



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le 24.10.2006
COM(2006) 625 final

**COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU CONSEIL, AU PARLEMENT
EUROPÉEN, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU
COMITÉ DES RÉGIONS**

**Une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les
dommages liés à l'alcool**

{SEC(2006) 1358}

{SEC(2006) 1360}

{SEC(2006) 1411}

TABLE DES MATIERES

1.	Introduction.....	4
2.	Le mandat d'agir.....	5
3.	La nécessité d'agir.....	6
4.	Le processus de consultation et d'analyse d'impact.....	8
5.	Les cinq thèmes prioritaires et les bonnes pratiques correspondantes.....	8
5.1.	Protéger les jeunes, les enfants et les enfants à naître.....	8
5.1.1.	Justification de l'action.....	9
5.1.2.	Bonnes pratiques.....	9
5.2.	Réduire le nombre de blessés et de morts dus à l'alcool sur les routes.....	10
5.2.1.	Justification de l'action.....	10
5.2.2.	Bonnes pratiques.....	10
5.3.	Prévenir les dommages liés à l'alcool chez les adultes et réduire les répercussions négatives sur le lieu de travail.....	11
5.3.1.	Justification de l'action.....	11
5.3.2.	Bonnes pratiques.....	11
5.4.	Mener une action d'information, d'éducation et de sensibilisation concernant les conséquences d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool et les habitudes de consommation acceptables.....	12
5.4.1.	Justification de l'action.....	12
5.4.2.	Bonnes pratiques.....	12
5.5.	Créer, étoffer et tenir à jour un ensemble de données commun.....	12
5.5.1.	Justification de l'action.....	13
5.5.2.	Mesures nécessaires.....	13
6.	Trois niveaux d'action.....	13
6.1.	Action de la Commission européenne.....	13
6.2.	Subsidiarité: cartographie des actions mises en œuvre par les États membres.....	15
6.2.1.	Action nationale.....	15
6.2.2.	Action locale.....	17
6.3.	Coordination des actions au niveau communautaire.....	17
6.3.1.	Forum Alcool et santé.....	17
6.3.2.	Ivresse au volant.....	18

6.3.3.	Communication commerciale	18
7.	Conclusions	19

1. INTRODUCTION

La présente communication porte sur les effets dommageables d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool¹ sur la santé, ainsi que sur les conséquences sociales et économiques connexes, et répond à la demande du Conseil, qui a invité la Commission à assurer le suivi, l'évaluation et la surveillance de la situation et des mesures prises dans ce domaine et à faire rapport sur la nécessité d'autres actions. Elle est centrée sur la prévention et l'atténuation des modes de consommation excessive et extrême, sur la consommation d'alcool avant l'âge légal, ainsi que sur les conséquences les plus préjudiciables de l'alcool comme les accidents de la route liés à l'alcool et le syndrome d'alcoolisation fœtale. Il ne s'agit donc pas d'une réflexion sur la consommation d'alcool en tant que telle, mais sur l'abus d'alcool et ses conséquences dommageables. La communication reconnaît qu'il existe des habitudes culturelles différentes selon les pays. L'intention n'est pas de substituer l'action communautaire aux mesures nationales, qui sont déjà en place dans la plupart des États membres et relèvent du champ de compétence des États en vertu du principe de subsidiarité et de l'article 152 du traité CE. En particulier, la Commission n'a pas l'intention, dans le prolongement de la présente communication, de proposer l'élaboration d'une législation harmonisée dans le domaine des dommages liés à l'alcool.

La communication vise à répertorier les mesures qui ont déjà été prises par la Commission et les États membres, ainsi qu'à définir, d'une part, les bonnes pratiques qui ont abouti à des résultats positifs et, d'autre part, les domaines importants d'un point de vue socio-économique et pertinents à l'échelle communautaire où des progrès peuvent encore être réalisés.

