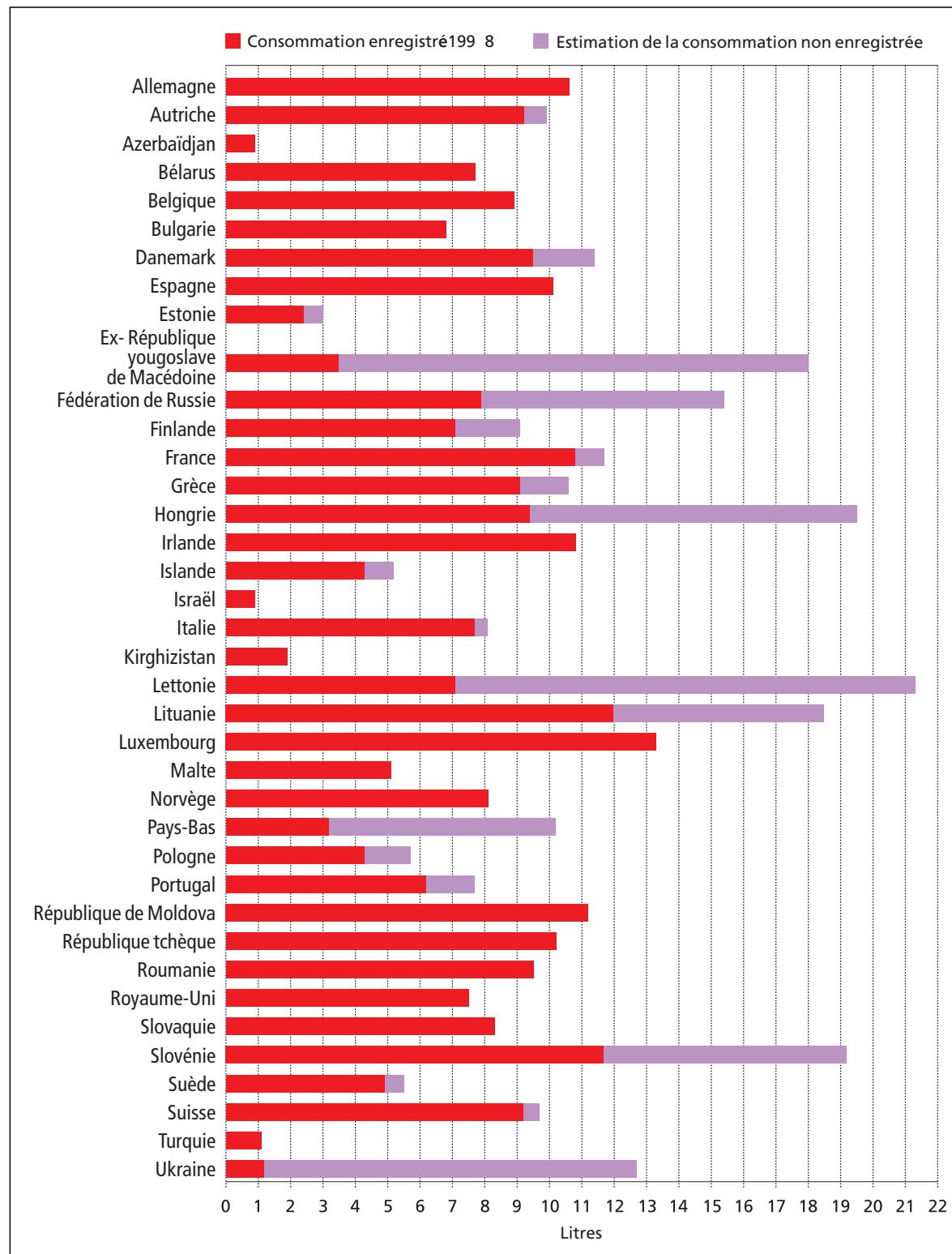


Tableau 2. Litres d'alcool pur consommés par habitant et par an dans certains États membres de la Région européenne, 1988 et 1998

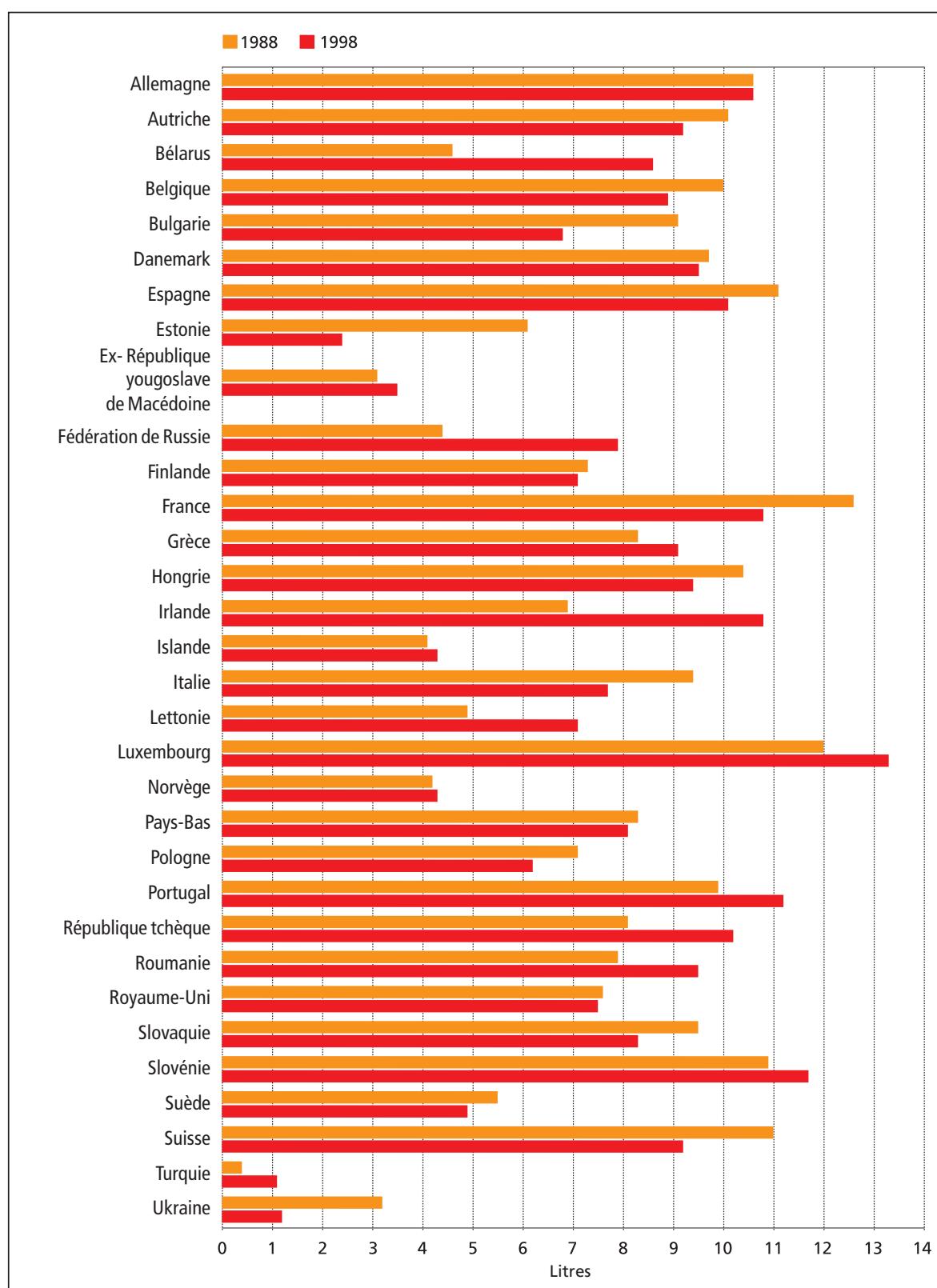


Tableau 3. Évolution des préférences en matière de boissons dans certains pays, 1988-1998

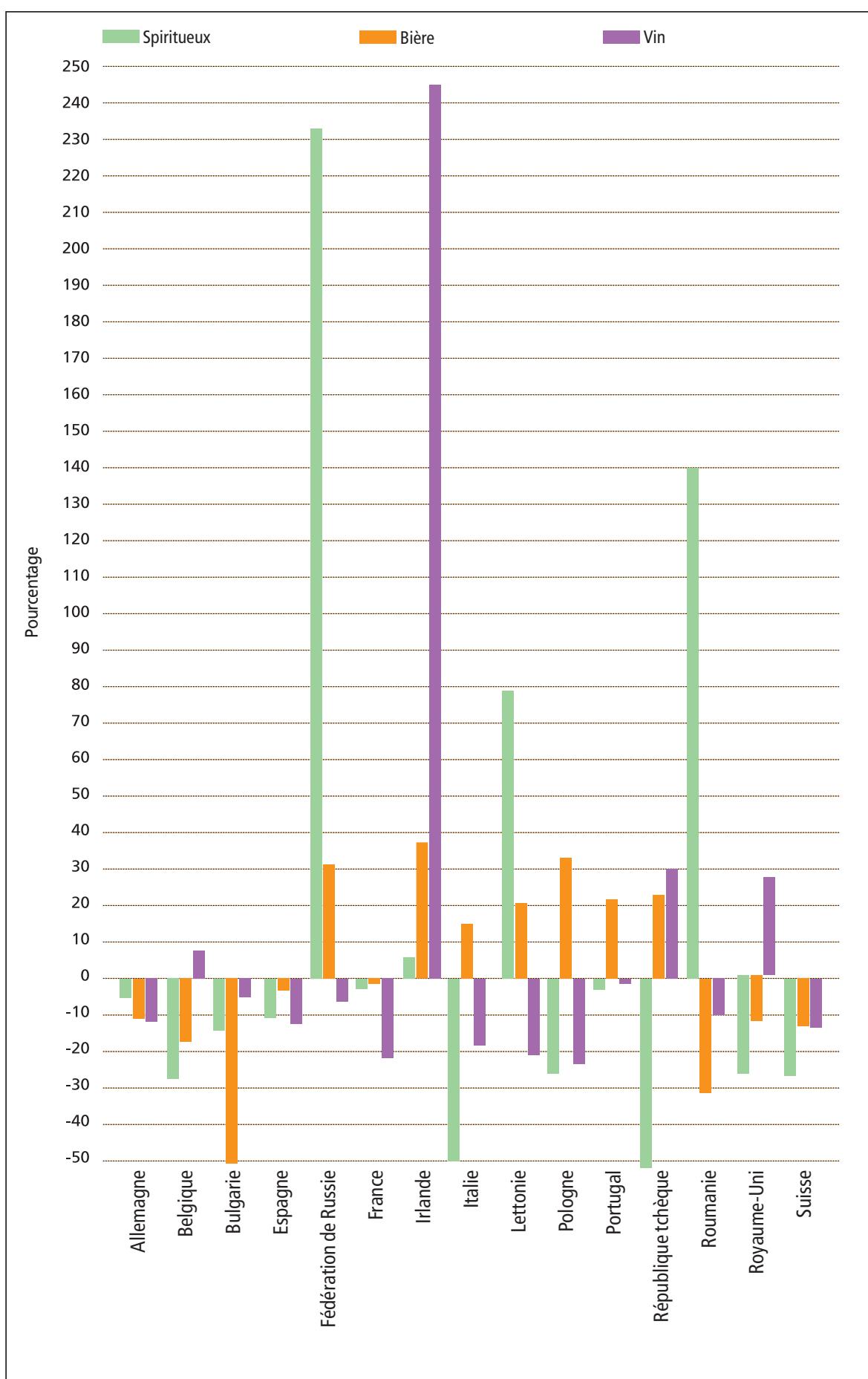


Tableau 4. Données d'enquêtes sur le pourcentage d'abstinent (par ordre croissant) dans la population et par sexe (si disponible) dans certains pays européens