Elle explique également comment la Commission peut soutenir et compléter davantage encore les politiques de santé publique nationales mises en œuvre par les États membres en coopération avec les parties prenantes² en tenant compte de la diversité des habitudes de consommation et des cultures dans l'Union. Cet engagement de la Commission sur la voie de la poursuite et du développement de son action dans le cadre de son domaine de compétence, conjugué au recensement des bonnes pratiques utilisées dans les différents États membres et à la mise en place d'un forum Alcool et santé qui permettra de diffuser ces pratiques, constitueront la clef de voûte d'une stratégie globale de réduction des dommages liés à l'alcool en Europe.

¹ Une consommation dangereuse d'alcool a été définie comme un niveau ou un mode de consommation dont il est probable qu'il aboutisse à des effets nocifs si les habitudes de consommation d'alcool observées persistent (Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, Organisation mondiale de la santé, Genève); il n'existe cependant pas d'accord normalisé sur le niveau de consommation d'alcool devant être considéré comme dangereux. Un usage nocif est défini comme « un mode de consommation d'alcool préjudiciable à la santé physique (causant une cirrhose du foie par exemple) ou mentale (provoquant une dépression liée à la consommation d'alcool) » (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1992).

² Celles-ci comprennent des intervenants aussi divers que les ONG du secteur de la santé et de la protection des consommateurs, les groupes d'entraide, les producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées, le secteur hospitalier, les établissements scolaires, les employeurs et les syndicats, l'industrie de la publicité, les médias, etc.

2. LE MANDAT D'AGIR

La résolution des problèmes de santé publique tels que la consommation nocive et dangereuse d'alcool par une action complétant les mesures nationales dans ce domaine relève des compétences et des responsabilités de l'Union européenne en vertu de l'article 152 du traité CE.

La Cour de justice européenne a confirmé à plusieurs reprises que la lutte contre les dommages liés à l'alcool constituait un objectif de santé publique important et valable³.

En 2001, le Conseil a adopté une recommandation concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents⁴, dans laquelle il a invité la Commission à suivre, évaluer et surveiller l'évolution de la situation et les mesures prises et à faire rapport sur la nécessité d'une poursuite de l'action⁵.

Dans ses conclusions du 5 juin 2001, le Conseil a invité la Commission à présenter des propositions en vue d'une stratégie communautaire globale visant à réduire les dommages liés à l'alcool, qui viendrait compléter les politiques nationales. Il a réitéré cette invitation dans ses conclusions de juin 2004 sur l'alcool et les jeunes⁶.

La plupart des États membres ont engagé des actions pour réduire les dommages liés à l'alcool et nombre d'entre eux disposent d'un vaste éventail de mesures à cet égard. Malgré la mise en œuvre de politiques de santé, tant au niveau communautaire que national, l'ampleur des dommages, en particulier parmi les jeunes, sur les routes et sur le lieu de travail, reste inacceptable dans tous les États membres. De plus, des études menées à l'échelle nationale et communautaire⁷ indiquent, dans certains cas ayant un caractère transfrontalier, qu'une meilleure coordination au niveau communautaire et la création de synergies avec ce dernier pourraient être nécessaires. On peut citer, à titre d'exemple: la promotion transfrontalière d'alcool susceptible d'inciter les jeunes ou la publicité télévisée transfrontalière pour des boissons alcoolisées susceptibles d'être en contradiction avec des restrictions nationales.

Cela tend à montrer que certains problèmes sont communs à tous les États membres (la consommation d'alcool avant l'âge légal ou les accidents de la route liés à l'alcool, par exemple), que les politiques mises en œuvre pour lutter contre ces problèmes n'ont pas été pleinement efficaces, puisqu'ils subsistent et se sont même aggravés dans certains cas, et que certains aspects relèvent de la compétence communautaire du fait de leur caractère transfrontalier. Il en découle qu'il est nécessaire de renforcer l'action et la coopération au

³ Affaire Franzen (C-189/95), affaire Heinonen (C-394/97), affaire Gourmet (C-405/98), Catalonia (C-190 et C-179/90), Loi Evin (C-262/02 et C-429/02)

⁴ Recommandation du Conseil 2001/458/CE (JO L 161 du 16.6.2001, p. 38); http://eur-lex.europa.eu/pri/fr/oj/dat/2001/l_161/l_16120010616fr00380041.pdf

⁵ Rapport intégral publié à l'adresse suivante: <http://ec.europa.eu/comm/health>

⁶ Conclusions du Conseil du 5 juin 2001 relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool (JO C 175 du 20.6.2001, p. 1); http://eur-lex.europa.eu/pri/fr/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620fr00010002.pdf; conclusions du Conseil sur l'alcool et les jeunes des 1^{er} et 2 juin 2004 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/04/st09/st09507.fr04.pdf>).

⁷ Par exemple : « Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables en matière de lutte contre l'alcoolisme ? », Réseau des bases factuelles en santé (HEN) du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, 2004; « *Alcohol Policy and the Public Good* », Griffith Edwards 1994, Cochrane Library; EconLit and the Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA).

niveau communautaire et national. La présente communication expose pour l'Union une approche destinée à soutenir et à fonder une stratégie coordonnée de réduction des dommages liés à l'alcool, qui s'appuiera sur l'engagement de la Commission en faveur de la poursuite et du développement de l'action relevant de ses compétences, ainsi que de la diffusion des bonnes pratiques mises en œuvre dans les différents États membres.

L'action de l'Union européenne en la matière contribuera à la réalisation d'autres objectifs stratégiques pertinents déjà fixés au niveau communautaire, par exemple en ce qui concerne la sécurité routière⁸, la santé et la sécurité au travail⁹ et la convention relative aux droits de l'enfant¹⁰.

3. LA NECESSITE D'AGIR

La consommation nocive et dangereuse d'alcool a des incidences majeures sur la santé publique et génère également des coûts dans le secteur des soins de santé, pour les assurances maladie, du fait des mesures requises pour assurer le maintien de l'ordre, et pour les lieux de travail. Par conséquent, elle a des effets négatifs sur le développement économique et sur la société dans son ensemble. Elle constitue un déterminant essentiel de la santé et l'une des principales causes de décès prématurés et de maladies évitables. Elle est responsable de 7,4 %¹¹ des problèmes de santé et des décès prématurés dans l'Union européenne et a des incidences négatives sur l'emploi et la productivité. Les politiques ciblées sur la prévention et le traitement de la consommation nocive et dangereuse d'alcool ainsi que l'information sur les modes de consommation responsable sont très positives pour les individus et les familles, mais elles ont aussi des effets bénéfiques sur les coûts sociaux et le marché du travail, et elles contribueront à renforcer la compétitivité conformément aux objectifs de Lisbonne ainsi qu'à allonger l'espérance de vie en bonne santé de tous les citoyens. Il convient donc d'encourager les initiatives sur les lieux de travail. Les parties prenantes concernées (associations professionnelles, syndicats) ont une responsabilité particulière à cet égard.

Les jeunes de l'Union européenne sont particulièrement menacés: dans la tranche d'âge des 15 à 29 ans, plus de 10 % des décès féminins et environ 25 % des décès masculins sont liés à une consommation dangereuse d'alcool¹². La consommation nocive et dangereuse d'alcool a des effets non seulement sur les personnes qui boivent, mais aussi sur les autres et sur la société. Les effets délétères de l'alcool sont généralement plus marqués dans les groupes sociaux moins favorisés et contribuent donc aux inégalités en matière de santé.

⁸ Recommandation de la Commission 2004/345/CE du 6 avril 2004 relative à l'application de la réglementation dans le domaine de la sécurité routière (JO L 111 du 17.4.2004); recommandation de la Commission 2001/116/CE du 17 janvier 2001 concernant le taux maximal d'alcool dans le sang autorisé (TA) pour les conducteurs de véhicules à moteur (JO L 43 du 14.2.2001); communication de la Commission (JO C 48 du 14.2.2004).

⁹ Stratégie communautaire de santé et sécurité au travail 2002-2006 - COM(2002) 118.