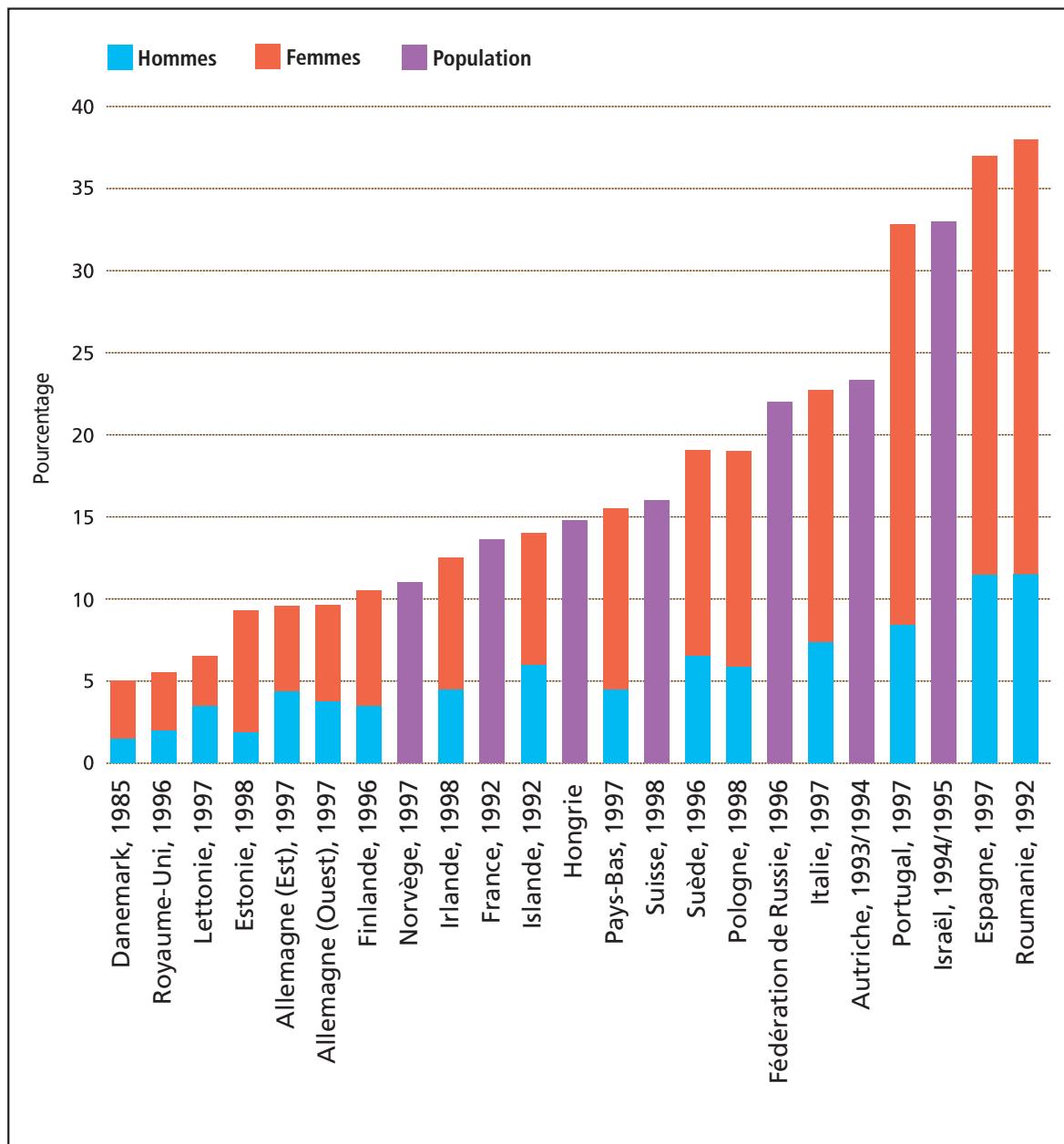
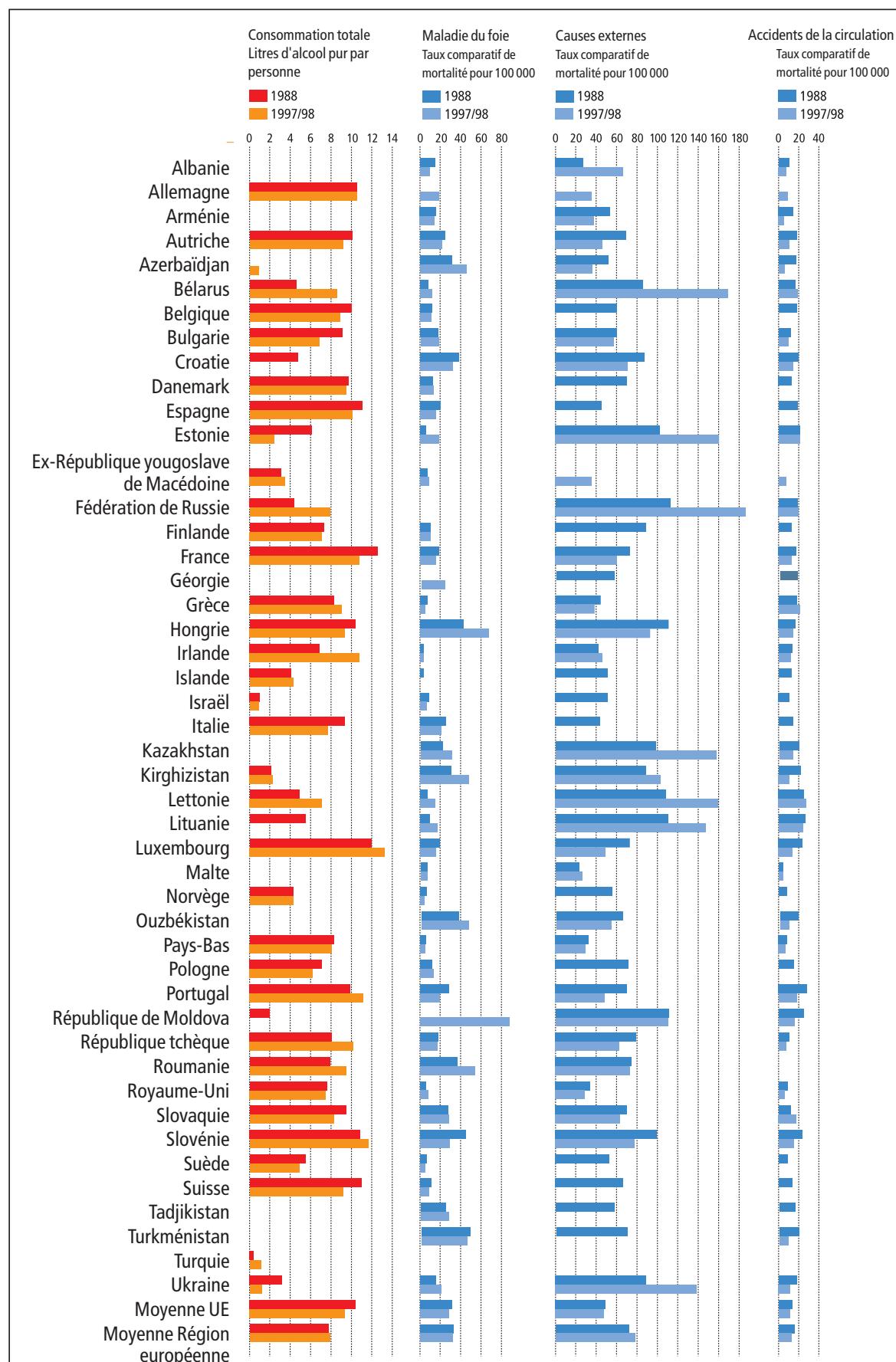


Tableau 9. Évolution de la consommation totale d'alcool enregistrée et taux de décès comparatifs pour tous les âges, dus à des traumatismes et à des intoxications, à des accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur, et aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose dans la Région européenne de 1987/1988 à 1997/1998



Note: Le tableau couvre tous les pays pour lesquels l'OMS possédait des données. En ce qui concerne les maladies chroniques du foie et les cirrhoses, les premières données concernant l'Estonie datent de 1990, pour le Tadjikistan, elles sont de 1993 et pour l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lituanie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, le Turkménistan, l'Ukraine et l'Ouzbékistan, elles sont de 1991. Les dernières moyennes de l'UE pour les taux comparatifs de mortalité datent de 1996.

Tableau 10. Restrictions de la consommation d'alcool dans différents cadres (39 pays)

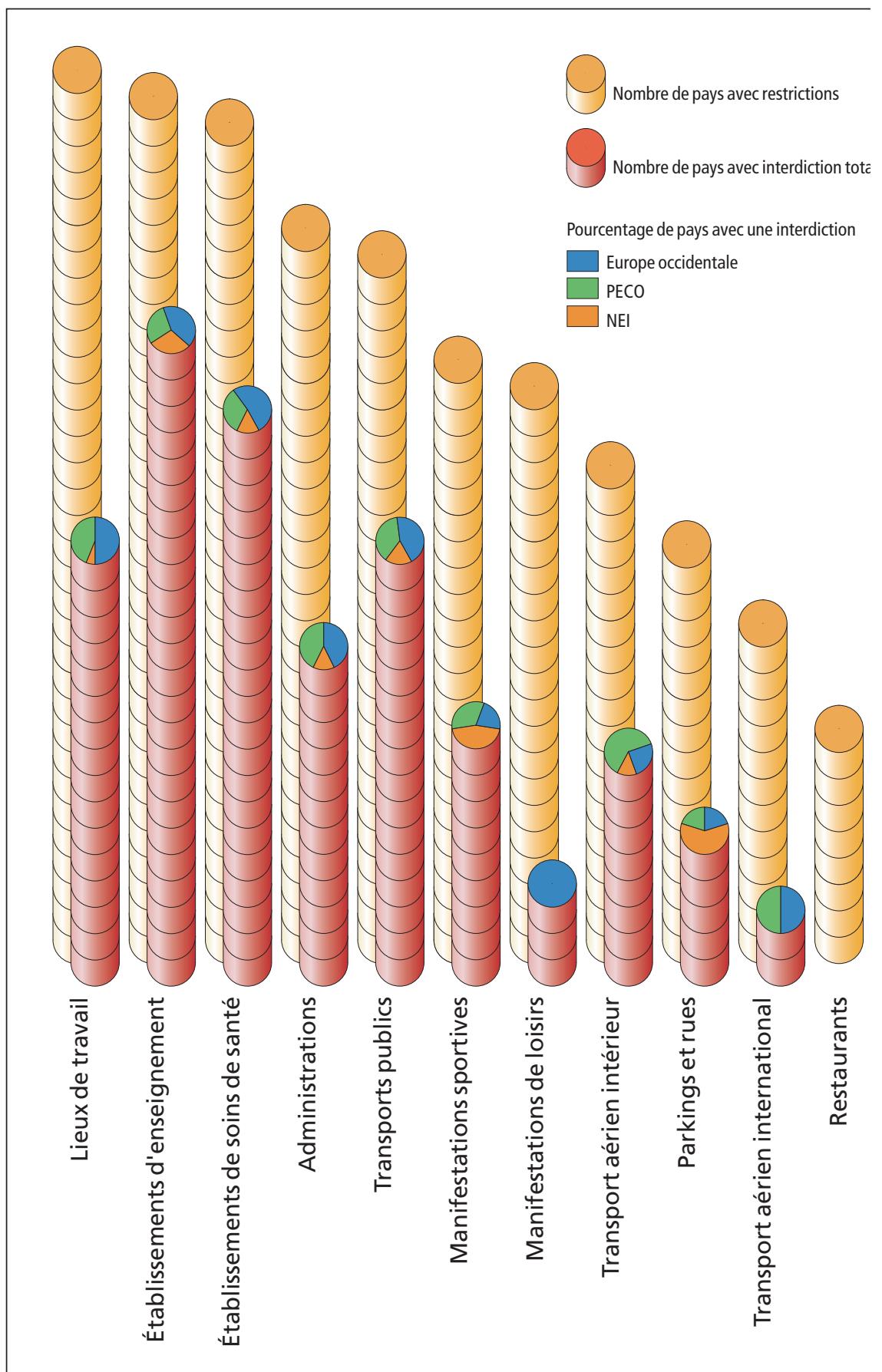
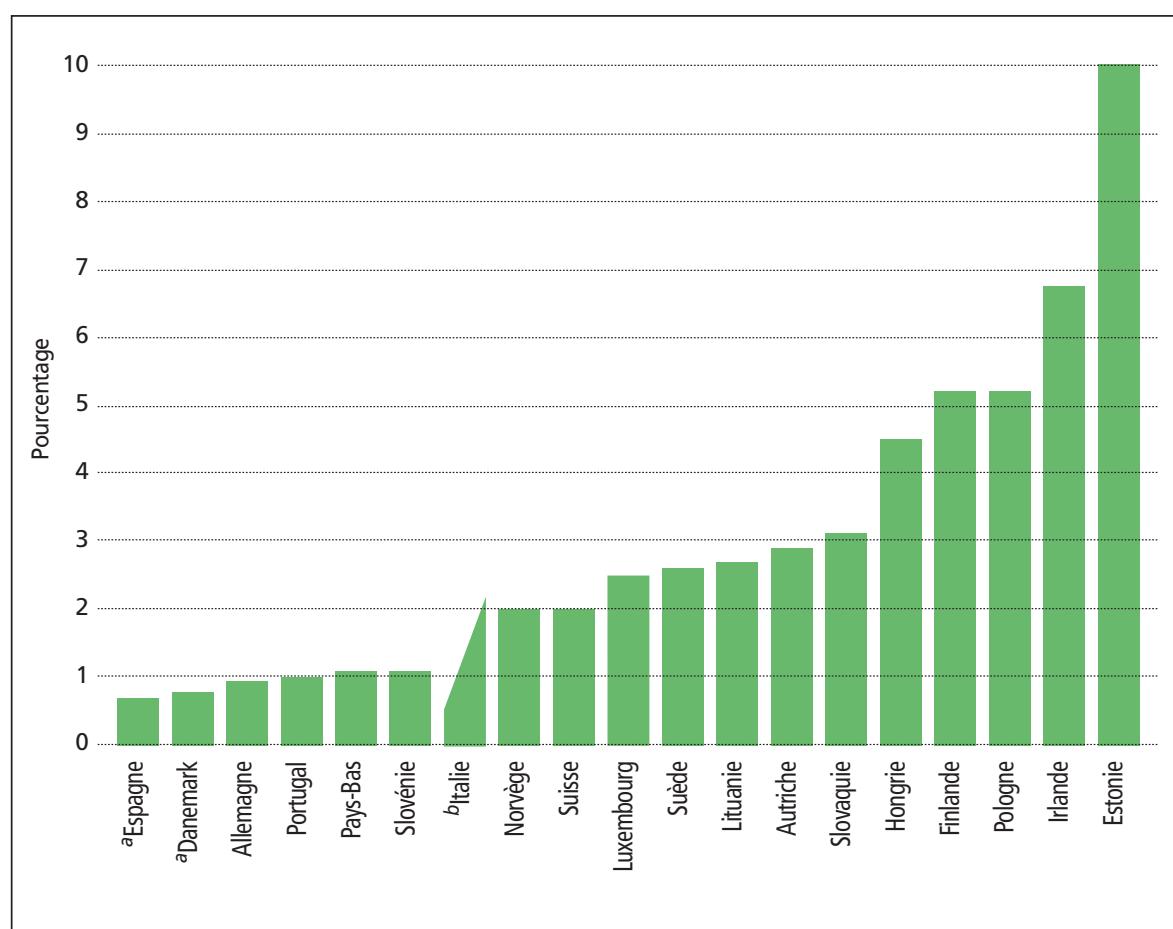


Tableau 11. Recettes fiscales provenant de l'alcool en pourcentage des recettes publiques totales dans certains pays d'Europe



<sup>a</sup>Hors TVA.

<sup>b</sup>Selon le mode de calcul.

Tableau 13. Réglementation de la publicité pour l'alcool,  
Région européenne de l'OMS, 1998-1999

	Spiritueux				Vin				Bière			
	TV	Radio	Presse écrite	Panneaux d'affichage	TV	Radio	Presse écrite	Panneaux d'affichage	TV	Radio	Presse écrite	Panneaux d'affichage
Allemagne	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Arménie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Autriche	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Azerbaïjan	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Bélarus	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgique <sup>a</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Bulgarie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Croatie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Danemark	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Espagne	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Estonie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Fédération de Russie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Finlande	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
France	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Géorgie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Grèce	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hongrie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Irlande	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Islande	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Israël	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Italie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Kazakhstan	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Lettonie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Lituanie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Luxembourg	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Malte	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Norvège	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Ouzbékistan	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Pays-Bas	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Pologne	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Portugal	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
République de Moldova	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
République tchèque	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Roumanie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Royaume-Uni	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovaquie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovénie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Suède	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Suisse	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Ukraine	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
● Code de conduite facultatif				● Limité	● Interdit	● Aucune restriction						

<sup>a</sup> Pour la Communauté française de Belgique, l'interdiction de la publicité à la radio et à la télévision s'applique aux boissons alcoolisées de plus de 10% d'alcool par volume.

# Chapitre 6

## Politique en matière d'alcool : assurer un impact positif sur la santé

*Professeur Griffith Edwards  
Professeur émérite en toxicologie*

### **Informer la population et obtenir son soutien**

Toutes les politiques sanitaires requièrent le soutien éclairé de leurs bénéficiaires potentiels. Ceci est particulièrement vrai pour la politique en matière d'alcool, car celle-ci porte sur ce qui est souvent un symbole culturel, une activité de loisirs et une marchandise, ainsi qu'un problème de santé. Dans ces circonstances, il n'est pas surprenant qu'une politique en matière d'alcool se trouve fréquemment confrontée à l'opposition de divers secteurs. L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre l'alcoolisme doivent être accompagnées d'un engagement fort et continu visant à diffuser des faits exacts et vérifiés sur l'alcool, en tant que problème de santé. Le soutien de la population ne doit pas être considéré comme allant de soi mais il doit se construire dans le temps. Par exemple, les gens ont besoin de mieux comprendre que l'alcool peut nuire à leur santé et à leur bonheur de manière directe, mais que la consommation d'autres personnes peut également avoir des conséquences négatives sur eux. On peut en effet être victime de l'alcool au volant ou d'une agression commise par une personne ivre, les coûts pesant sur chaque contribuable correspondant à l'affectation de ressources du système de soins de santé au traitement des buveurs excessifs ; il y a aussi de nombreux autres types de coûts externes liés à l'alcool. Pour que la politique en matière d'alcool bénéficie du soutien attendu, il est également important de faire comprendre à tous que, bien que la consommation d'alcool soit un acte personnel et une responsabilité individuelle, il s'agit aussi d'un comportement façonné par nos sociétés, et que la société dans son ensemble porte une part de responsabilité. Il est donc contre-productif d'élaborer des politiques en matière de santé axées exclusivement sur des individus, en négligeant l'aspect primordial de la santé publique ; en effet, pour servir cette dernière, il faut notamment prendre des mesures collectives pour modifier la consommation des gens (1,2). L'alcool

est un problème personnel, mais il s'agit également d'une question d'ordre public et social, dans tous les sens du terme.

En conséquence, il faut qu'une politique nationale de lutte en matière d'alcool repose sur le soutien de la population, aux niveaux national et local. Une attention plus grande doit maintenant être accordée aux mécanismes permettant d'acquérir ce soutien et à la question de savoir comment les activités seront financées et mises en œuvre. Rien ne peut être laissé au hasard dans ce domaine.

## **L'ensemble de la population des buveurs doit être la cible de l'action de santé publique**

La politique doit tenir compte de l'ensemble de la population des buveurs pour pouvoir définir l'étendue de l'action de santé publique. La politique en matière d'alcool ne doit pas être limitée à « l'alcoolisme », à la dépendance à l'alcool ou à la maladie physique grave, mais doit tenir compte des problèmes liés à l'alcool et de l'alcoolodépendance. Elle doit se consacrer aux problèmes aigus et accidentels, tout comme aux problèmes à long terme. Il faut traiter les problèmes sociaux et psychologiques, de même que les problèmes physiques, et aborder des problèmes anodins et courants aussi bien que les conséquences majeures et moins courantes. La politique doit s'attaquer à l'effet nuisible de la consommation sur la famille et, comme indiqué plus haut, sur d'éventuelles personnes extérieures, ainsi que sur le buveur. Elle doit traiter de la conduite en état d'ivresse et d'autres aspects des infractions liées à l'alcool. Les jeunes peuvent être particulièrement vulnérables aux accidents et à la violence liés à l'alcool et il est vital que la politique protège cette tranche d'âge (3).

Les mesures de prévention qui influencent les buveurs ordinaires ont également un impact sur les buveurs excessifs. La population des buveurs ordinaires se comporte comme un système global plutôt que comme un ensemble d'entités individuelles. L'augmentation ou la diminution de la consommation globale entraîne des variations dans toutes les catégories de buveurs, y compris celle des buveurs excessifs.

De nombreux problèmes liés à l'alcool sont largement répartis dans la population des buveurs, et non concentrés uniquement sur les buveurs excessifs. Les politiques qui visent ce groupe le plus large, c'est-à-dire une population soumise à des risques individuels moindres mais qui cumule de nombreux problèmes, peuvent (pour certains problèmes) produire un bénéfice plus important pour la santé publique que si l'on privilégie une population plus limitée à risque plus élevé, mais présentant, dans son ensemble, un nombre moins élevé de problèmes.

La stratégie globale d'une politique en matière d'alcool doit être de créer un environnement qui aide les gens à faire des choix sains et rend les choix malsains plus difficiles ou plus onéreux. Toute mesure qui augmente potentiellement la disponibilité de l'alcool dans un pays, que ce soit à la suite d'accords commerciaux, d'une réduction du prix réel des boissons alcoolisées ou de réductions ou éliminations de restrictions sur l'accès à la vente au détail, doit par conséquent être jugée principalement en termes de santé publique et de sécurité publique.

## **Taxation de l'alcool**

La taxation de l'alcool est un mécanisme efficace qui permet de réduire les problèmes d'alcool. La consommation d'alcool de la population est généralement proportionnelle au prix, les augmentations de prix entraînant des diminutions de la consommation et les baisses de prix entraînant une augmentation de la consommation (1,2). Étant donné la relation existant entre consommation et problèmes individuels, la taxation de l'alcool est un instrument de santé publique d'une grande efficacité potentielle pour réduire les dommages liés à l'alcool.

La relation exacte entre le prix de l'alcool et le niveau de consommation d'alcool dépend de chaque population, des variations de revenus, du type de boisson et du contexte historique. Pour schématiser, une augmentation de 10% du prix entraîne une diminution d'environ 5% de la consommation de bière, une diminution de 7,5% de la consommation de vin et une diminution de 10% de la consommation de spiritueux. Certaines données indiquent que les conséquences sur les buveurs excessifs sont disproportionnées et qu'une augmentation du prix entraîne une réduction plus importante de la mortalité par cirrhose que de la consommation d'alcool. Une diminution de 10% de la consommation par habitant se traduit par une diminution d'environ 20% de la mortalité liée à l'alcool chez les hommes, et une diminution de 5% des accidents mortels, suicides et homicides dans l'ensemble de la population. Soulignons que ces chiffres ne sont qu'approximatifs.

## **Disponibilité de l'alcool**

Les mesures environnementales qui influencent l'accès physique des personnes à l'alcool peuvent contribuer de façon significative à la prévention des problèmes d'alcool. Ces mesures comprennent : l'adoption d'un âge légal minimum pour la consommation d'alcool ; la limitation des heures ou des jours de vente ; et la mise en œuvre de politiques sur le nombre, le type ou l'emplacement des débits de boissons (1). L'augmentation de la densité du réseau de débits de boissons et l'augmentation du nombre d'heures et de

jours de vente peuvent entraîner des augmentations de la consommation. L'augmentation de l'âge légal minimum peut réduire d'un quart les accidents de la circulation liés à l'alcool, et réduire la consommation d'alcool et les accidents mortels liés à l'alcool. Les programmes de formation des professionnels du secteur des cafés et restaurants, et leur responsabilité légale accrue, peuvent engendrer une réduction du nombre des accidents de la circulation liés à l'alcool.

## Conduite en état d'ivresse

Les mesures concernant l'alcool au volant sont efficaces si elles sont appliquées avec vigueur et si elles ont un impact fort sur la population (1). Les mesures dissuasives et l'application stricte des lois sur la conduite en état d'ivresse sont d'une importance fondamentale. Il est également possible d'utiliser d'autres types de mesures, comme la formation des professionnels du secteur des cafés et restaurants et l'institution de la responsabilité du professionnel qui fournit une boisson alcoolisée à une personne ivre. Les jeunes qui conduisent après avoir bu sont particulièrement exposés au risque, en raison de leur manque d'expérience de la conduite automobile et de la consommation d'alcool. Il serait donc logique de fixer des taux d'alcoolémie inférieurs pour les jeunes conducteurs. Les contrôles inopinés du taux d'alcool, surtout s'ils bénéficient de beaucoup de publicité, peuvent entraîner un abaissement durable du nombre des accidents mortels (au moins 20%) et des accidents de la circulation liés à l'alcool (au moins un tiers). En réalité, une personne peut ressentir les effets de l'alcool à des taux d'alcoolémie bien inférieurs à ceux couramment établis.

## Restrictions concernant la publicité

Certaines données indiquent que les restrictions concernant la publicité entraînent une réduction de la consommation d'alcool et des dommages liés à l'alcool (1). Sur des marchés stables et saturés, le rôle principal de la publicité est de faire en sorte que les consommateurs de longue date soient remplacés par des nouveaux et que les messages éducatifs ne réduisent pas la consommation de l'alcool. Les publicités actuelles insistent plus sur la signification et l'attrait des produits et sur les contextes sociaux dans lesquels les produits sont consommés, que sur les produits eux-mêmes. La publicité présente la consommation d'alcool comme une pratique sûre et sans problème, elle occulte les risques potentiels pour la santé et les conséquences négatives. Par ses messages, la publicité pour l'alcool entretient l'attrait social de la consommation, éclipse le risque lié à la consommation d'alcool pour l'individu et la santé publique, et contredit les objectifs de la prévention. Ces effets indirects à eux seuls suffisent à justifier la nécessité de réglementer le volume et le contenu des publicités pour l'alcool.

Les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui ont interdit la publicité pour les spiritueux enregistrent une consommation d'alcool d'environ 16% inférieure à celle des pays qui ne l'interdisent pas, alors que les pays qui interdisent la publicité pour la bière et le vin enregistrent une consommation d'alcool inférieure d'environ 11% à celle des pays qui interdisent uniquement la publicité pour les spiritueux. Les accidents de véhicules à moteur sont inférieurs d'environ 10% lorsque la publicité pour les spiritueux est interdite, et d'environ 23% dans les pays qui interdisent la publicité pour la bière et le vin, en plus de celle pour les spiritueux. Chez les jeunes, une augmentation de cinq minutes de l'exposition à la publicité pour l'alcool peut être associée à une augmentation de la consommation d'alcool de 5 g par jour.

La publicité pour l'alcool doit être étudiée, non pas isolément et en termes d'effets directs sur la consommation individuelle ou globale, mais comme une influence sur le contexte dans lequel l'éducation est dispensée et dans lequel les politiques liées à l'alcool sont formulées.

## **Traitements**

Si l'on veut que le traitement de l'alcool ait un impact significatif sur l'ensemble de la population connaissant des problèmes de consommation, il faut le mettre en œuvre de manière appropriée et à l'échelle de la collectivité. Différents niveaux et types de problèmes requièrent différents types et degrés d'interventions, et les politiques ne peuvent pas s'appuyer sur l'hypothèse qu'il existe un traitement adapté à chaque problème de consommation. Les données soulignent l'efficacité fréquente d'une simple aide apportée dans un environnement général ou de santé primaire (4).

Les interventions de courte durée comprennent généralement une évaluation de l'absorption d'alcool, des informations sur la consommation dangereuse et nocive, et des conseils clairs pour permettre à la personne de réduire sa consommation. Les séances d'intervention de courte durée sont souvent accompagnées de livrets d'informations et de renseignements sur les autres ressources disponibles localement. Bien que les résultats ne coïncident pas dans toutes les études, certaines recherches ont démontré que les interventions de courte durée réussissaient à réduire la consommation d'alcool de plus de 25% chez les personnes dont la consommation d'alcool est dangereuse ou nocive.

## **Éducation en milieu scolaire et éducation du public**

Ces éléments de la politique ont tous deux pour but d'influencer les connaissances, les attitudes et les comportements individuels. L'éducation en milieu

scolaire et l'éducation du public sont des interventions qui, par leur nature, peuvent interagir avec de nombreuses autres influences environnementales, et dont l'impact, s'il existe, sera vraisemblablement à long terme. Leur efficacité à long terme est difficile à étudier, mais si leur action est bénéfique, ce bénéfice sera sans doute indirect et s'exprimera par une prise de conscience politique et publique accrue. Il n'existe pas actuellement de données scientifiques qui puissent étayer leur réussite en tant que choix politiques majeurs ou justifier l'allocation de ressources importantes aux campagnes d'éducation en milieu scolaire ou d'éducation du public par les médias, sauf si celles-ci se situent dans un contexte plus large d'action collective (1).

Jusqu'ici, aucune donnée n'apporte la preuve de l'efficacité des campagnes qui, dans le cadre d'une stratégie de santé publique, cherchent à enseigner aux buveurs la manière de compter le nombre d'unités d'alcool qu'ils absorbent (1). En outre, il peut être dangereux de parler d'une « limite sûre », qui encouragera un plus grand nombre de personnes à boire et incitera les buveurs légers à boire jusqu'à la limite indiquée.

## Programmes menés au niveau de la population

L'existence d'un grand nombre de programmes menés au niveau de la population a été signalée. Ils présentent souvent de multiples facettes et ont servi de contexte à la fois à des interventions centrées sur l'environnement et à des stratégies de diffusion d'informations. Les résultats obtenus à ce jour suggèrent qu'une action menée au niveau de la population peut réduire les problèmes d'alcool. Cependant, il semble que, tout comme au niveau national, l'acceptation de la collectivité, ou mieux encore, son soutien actif, soit une condition préalable à l'application réussie de toute politique sanitaire locale et qu'elle doit donc être intégrée aux politiques en matière d'alcool. Les stratégies des actions menées au niveau de la population reconnaissent cet état de fait et visent à mobiliser les ressources existantes et le soutien de la collectivité à cette fin.

## Politique en matière d'alcool et cardiopathies

Les données résultant de nombreuses études épidémiologiques montrent que les buveurs légers ou modérés présentent des taux plus faibles de décès par cardiopathies que les abstins, ce qui donne une relation en forme de J (1). Cet effet a été confirmé même lorsque l'on élimine de l'étude les personnes qui ont arrêté de boire en raison d'une maladie, et lorsque de nombreux facteurs de confusion potentiels sont également pris en compte. Il existe des explications biologiques potentielles à cet effet cardioprotecteur apparent, en termes d'influence de l'alcool sur les mécanismes de coagulation.

Dans ces conditions, convient-il de conseiller aux gens de boire pour protéger leur cœur ? Un examen des faits et des arguments contradictoires (5) suggère que tout message catégorique de cette sorte serait imprudent. En voici les raisons :

- Après élimination des facteurs de confusion concernant la situation sociale et économique d'une personne, il se peut que l'effet cardio-protecteur apparent disparaisse. Les personnes pauvres et isolées représentent en effet un sous-groupe important de la catégorie des abstinents ou des buveurs très légers, et leur mode de vie peut augmenter leur vulnérabilité aux maladies cardiaques, ce qui crée un artefact.
- Les résultats en matière de cardioprotection ne sont pas universels, et une récente étude écossaise n'a montré aucune amélioration de la mortalité chez les buveurs (6).
- Les bénéfices, s'ils existent, sont vraisemblablement limités aux hommes de plus de 40 ans et aux femmes après la ménopause, ils ne concernent donc pas l'ensemble de la population.
- Des recherches montrent que l'alcool peut, pour certaines personnes, être réellement cardiotoxique en raison de sa capacité à produire des anomalies dans le rythme cardiaque. Dans certaines circonstances, l'alcool est donc mauvais pour le cœur.

Au vu de l'évolution des recherches, la meilleure approche pour interpréter les données est de rester neutre en précisant qu'il existe des façons plus efficaces et mieux justifiées de protéger le cœur que d'utiliser l'alcool comme médicament. Pour la population, les risques qui découlent d'un message incitant à augmenter la consommation d'alcool l'emportent sur tout bénéfice au niveau cardiaque.

## Conclusions

Une politique de santé publique en matière d'alcool devrait être intégrée à tous les autres programmes sanitaires, aux plans national et local. Il y a bien longtemps qu'une action visant l'alcool n'est plus perçue comme un supplément facultatif. Il est toutefois nécessaire d'instaurer une politique suivie de dialogue avec le public et de diffusion d'informations sur la nature du problème et le fondement rationnel des choix concernant les mesures à prendre, si l'on veut pouvoir mettre en place des solutions efficaces à ce problème.

Aujourd’hui, de nombreuses recherches internationales de grande qualité nous informent sur les options disponibles concernant les politiques en matière d’alcool. Les données qui en découlent suggèrent qu’il vaut mieux combiner différentes politiques plutôt que tout miser sur une seule. Les mesures destinées à lutter contre des situations spécifiques de consommation d’alcool peuvent être efficaces, comme le montrent bien les mesures prises pour limiter l’alcool au volant. D’autres mesures utilisent des stratégies environnementales (comme la fixation des prix et le contrôle de l’accès physique), pour privilégier les choix sains et tenter de prévenir les choix malsains. Le traitement, en particulier par le biais de soins primaires, est un élément important dans le cadre de l’action globale de santé publique. Il faut faire preuve de discernement lorsque l’on retient un ensemble de mesures sur la base de données probantes, et il ressort des travaux de recherche que l’éducation en milieu scolaire ou l’éducation du public ne doivent pas constituer des éléments principaux. L’éducation risque même de nous détourner d’activités plus utiles, qui nuisent à certains intérêts. Les réglementations sur la publicité peuvent être favorables à la santé par leur influence sur le climat du débat et en réduisant les encouragements à la consommation individuelle. Le message « Buvez pour votre santé » n’est ni sain ni efficace.

Les politiques en matière d’alcool doivent être élaborées et mises en œuvre aux niveaux national et local, et intégrées entre les deux niveaux. Ces deux larges niveaux d’action se soutiennent réciproquement et peuvent être plus utiles que des initiatives prises au niveau individuel. Qu’elles soient instaurées au niveau national ou local, les politiques doivent être intersectorielles et s’intéresser aux populations et à des situations courantes et diverses, et non uniquement à des cas individuels ou extrêmes.

Les résultats de travaux de recherche démontrent de façon convaincante qu’une combinaison intégrée de stratégies de lutte contre l’abus d’alcool du genre préconisé plus haut peut, avec le soutien de la population, servir grandement l’intérêt public, et avoir des bénéfices sanitaires et sociaux très significatifs. Le niveau actuel et le coût des problèmes d’alcool dans les États membres européens ne sont pas inévitables et ne devraient en aucun cas être autorisés à empirer ; au contraire, il est nécessaire et possible de les atténuer considérablement grâce à des politiques appropriées.

## Références

1. EDWARDS, G. ET AL. *Alcool : politique et intérêt général*. OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 80. Bureau régional de l’OMS pour l’Europe. Copenhague, 1998.
2. HOLDER, H.D. & EDWARDS, G., ed. *Alcohol and public policy: evidence and issues*. Oxford, Oxford University Press, 1995.

3. GIESBRECHT, N. Reducing risks associated with drinking among young adults: promoting knowledge-based perspectives and harm reduction strategies. *Addiction*, **94**: 353–355 (1999).
4. HOLDER, H. *Alcohol and the community: a systems perspective for prevention*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
5. EDWARDS, G. Molecule as medicine. In: *Alcohol: the ambiguous molecule*. London, Penguin Books, 2000.
6. HART, C. ET AL. Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow-up. *British medical journal*, **318**: 1725–1729 (1999).



# Chapitre 7

## Résumé et conclusions

### **La consommation d'alcool dans la Région européenne**

La Région européenne connaît la consommation d'alcool la plus élevée au monde, mais la consommation moyenne enregistrée de 7,3 litres d'alcool pur par habitant en 1998 occulte des différences considérables entre les pays, puisque la consommation varie entre 0,9 litres et 13,3 litres par habitant. La situation change radicalement dans certains pays lorsque l'on tient compte de la consommation non enregistrée, en particulier dans la partie orientale de la Région. Certains pays atteignent alors une consommation d'environ 20 litres par habitant. Si l'on additionne la consommation enregistrée et la consommation non enregistrée, 17 pays ont un niveau élevé de consommation, supérieur à 10 litres par habitant ; ces pays sont uniformément répartis en Europe. Un nombre à peu près équivalent de pays (16) ont des niveaux de consommation de 5 à 10 litres par habitant, mais seuls quatre pays ont un niveau de consommation inférieur à 5 litres par habitant. Par rapport aux chiffres d'il y a cinq ans, le groupe de pays ayant un niveau élevé de consommation a augmenté et représente maintenant presque la moitié de l'ensemble des pays de la Région.

Pour la période de 10 ans qui va de 1988 à 1998, on peut conclure (sur la base de la consommation enregistrée) que, dans huit pays, la consommation d'alcool est relativement stable, que 11 pays présentent une tendance à l'augmentation et que la consommation semble avoir diminué dans 13 pays. Au niveau régional, quelques caractéristiques émergent. Les pays nordiques montrent une tendance à la stabilité de la consommation d'alcool, à l'exception de la Suède, qui enregistre une diminution. Dans les pays Baltes, en Lettonie et en Lituanie, la consommation augmente, alors que l'Estonie présente une légère diminution. Parmi les 15 pays de l'UE, l'Irlande est le seul où la consommation augmente considérablement ; elle augmente également, mais dans une moindre mesure, en Grèce, au Luxembourg et au Portugal. En ce qui concerne les autres pays de l'UE, la consommation diminue dans six pays et reste stable dans cinq. Dans les PECO, la consommation augmente en République tchèque, en Roumanie et dans l'ex-République yougoslave de Macédoine. Enfin, dans les NEI, la consommation augmente au Bélarus et dans la Fédération de Russie.

La consommation d'alcool par habitant et l'évolution de la consommation sont des indicateurs utiles pour situer la position d'un pays par rapport à l'alcool, mais elles peuvent occulter des différences considérables dans les modes de consommation et dans leur prévalence. Le pourcentage d'abstinent varie considérablement dans la Région. Comprenant entre 5 et 38% de la population, il semble refléter précisément la culture de consommation d'alcool d'un pays, c'est-à-dire qu'il indique si une pression sociale s'exerce ou non dans le pays en faveur de la consommation d'alcool et si la préférence en matière de boisson va à la bière et aux spiritueux ou bien au vin. Des évolutions notables se sont produites dans le pourcentage d'abstinent de nombreux pays ; cinq pays ont enregistré une augmentation et neuf une diminution du nombre d'abstinent. Des estimations reposant sur des données d'études et concernant les buveurs excessifs ou à risque étaient disponibles pour 28 pays, mais, pour la moitié d'entre eux, les définitions exactes de ces termes n'ont pu être obtenues. Une fois les données converties en grammes d'alcool pur par semaine, il est possible d'en tirer quelques conclusions. Il semble que des différences nettes existent dans la composition des populations de buveurs des différents pays, même entre pays ayant à peu près le même niveau de consommation d'alcool. En résumé, trois chiffres se détachent nettement des autres : la proportion de femmes irlandaises qui consomment plus de 140 g d'alcool par semaine (21%), le pourcentage d'hommes autrichiens qui consomment plus de 420 g par semaine (29%) et le nombre d'hommes en République tchèque qui consomment plus de 550 g d'alcool par semaine (16%). Des données concernant la prévalence de la dépendance à l'alcool dans la population sont disponibles pour 14 pays d'Europe occidentale, d'Europe centrale et orientale. Les estimations découlent de différentes méthodes de dépistage (DSM-III, CAGE ou CIM-10, par exemple), et les échantillons peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population, ce qui justifie une certaine prudence dans les comparaisons. Il semble toutefois y avoir un écart important entre le chiffre de 11,5% représentant la population estimée être alcoolodépendante en Croatie et en Finlande et le chiffre de 1,2% qui représente la même population aux Pays-Bas, sachant que la moyenne pour les 14 pays est de 5%.

Un certain degré de normalisation faciliterait les comparaisons futures et l'analyse des niveaux et de l'évolution de la consommation d'alcool, ainsi que des données d'enquête sur les populations de buveurs. Il serait également nécessaire d'obtenir des estimations de la consommation non enregistrée d'alcool dans tous les pays, afin d'améliorer la comparabilité et l'exactitude des résultats.

## Méfaits de l'alcool en Europe

La Région européenne connaît les taux les plus élevés d'effets nocifs de l'alcool dans le monde, qui constituent un important problème de santé

européen. On estime que la consommation de boissons alcoolisées est responsable de quelque 9% de la charge de morbidité dans la Région, car elle augmente le risque d'apparition de nombreux problèmes médicaux (comme la cirrhose du foie, certains cancers, l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux et les malformations congénitales). En outre, la consommation d'alcool augmente les risques de problèmes familiaux, professionnels et sociaux (comme l'absentéisme, les accidents, les blessures involontaires, la violence, les homicides et les suicides). Les modes différents de consommation d'alcool entraînent différents types de problèmes : aigus, chroniques ou dépendance à l'alcool. En ce qui concerne les problèmes sociaux, les résultats de la recherche confirment la relation existant entre la consommation d'alcool et les risques de conséquences familiales, professionnelles et sociales, de dépendance à l'alcool, d'alcoolisme, de psychose alcoolique, d'accidents (de la circulation), d'agressions, de délinquance, de blessures involontaires, de violence et de suicide.

On estime que le coût total de la consommation d'alcool pour la société représentent entre 1 et 3% du produit intérieur brut, et comprend souvent le coût des pertes de productivité sur les lieux de travail (dues à l'absentéisme, à la maladie, aux accidents et à une efficacité professionnelle moindre), le coût des accidents (en particulier des accidents de la circulation), les dépenses de soins de santé, les coûts des traitements, les prestations sociales (pour invalidité et retraite anticipée) et les coûts pour la collectivité (résultant des crimes et délits, de la répression et de l'incarcération).

Globalement, l'OMS estime que dans les pays développés, l'alcool est responsable de 10 à 11% de l'ensemble des maladies et décès chaque année. La recherche épidémiologique traite plus des différentes causes de mortalité que de morbidité, mais il ne faut pas oublier que l'alcool provoque de nombreuses maladies et souffrances qui ne mènent pas à la mort. L'examen de trois indicateurs relatifs à la mortalité (maladie chronique du foie et cirrhose, traumatismes et intoxications, et accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur) fait apparaître des différences considérables entre les pays. Six pays (Bélarus, Estonie, Fédération de Russie Lettonie, Lituanie et République de Moldova) se situent à un niveau très élevé ou présentent une forte tendance à l'augmentation pour les trois indicateurs. Globalement, les maladies chroniques du foie et les cirrhoses sont en augmentation dans un nombre de pays plus important qu'auparavant, alors que la mortalité due aux accidents de la circulation diminue dans la plupart des pays ; le nombre de traumatismes et de cas d'intoxication augmente également, mais dans une moindre mesure.

## Résultats de travaux récents sur l'épidémiologie de l'abus d'alcool

Depuis quelques années, on comprend mieux les effets de l'alcool sur la santé. Deux changements importants ont vu le jour : on s'intéresse davantage aux effets de l'alcool au niveau de la population et on a pris conscience de l'importance des modes de consommation. Les leçons tirées des travaux récents sur l'épidémiologie de l'abus d'alcool peuvent être résumées de la façon suivante :

- Le niveau global de la consommation d'alcool est important pour la santé d'une population dans son ensemble.
- En regard au niveau de consommation par habitant dans la Région européenne, une hausse exacerberait les effets nocifs pour la santé de la population. Une augmentation de la consommation n'est pas susceptible d'entraîner de bénéfices nets en termes de mortalité cardiovasculaire.
- Le mode général de consommation d'une population joue un rôle important dans les effets nocifs d'une augmentation de la consommation d'alcool. Les modes de consommation à risque, qui semblent accroître les effets nocifs, sont : boire jusqu'à l'ivresse et boire jusqu'à l'alcoolisation intense par accès régulière.

Le présent document était centré sur les populations dans leur ensemble et non sur les buveurs individuels pour la simple raison que, d'un point de vue de santé publique, les politiques et les programmes sont élaborés au niveau de la population. Les implications globales des nouvelles conclusions des études épidémiologiques pour les politiques de lutte contre l'abus d'alcool montrent que, dans le contexte européen, toutes les politiques qui réduisent le niveau de consommation d'alcool sont bénéfiques pour la santé. Dans la mesure où les conséquences de la consommation d'alcool varient d'un pays à l'autre, l'application de mesures différentes de la lutte contre l'abus d'alcool se justifie du point de vue de la santé publique. Dans les pays où les effets nocifs dus à une consommation accrue sont plus importants (nord et est de l'Europe), la mise en œuvre de politiques rigoureuses limitant la disponibilité de l'alcool et les modes de consommation est particulièrement justifiée.

## Politiques en matière d'alcool en Europe

La Charte européenne sur la consommation d'alcool a défini dix stratégies, qui constituent les grands éléments de toute politique efficace de lutte contre l'abus d'alcool. Les mesures de lutte contre l'abus d'alcool qui sont

actuellement prises dans les pays de la Région sont étudiées dans le cadre de ces stratégies. Des informations ont pu être obtenues, à divers degrés, pour 42 pays de la Région européenne de l'OMS.

Les campagnes de lutte contre l'alcool au volant et d'éducation en milieu scolaire sont les deux types de programmes les plus utilisés dans la Région. Sur les 39 pays pour lesquels des informations à ce sujet étaient disponibles, pres de 50% disposaient de programmes bien développés. D'autres domaines dans le secteur de l'information et de l'éducation sont moins bien développés, moins fréquemment mis en œuvre et concernent moins de pays, puisque seulement sept pays ont des programmes menés au niveau local. Les NEI ont lancé principalement de bonnes campagnes de lutte contre l'alcool au volant et les PECO mettent en œuvre des programmes scolaires, alors qu'en Europe occidentale, les efforts sont plus uniformément répartis sur les différents modes d'action.

Pour garantir la sécurité et l'ordre public, de nombreux pays imposent des restrictions sur la consommation d'alcool dans les lieux publics, privés ou de travail. La plupart des pays imposent des restrictions concernant l'alcool sur les lieux de travail, les établissements d'enseignement et les établissements de soins. Les restrictions sur la consommation d'alcool dans les administrations et les transports publics prédominent également dans deux tiers des pays. Des programmes concernant l'alcool sur les lieux de travail existent dans tous les pays d'Europe occidentale, dans la moitié des PECO et dans moins d'un tiers des NEI. Les programmes de soutien aux familles ayant un membre alcoolodépendant sont répartis de manière similaire dans la Région. Ces programmes fonctionnent dans tous les pays d'Europe occidentale, presque tous les PECO et dans un NEI. La majorité des pays (24 sur 28) ont adopté des réglementations concernant la détention de personnes en état d'ivresse, généralement dans les commissariats de police ou des établissements de soins de santé.

En ce qui concerne l'alcool au volant, qui est la cible la plus courante de la politique de lutte contre l'abus d'alcool de la Région, 37 pays ont fixé un taux d'alcoolémie inférieur ou égal à 0,5 g/l. Un taux d'alcoolémie plus élevé (0,7 à 0,8 g/l) est admis dans six pays. Les contrôles imprévus du taux d'alcool sont effectués dans 85% de l'ensemble des pays et 42% des pays affirment qu'ils y ont recours fréquemment, en particulier les NEI et les pays d'Europe occidentale. La législation sur la conduite en état d'ivresse est considérée comme étant strictement appliquée dans 72% des pays. Les programmes obligatoires des cours de conduite ou les programmes de traitement destinés aux contrevenants récidivistes n'existent toutefois que dans une minorité de pays.

La plupart des pays de la Région prennent des mesures pour réglementer la disponibilité de l'alcool. Sur les 45 pays pour lesquels des informations sont disponibles, 87% exigent une licence pour les débits de

boissons, alors que 42% ont des monopoles d'État sous une forme ou une autre. Les restrictions sur la vente d'alcool sont également assez courantes : 68% des pays limitent les lieux de vente, 49% limitent les heures de vente et la vente d'alcool lors de certaines manifestations, 27% limitent la densité du réseau de débits de boissons et 22% limitent les jours de vente. L'établissement d'un âge minimum pour l'achat d'alcool est également pratique courante. Sur les 41 pays qui ont communiqué des informations, 56% ont fixé à 18 ans l'âge minimum pour l'achat d'alcool, et ce groupe est dominé par les PEKO, les pays nordiques et les NEI. Onze pays (27%) ont fixé l'âge légal à 16 ans.

La taxation de l'alcool constitue une importante source de recettes pour les pouvoirs publics. La taxe est généralement composée de la TVA ou d'une taxe sur les ventes (dans 90% des pays) et d'une taxe spécifique à l'alcool (dans 95% des pays). Seuls six pays utilisent directement une partie des recettes fiscales réalisées sur l'alcool pour financer des activités de la lutte contre l'abus d'alcool, la prévention ou le traitement. La moitié des pays utilisent les marques (bandelettes fiscales ou capsules-congés) sur les boissons alcoolisées comme moyen d'assurer la collecte des taxes et de neutraliser la contrebande.

La restriction et la réglementation de la publicité et de la promotion des boissons alcoolisées prennent plusieurs formes : interdiction totale, restrictions légales ou code de conduite facultatif. Seuls trois pays ne restreignent pas la publicité dans les médias. Sur 37 pays, entre 60 et 80% interdisent ou limitent légalement la publicité pour l'alcool à la télévision (selon la boisson). Moins de 20% des pays ont recours à des codes de conduite facultatifs. En ce qui concerne la publicité pour l'alcool en général, 64% des pays ont des codes qui régissent le genre de publicités autorisées, les tranches d'âge qui peuvent être ciblées, etc. Seuls cinq pays imposent des avertissements de type sanitaire sur les publicités. Environ un tiers des pays limitent le soutien financier par l'industrie des boissons alcoolisées aux manifestations sportives et aux activités de loisirs des jeunes.

Dans le traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool, on considère que des soins sont disponibles dans 23 pays sur 39. La présence d'ONG fournissant des traitements est satisfaisante dans 38% des pays. Des protocoles destinés à dispenser des conseils en matière d'alcool dans le cadre des soins de santé primaires sont disponibles dans 28% des pays et les programmes de formation pour les personnes qui dispensent ces conseils existent dans 23% des pays.

L'industrie des boissons alcoolisées devrait assumer plus de responsabilités dans la prévention et la réduction des effets nocifs de l'alcool. Presque tous les pays ont adopté des réglementations imposant l'indication de la teneur ou de la concentration en alcool sur le récipient, et la moitié des pays ont instauré des limites maximales de concentration d'alcool pour les

différentes boissons. Aucun pays n'impose la présence d'avertissemens de type sanitaire sur les récipients d'alcool et un seul pays a institué la responsabilité de ceux qui servent des boissons. La formation à la responsabilisation des professionnels du secteur des cafés et de la restauration n'existe que dans sept pays ; plusieurs pays (16 sur 27) peuvent toutefois imposer des sanctions aux professionnels qui servent de l'alcool de façon irresponsable.

La plupart des pays (19 sur 27) fournissent une formation aux professionnels extérieurs au domaine de la santé ; cette formation vise à accroître leur prise de conscience des problèmes d'alcool et leur apprend à comprendre les problèmes, à les reconnaître et à intervenir si nécessaire. Une majorité de pays a également développé des formes d'activités et des programmes destinés à la population pour prévenir les dommages liés à l'alcool et promouvoir des modes de vie sains.

Beaucoup d'ONG s'intéressent aux questions d'alcool et sont en mesure de prendre de nombreuses responsabilités dans l'éducation, l'information et le traitement. Des associations de sécurité routière sont actives dans 37% des 38 pays qui ont fourni des informations, et les mouvements traditionnels de tempérance sont actifs, au moins partiellement, dans 34% d'entre eux. Pour ce qui est des mouvements d'entraide, AA est actif dans 42% des pays et d'autres types de mouvements font leur apparition dans quelques pays. Parmi les réseaux de la Région de l'OMS, 66% des pays ont un projet Villes-santé et 60% un programme Écoles-santé qui incluent des activités liées à l'alcool.

Sur les 39 pays qui ont fourni des informations sur un plan d'action national contre l'alcool, 33% ont indiqué qu'ils disposaient d'un tel plan et 36% sont en train d'en élaborer un. Pour coordonner les activités des politiques de lutte contre l'abus d'alcool, 64% des pays ont créé un organisme de conseil et 18% sont en train d'en constituer un. Pour contrôler les progrès accomplis, 58% des pays ont opté pour des objectifs précis et 46% des pays réalisent des enquêtes régulières sur la consommation d'alcool dans la population.

L'évolution des politiques de lutte contre l'abus d'alcool a été étudiée (lorsque des informations adéquates étaient disponibles pour les deux périodes, 1994/1995 et 1998/1999) à l'aide de six indicateurs, dans les domaines de l'alcool au volant, de la disponibilité des boissons alcoolisées et de leur promotion. Globalement, près de deux tiers des changements indiqués vont dans le sens d'une politique plus stricte de lutte contre l'abus d'alcool, avec l'abaissement des taux d'alcoolémie, l'introduction des contrôles inopinés du taux d'alcool, le renforcement de la législation concernant les licences et l'introduction de certaines restrictions sur la vente d'alcool. La plupart des changements intervenus dans le domaine des monopoles d'État sur l'alcool sont allés dans le sens de l'abolition de certains monopoles, ou parfois de

tous les monopoles, bien que ces changements aient été partiellement compensés, dans certains pays, par un système de licence plus rigoureux. Les restrictions sur la vente d'alcool ont changé dans nombre de pays ; globalement, les pays ont eu plutôt tendance à renforcer ces restrictions plutôt qu'à les assouplir. En outre, quatre pays qui n'avaient auparavant pas de restrictions sur la vente d'alcool en ont introduit. Des changements se sont également produits dans les âges minimums : trois pays ont introduit des âges minimums plus élevés pour l'achat d'alcool, et deux les ont abaissés. La publicité pour l'alcool semble justifier une inquiétude ; la tendance globale est à l'équilibre puisque la moitié des pays ont durci leur position, alors que l'autre moitié faisait l'inverse : des pays sans aucune restriction ou ayant principalement recours à des codes de conduite facultatifs ont renforcé la réglementation, alors que des pays qui avaient interdisaient totalement la publicité ont assoupli leur position. Il y a eu une augmentation considérable de la législation concernant les lieux sans alcool : 85% de l'ensemble des pays disposent d'une telle législation, au moins pour certains lieux publics, privés ou professionnels.

En résumé, la plupart des changements de politique (51%) ont eu lieu en Europe occidentale, plutôt que dans les PECO (28%) ou les NEI (21%). La grande majorité des changements intervenus en Europe occidentale vont dans le sens de politiques de réglementation plus strictes de l'alcool, qui ne se retrouvent que dans la moitié environ des PECO et des NEI. Cela indique que, dans la partie orientale de la Région, chaque pas vers une politique plus restrictive en matière est immédiatement compensé par un pas dans l'autre sens, c'est-à-dire vers un degré plus grand de libéralisation. Globalement, 11 pays d'Europe occidentale, quatre PECO et trois NEI vont dans le sens de politiques plus restrictives en matière de réglementation de l'alcool.

Au sein des États membres, les différentes mesures adoptées dans le cadre de la politique nationale de lutte contre l'abus d'alcool, reflètent bien l'évolution sanitaire, économique, sociale et politique mise en œuvre par les gouvernements nationaux. L'efficacité des mesures de lutte contre l'abus d'alcool est toutefois beaucoup plus liée au degré de mise en œuvre de la politique qu'au nombre de mesures. La convergence de nombreuses mesures dans toute la Région démontre que les politiques de lutte contre l'abus d'alcool subissent aussi l'influence fréquente de l'intégration internationale économique et politique, des politiques communes, de l'expansion de l'industrie multinationale des boissons alcoolisées et de la mondialisation de la promotion et de la commercialisation de l'alcool.

## **Politique de lutte contre l'abus d'alcool : assurer un impact positif sur la santé**

Toute politique de santé publique qui prend en compte le problème de l'alcool doit être intégrée à la planification sanitaire générale, nationale et locale. L'action en matière d'alcool ne peut plus être considérée comme une mesure facultative. Toutefois, pour que les mesures adoptées soient efficaces, il faut lancer un débat public permanent et diffuser des informations sur le problème. À son tour, l'information constitue un moyen de faire les choix politiques nécessaires.

Grâce à des travaux de recherche internationaux de grande qualité, on dispose maintenant d'informations sur les choix réalisés dans le cadre des politiques de lutte contre l'abus d'alcool. Les données ainsi obtenues suggèrent qu'il vaut mieux opter pour un ensemble de politiques plutôt que pour une seule politique spécifique. Les mesures contre l'alcool au volant, qui sont efficaces lorsqu'elles ciblent des situations spécifiques de consommation, sont un exemple encourageant à cet égard. D'autres mesures utilisent des stratégies environnementales (comme la fixation des prix et la réglementation de la disponibilité) pour favoriser les choix sains et rendre les choix malsains plus difficiles. Le traitement, en particulier dans un cadre de soins de santé primaires, est un élément important de toute action globale de santé publique. Parmi les divers choix politiques reposant sur des données, toutes les politiques n'ont pas la même importance, et il ressort des travaux de recherche que les programmes d'éducation en milieu scolaire ou d'éducation du public ne constituent pas des éléments importants. Il existe un risque que l'éducation nous détourne de politiques plus efficaces. La restriction de la publicité est bénéfique parce qu'elle influence le débat général et limite les incitations à consommer de l'alcool.

Les politiques de lutte contre l'abus d'alcool doivent être élaborées et mises en œuvre au niveau national et au niveau local, avec une intégration entre les deux. Ces deux niveaux d'action s'appuient l'un sur l'autre et sont synergiques. Dans tous les cas, les politiques doivent être intersectorielles et porter sur les populations et les situations courantes, et non uniquement sur des cas individuels, extrêmes ou rares.

La recherche démontre de façon convaincante qu'un ensemble cohérent de mesures de lutte contre l'abus d'alcool peut, avec le soutien de la population, constituer une stratégie très efficace ayant des bénéfices significatifs pour la santé et la société. Le niveau actuel et le coût des problèmes d'alcool dans la Région européenne ne sont pas inévitables et il ne faut pas les laisser augmenter ; au contraire, ils peuvent être considérablement réduits par l'adoption de politiques appropriées.

## Conclusions générales

La Région européenne connaît la consommation d'alcool la plus élevée au monde. Le niveau de consommation est de 10 litres d'alcool pur par habitant dans neuf pays et, lorsque la consommation non enregistrée est prise en considération, le nombre passe à 17 pays. Au cours de la dernière décennie, 13 pays ont vu augmenter leur consommation par habitant, alors que 11 l'ont vue diminuer. Les autres pays sont restés relativement stables. Le Bélarus, la Fédération de Russie, l'Irlande et la Lettonie, en particulier, ont enregistré des augmentations spectaculaires. Dans la plupart des pays de l'UE, la consommation a diminué ou est restée stable durant la dernière décennie.

L'évaluation des modes de consommation permet de mieux comprendre les personnes qui boivent, le contexte dans lequel elles boivent et quelle quantité elles consomment. Cela est particulièrement important, car l'alcoolisation intense par accès régulière accroît considérablement les effets négatifs sur l'ensemble de la population. L'examen des données d'enquêtes, bien que difficile, fournit des informations générales concernant les habitudes de consommation. Il existe des variations nationales importantes du nombre de personnes qui ne boivent pas d'alcool, qui sont plus nombreuses dans les pays d'Europe du sud que dans ceux d'Europe du nord. Ces dix dernières années, quelques pays ont signalé une augmentation du nombre d'abstinent. Le niveau de la consommation excessive, sur la base de la consommation hebdomadaire, fait ressortir deux aspects importants des modes de consommation. Tout d'abord, la consommation excessive est plus courante chez les hommes, dans tous les pays où les informations sont disponibles, bien que le niveau de consommation excessive chez les femmes soit également élevé dans quelques pays d'Europe occidentale. Ensuite, le niveau de consommation excessive varie beaucoup d'un pays à l'autre, même parmi ceux qui ont des niveaux similaires de consommation globale d'alcool. Les différences dans les modes de consommation illustrent l'importance des facteurs culturels et sociaux en jeu et l'impact des changements de la démographie, des revenus, et de la promotion et la disponibilité de l'alcool, autant d'éléments qui influencent les attitudes et les pratiques de consommation. L'intégration économique et politique de l'Europe, avec les efforts internationaux faits en matière de commercialisation et de publicité, influence aussi la consommation d'alcool dans la Région.

D'un point de vue de santé publique, la santé de l'ensemble de la population est primordiale. Les résultats de travaux récents dans le domaine de l'épidémiologie de l'abus d'alcool ont des implications importantes au niveau de la politique à mener. L'objectif de réduction de la consommation globale d'alcool continue à être très important et aura un bénéfice net sur la santé de l'ensemble de la population. Lorsque les méfaits de l'alcool prennent trop d'ampleur chez certaines populations, comme en Europe orientale, la mise en place de politiques fortes qui limitent la disponibilité de

l'alcool et agissent sur les modes de consommation est justifiée. Les politiques nationales de lutte contre l'abus d'alcool devraient par conséquent comprendre différentes mesures et prendre en compte les principales préoccupations du pays, en traitant à la fois de la consommation globale et des modes de consommation nocifs, dans un effort de réduction des effets néfastes de la consommation d'alcool sur la population.

L'élaboration de politiques de lutte contre l'abus d'alcool dans la Région européenne se poursuit, en dépit des faiblesses dans certains domaines. De nombreux pays disposent maintenant de plans d'action nationaux coordonnés en matière d'alcool, avec des objectifs quantifiés et des activités clés. L'évolution des politiques observée ces dernières années a mis en évidence une tendance à la convergence vers certaines mesures de lutte contre l'abus d'alcool. La disponibilité de l'alcool est un bon exemple de cette convergence, lorsque les pays ayant des monopoles d'État sont passés, dans certains cas, à un système de licence. Le nombre de pays qui ont durci les restrictions sur la vente d'alcool est supérieur à ceux qui les ont assouplies. Des efforts spécifiques visant à réduire l'alcool au volant illustrent les mesures efficaces des politiques au niveau des pays, là où de nombreux pays ont abaissé leur taux d'alcoolémie, introduit les contrôles inopinés du taux d'alcool et renforcé l'application de ces mesures. Les dispositions réglementaires concernant les lieux sans alcool ont également été élargies dans de nombreux pays pour assurer une plus grande sécurité publique et des lieux de travail plus sûrs. Les mesures visant à réglementer la publicité pour l'alcool ont obtenu des résultats mitigés : certains pays ont adopté des restrictions, mais beaucoup les ont assouplies. En général, les pays d'Europe occidentale vont dans le sens de politiques plus strictes en matière de réglementation de l'alcool, ils ont réduit les niveaux de consommation par habitant et ont réduit les méfaits de l'alcool de façon plus importante que de nombreux pays d'Europe centrale ou orientale. Un soutien plus important des pays de la partie occidentale de la Région aux pays de la partie orientale aiderait à accélérer les progrès en matière de réduction des niveaux élevés de dommages liés à l'alcool dans toute la Région.

L'efficacité des politiques laisse à désirer, ce qui est dû tant à la nature des mesures elles-mêmes qu'à des pressions externes négatives. Obtenir le bon dosage de mesures compte tenu de l'évolution des besoins dans le temps, présente des difficultés lorsqu'il n'existe ni organisme de coordination ni ressources humaines adéquates. L'application des codes, des réglementations ou de la législation est un facteur crucial de l'efficacité des politiques. Les pressions externes émanant de l'industrie des boissons alcoolisées, du marketing et du commerce illégal militent contre de nouveaux progrès. Le manque de volonté collective pour reconnaître la gravité et l'étendue des méfaits de l'alcool dans une société constitue un autre obstacle.

L'adoption de politiques efficaces de lutte contre l'abus d'alcool exige la mise en œuvre d'une combinaison cohérente de stratégies éprouvées qui agissent sur la santé de l'ensemble de la population. Des efforts plus importants doivent être faits pour favoriser un débat éclairé et obtenir le soutien de la population. Des politiques doivent être élaborées et mises en œuvre au niveau national et au niveau local. Mettre en place des mesures qui abordent de manière efficace la promotion de l'alcool, qu'il s'agisse de la publicité, du marketing ou du soutien financier, reste particulièrement délicat et exige un effort concerté au niveau transnational, étant donné la réalité mondiale des réseaux de communication. L'évolution des modes de consommation, en particulier la consommation jusqu'à l'ivresse et l'alcoolisation intense par accès répétée, exige des mesures politiques rapides et efficaces pour empêcher que la consommation d'alcool ne fasse des ravages plus importants encore.

# Remerciements

Pour préparer le présent document, nous nous sommes appuyés en grande partie sur les données fournies par les partenaires nationaux du Plan d'action européen contre l'alcoolisme, en réponse à un questionnaire envoyé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 1998/1999. Pour de nombreuses informations du chapitre 5, nous sommes redevables aux partenaires nationaux et à ceux qui les ont aidés (voir ci-dessous). Sans leur coopération et leur assistance, ce document n'aurait pas pu voir le jour. Nous remercions particulièrement et chaleureusement le Dr Ann Hope, pour ses réactions et ses suggestions précieuses, qui ont éclairé l'ensemble des informations et des chiffres. Pour les données comparatives de la mortalité, nous avons utilisé la base de données de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Nous remercions également la revue *World Drink Trends 1999* (publiée par le Produktschap voor Gedistilleerde Dranken), qui est la source des données concernant la consommation d'alcool dans de nombreux pays. Pour les données d'études et certaines informations nationales, nous avons utilisé des rapports, publications et autres données non officielles reçues d'organisations non gouvernementales et d'États membres. Les données utilisées étaient celles qui étaient disponibles fin mai 2000. Nous assumons bien entendu la responsabilité pour les erreurs éventuelles.

## *Allemagne*

Michaela Schreiber, Ministère fédéral de la santé

## *Arménie*

Dr Seda Jamalian, Centre de Narcologie, Ministère de la santé

## *Autriche*

Dr Alfred Uhl et Dr Nikolaus Kopf, Institut Anton Proksch / Institut Ludwig Boltzmann de recherche sur la toxicomanie

## *Azerbaïdjan*

Professeur Alexander Umnyashkin, Ministère de la santé

## *Bélarus*

Dr O. Liskovsky, Ministère de la santé

## *Belgique*

Else De Donder, Association de traitement des problèmes d'alcool et autres drogues

## *Bosnie-Herzégovine*

Dr Nermana Mehic-Basara, Institut d'étude de l'alcoolisme et de la toxicomanie

*Bulgarie*

Professeur Philip Lazarov et Dr Momtchil Vassilev, Centre national des toxicomanies

*Croatie*

Dr Vlasta Hrabak-Zerjovic, Institut national croate de santé publique

*Danemark*

Lars Møller, Bureau de santé national

*Espagne*

Dr Teresa Robledo de Dios, Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des affaires sociales

*Estonie*

Dr Tarmo Kariis, Ministère des affaires sociales

*Ex-République yougoslave de Macédoine*

Dr Pande Vidinovski, Hôpital psychiatrique de Skopje

*Fédération de Russie*

Dr Vadim Pelipas, Centre de recherche sur la toxicomanie, Ministère de la santé

*Finlande*

Kari Paaso, Ministère des affaires sociales et de la santé

*Géorgie*

Dr Gela Lezhava, Institut des toxicomanies, Ministère de la santé

*Hongrie*

Professeur Laszlo Tringer, Institut de psychiatrie et de psychothérapie, Université de médecine Semmelweis

*Islande*

Hrafn Palsson et Sandra Sveinbjörnsdottir, Ministère de la santé et de la sécurité sociale

*Irlande*

Dr Ann Hope, Projet national de surveillance de l'alcool, Ministère de la santé et de l'enfance

*Israël*

Dr Jorge Gleser, Département de prévention de la toxicomanie, Ministère de la santé

*Italie*

Dr Emanuele Scafato, Institut national supérieur de la santé (avec l'assistance de Bastiana Pala, Ministère de la santé, Valentino Patussi, Institut Andrea Devoto, Daniel Rossi, Observatoire permanent de la jeunesse et de l'alcool, Ottavio Cagiano de Azevedo, Federvini et Bruno Manzone, Martini & Rossi)

*Kazakhstan*

Dr O. Liskovsky, Ministère de la santé

*Lettonie*

Dr Janis Caunitis, Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie, Centre de narcologie

*Lituanie*

Gelena Kriveliene, Département de la santé publique, Ministère de la santé

*Luxembourg*

Dr Yolande Wagener, Direction de la santé

*Malte*

Dr Sina Bugeja, Sedqa, Agence nationale contre la toxicomanie

*Norvège*

Mons Rud, Direction norvégienne pour la prévention de la toxicomanie

*Ouzbékistan*

Professeur Alexander Umnyashkin, Ministère de la santé

*Pays-Bas*

M.J. van Iwaarden (avec l'assistance de Sandra van Ginneken et M.F. Otto), Ministère de la santé, de la protection sociale et du sport

*Pologne*

Dr Jerzy Mellibruda, Agence nationale pour la prévention des problèmes liés à l'alcool

*Portugal*

Dr José de Carvalho Barrias et Mme Paula Dias, Centre régional de Porto de recherche sur l'alcool

*République de Moldova*

Dr Feodor Grigore Vasiliev, Centre national de toxicomanie

*République tchèque*

Dr Karel Nespor, Hôpital psychiatrique, Ladislav Csemy, Centre psychiatrique, et H. Sovinova, Institut de santé publique

*Roumanie*

Dr Vlad Romano, Institut de gestion des services de santé

*Slovaquie*

Alojz Nociar, Secrétariat général du Conseil des ministres pour les toxicomanies et la lutte contre la toxicomanie

*Slovénie*

Dr Zdenka Cebasek-Travnik, Centre de traitement de l'alcoolisme, Hôpital psychiatrique universitaire

*Suède*

Jakob Lindberg, Ola Arvidsson et Daniel Svensson, Institut national de santé publique

*Suisse*

Ernst Schmid, Office fédéral de la santé publique (assisté de Matthias Meyer ; Centre suisse pour l'alcool et les problèmes de drogues (SFA) ; M. N. Blanchard, Bureau fédéral de l'alcool ; et M. F. Rothen, Office fédéral de l'agriculture)

*Ukraine*

Dr Anatoliy M. Viyevskiy, Ministère de la santé

## **Annexe 1**

### **États membres de la Région européenne de l'OMS**

Albanie	Kirghizistan
Allemagne	Lettonie
Andorre	Lituanie
Arménie	Luxembourg
Autriche	Malte
Azerbaïdjan	Monaco
Bélarus	Norvège
Belgique	Ouzbékistan
Bosnie-Herzégovine	Pays-Bas
Bulgarie	Pologne
Croatie	Portugal
Danemark	République de Moldova
Espagne	République tchèque
Estonie	Roumanie
Ex-République yougoslave de Macédoine	Royaume-Uni
Fédération de Russie	Saint-Marin
Finlande	Slovaquie
France	Slovénie
Géorgie	Suède
Grèce	Suisse
Hongrie	Tadjikistan
Irlande	Turkménistan
Islande	Turquie
Israël	Ukraine
Italie	Yougoslavie
Kazakhstan	



## **Annexe 2**

# **Charte européenne sur la consommation d'alcool**

### *Principes éthiques et buts*

Pour renforcer le Plan d'action européen contre l'alcoolisme, la Conférence de Paris demande à tous les États membres d'élaborer des politiques complètes de lutte contre l'alcoolisme et de mettre en œuvre des programmes qui donnent expression aux principes éthiques et aux buts ci-après exposés, en tenant compte de la situation sociale, juridique et économique et du contexte culturel propres à chaque pays, étant entendu que le présent document ne confère pas de droits juridiques.

Toute personne a droit à une vie familiale, sociale et professionnelle à l'abri des accidents, des actes de violence et autres conséquences néfastes de la consommation d'alcool.

Toute personne a le droit de recevoir, dès un stade précoce de son existence, une éducation et une information objectives et fiables concernant les effets de l'alcool sur la santé, la famille et la société.

Tous les enfants et adolescents ont le droit de grandir dans un environnement aux risques réduits, à l'abri des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et, dans la mesure du possible, de la promotion des boissons alcoolisées.

Toute personne ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de son entourage ont droit à un traitement et à des soins accessibles.

Toute personne qui ne souhaite pas consommer de l'alcool, ou qui ne peut le faire pour des raisons de santé ou pour d'autres raisons, a le droit de ne pas être soumise à des incitations à boire et d'être soutenue dans son abstinence.

## *Dix stratégies de lutte contre l'alcoolisme*

Les recherches menées et les succès remportés dans les pays montrent que la Région européenne pourrait retirer des avantages importants, sur le plan de la santé et sur le plan économique, de l'application des dix stratégies de promotion de la santé et de lutte contre l'alcoolisme inspirées des principes éthiques et des buts énoncés plus haut, conformément aux environnements culturels, sociaux, juridiques et économiques des différents États membres :

1. Informer les citoyens au sujet des effets de la consommation d'alcool sur la santé, la famille et la société et des mesures efficaces pouvant être prises pour en prévenir ou en réduire autant que possible les conséquences nocives, en élaborant de vastes programmes éducatifs destinés notamment aux jeunes enfants.
2. Favoriser des environnements publics, privés et professionnels protégés des accidents, des actes de violence et des autres effets négatifs de la consommation d'alcool.
3. Élaborer et faire respecter des lois efficaces contre l'alcool au volant.
4. Promouvoir la santé en contrôlant la vente, par exemple aux jeunes, et en influençant le prix des boissons alcoolisées, par exemple par la fiscalité.
5. Mettre en œuvre des réglementations strictes, tenant compte des limitations ou interdictions existantes dans certains pays, concernant la publicité directe et indirecte en faveur des boissons alcoolisées, et faire en sorte qu'aucune forme de publicité ne vise expressément les jeunes, par exemple en établissant un lien entre alcool et sport.
6. Garantir l'accès à des services de traitement et de réadaptation efficaces, dotés de personnel qualifié, pour les personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de leur entourage.
7. Favoriser la prise de conscience de leur responsabilité morale et juridique par toutes les personnes qui commercialisent ou servent des boissons alcoolisées, et prendre des mesures appropriées contre la production et la vente illicites.
8. Accroître les moyens dont dispose la société pour lutter contre l'alcoolisme en formant des spécialistes dans différents secteurs tels que la santé, la protection sociale, l'éducation et la justice, et en renforçant les pressions exercées par la collectivité.
9. Aider les organisations non gouvernementales et les mouvements d'entraide promoteurs d'un mode de vie sain, en particulier ceux qui s'emploient à prévenir ou à réduire les effets nocifs de la consommation d'alcool.
10. Élaborer de larges programmes de lutte contre l'alcoolisme dans les États membres, en tenant compte de la présente Charte européenne sur la

consommation d'alcool ; définir des buts précis et des indicateurs de résultats ; suivre les progrès accomplis et actualiser régulièrement les programmes après évaluation.

La Charte européenne sur la consommation d'alcool a été adoptée lors de la Conférence européenne « Santé, société et alcool », convoquée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et accueillie par le Ministère français du travail et des affaires sociales. Cette conférence, qui a eu lieu à Paris, du 12 au 14 décembre 1995, a réuni 371 participants, dont 180 délégués officiels de 46 des 49 États membres de la Région européenne de l'OMS.

## ***Annexe 3***

### **Données d'enquêtes sur le pourcentage de buveurs excessifs, à problème ou à risque dans la population totale**



Pays	Données les plus récentes				Consommation	Données les plus récentes				Remarques		
	Année	Pourcentage				Année	Pourcentage					
		Popu- lation	Hommes	Femmes			Popu- lation	Hommes	Femmes			
Autriche	1994	24,3 16,2 13,3	41,0 28,8 20,7	8,5 4,3 6,5	+210 g/semaine +420 g/semaine Consommation problématique d'alcool							
Bélarus					On estime que 10% de la population boit excessivement					Pas de définition		
Belgique	1990	19,0			Consommateurs fréquents					Défini comme étant d'au moins 3 jours/semaine		
Bulgarie	1992	14,0			Buveurs excessifs					Pas de définition		
République tchèque	1996		15,8	1,3	+550 g/semaine	1993	28,0			+350 g/semaine		
Danemark			14,0	10,0	+252/168 g/semaine					(unité = 12 g)		
Estonie	1998	2,6	4,9	1,5	Boivent presque tous les jours	1994		53,0	31,0	Boivent au moins une fois par semaine Boivent presque tous les jours		
						1993	0,3					

Pays	Données les plus récentes				Consommation	Données les plus récentes				Remarques		
	Année	Pourcentage				Année	Pourcentage					
		Popu- lation	Hommes	Femmes			Popu- lation	Hommes	Femmes			
Finlande	1996		13,0	2,0	+150 g/semaine (buveurs en danger)	1992		8,0	3,0	+280/190 g/semaine (buveurs excessifs)		
France	1992	30,4			Boivent tous les jours ou 35 fois/semaine					5 millions de personnes connaissent des difficultés de nature médicale, psycho- logique ou sociale		
Allemagne	1997		20,1 7,2 6,9	5,6 0,8 1,0	140–280 280–420 > 420 (13,3% consomment de l'alcool de façon nocive)	1995 1995	Ouest Est	7,4 9,2	1,4 1,3	+420 +420		
Hongrie	1994	11,6			Boivent excessi- vement (pas de definition)	1985/ 1986		14,1	0,8	+210/140 g/semaine (buveurs excessifs)		

Pays	Données les plus récentes				Consommation	Données les plus récentes				Remarques		
	Année	Pourcentage				Année	Pourcentage					
		Popu- lation	Hommes	Femmes			Popu- lation	Hommes	Femmes			
Islande	1992		8,1	1,6	+ 150 g/semaine			10,6	1,6	Buveurs à problème (unité = 10 g)		
Irlande			27,0	21,0	+210/140 (unité = 10 g)		11% boivent de l'alcool > 5x/semaine Moyenne type de consommation par occasion : hommes 67 g, femmes 45 g					
Israël	1994/ 1995	2,0			Chaque jour l'année antérieure Les 18–40 ans boivent excessivement					Consommation quotidienne et excessive plus prévalente chez les Arabes		
Italie		11,0			+385 g/semaine (consommateurs à risque)	1997		5,3	1,1	Consommation problématique		
Luxembourg	1998	3,0			+824 g/semaine chez les plus de 15 ans (buveurs excessifs)	1990	20,0			3–4 jours/semaine (consommateurs fréquents)		
					30% des plus de 16 ans (buveurs fréquents)							
Lettonie	1993		2,5	0,7	Boivent plusieurs fois par semaine							

Pays	Données les plus récentes				Consommation	Données les plus récentes				Remarques		
	Année	Pourcentage				Année	Pourcentage					
		Popu- lation	Hommes	Femmes			Popu- lation	Hommes	Femmes			
Pays-Bas	1997		9,0	2,2	+540 g/semaine (buveurs excessifs) 350 000 buveurs à problème	1995	6,57			+540 g/semaine		
						1990	20,0			Au moins 3–4 jours/semaine (consommateurs fréquents)		
Norvège	1991		20,0	6,0	Boivent 40–60 g au moins deux fois par mois							
Pologne	1998	10,0			+150/115 (seuil du risque)	1993		23,7	3,6	+150/115 g/semaine		
Portugal	1997		15,5	4,0	Pas de définition	1995	13,7			Buveurs excessifs Ont bu au moins 3–4 jours par semaine		
						1990	39,0					
République de Moldova					On estime que 15 personnes pour 1000 boivent excessivement et que 20% de celles-ci sont des femmes					Pas de définition		
Roumanie	1992		16,0	2,0	Buveurs quotidiens					Pas de définition		

Pays	Données les plus récentes				Consommation	Données les plus récentes				Remarques		
	Année	Pourcentage				Année	Pourcentage					
		Popu- lation	Hommes	Femmes			Popu- lation	Hommes	Femmes			
Fédération de Russie	1996	9,0			Buveurs à problème					Défini comme des boissons quotidiennes ou fortes plus de 2–3 fois par semaine		
Espagne	1997		3,4 4,3	0,1 0,1	410–550 (consommation élevée) +550 (consommation excessive)							
Suisse	1988		2,1 27,0 31,2	3,0 7,0 33,4	+252/168 (buveurs excessifs) +140 g/semaine Buveurs s'alcoolisant massivement par accès 60/48 g ou plus lors d'une occasion durant le mois écoulé	1992		3,3 8,3	0,5 2,1	+560 g/semaine Buveurs à haut risque (unité = 12 g)		
Ex-République yougoslave de Macédoine	Début des années 90		15,0		Buveurs excessifs					Pas de définition		
Royaume-Uni	1996		28,0 6,0	14,0 2,0	+168/120 (limite sûre) +400/280 (incontestablement nocif)	1993		9,0	5,0	Buveurs à problème (unité = 8 g)		