¹⁰ Résolution 44/25 des Nations unies du 20 novembre 1989.

¹¹ Étude de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité (Rehm et al 2003 a et b, Rehm et al 2004 et Rehm 2005).

¹² « *Alcohol in Europe - A public health perspective* », P. Anderson and B. Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 - http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm (document fondé sur l'étude de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité, Rehm et al 2003 a et b, Rehm et al 2004 et Rehm 2005).

Si la consommation moyenne d'alcool est en diminution dans l'Union, la proportion de jeunes et de jeunes adultes qui ont des habitudes nocives et dangereuses de consommation a augmenté dans de nombreux États membres au cours des dix dernières années¹³. Les habitudes de consommation enregistrées dans une grande partie de l'UE, et notamment les tendances croissantes à la consommation ponctuelle immodérée¹⁴ et à la consommation très fréquente avant l'âge légal observées dans de nombreux pays européens¹⁵, peuvent avoir des effets préjudiciables sur la santé à long terme et accroissent le risque de dommages sociaux.

Les accidents de la circulation liés à la boisson sont également très préoccupants. Environ un accident sur quatre peut être relié à la consommation d'alcool, et au moins 10 000 personnes meurent chaque année dans des accidents liés à l'alcool sur les routes de l'Union européenne. Cette dernière s'est fixé pour objectif de réduire de moitié le nombre de décès sur ses routes, de 50 000 en 2000 à 25 000 en 2010¹⁶, et les efforts visant à mettre un frein à la conduite en état d'ébriété peuvent contribuer sensiblement à la réalisation de cet objectif.

L'exposition à l'alcool pendant la grossesse peut entraver le développement du cerveau du fœtus et est associée à des déficits intellectuels qui deviennent apparents plus tard au cours de l'enfance¹⁷. Étant donné que la consommation à haut risque est en augmentation parmi les jeunes femmes dans la plupart des États membres et que la consommation d'alcool a des effets sur le fœtus dès le début de la grossesse, il est essentiel de mener des actions de sensibilisation concernant ce problème.

Pour s'attaquer aux problèmes susmentionnés, et sur la base des résultats de l'analyse d'impact, la Commission a défini cinq thèmes prioritaires qui valent pour tous les États membres et au regard desquels une action de la Communauté, conjuguée aux politiques nationales et coordonnée avec les mesures des États, est porteuse de valeur ajoutée:

- protéger les jeunes, les enfants et les enfants à naître;
- réduire le nombre de blessés et de morts dus à l'alcool sur les routes;
- prévenir les dommages liés à l'alcool chez les adultes et réduire les répercussions négatives sur le lieu de travail;
- mener une action d'information, d'éducation et de sensibilisation concernant les conséquences d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool et les habitudes de consommation acceptables;
- créer un ensemble de données commun au niveau de l'UE et le tenir à jour.

¹³ Selon les informations disponibles, ces tendances à la hausse concernent le plus souvent les jeunes adultes (au-dessus de l'âge légal de consommation d'alcool). La consommation ponctuelle immodérée d'alcool avant l'âge légal s'est stabilisée dans l'UE-15, mais a augmenté dans l'UE-10.

¹⁴ On considère normalement comme une consommation ponctuelle immodérée la prise de plus de 5 unités d'alcool en une seule occasion.

¹⁵ « *The ESPAD Report 2003, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries* », Björn Hibell et al, Stockholm 2004 - <http://www.espad.org/reports.asp>

¹⁶ COM(2001) 370 - La politique européenne des transports à l'horizon 2010: l'heure des choix.

¹⁷ À titre d'exemple, en France, plus de 700 enfants sont nés atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale en 2001 et on considère que plus de 60 000 personnes vivent avec les effets de ce syndrome (données calculées par l'INSERM - « Expertise collective », septembre 2001 - à partir de deux études épidémiologiques réalisées dans le Nord de la France et à la Réunion.

Ces thèmes sont communs aux échelons communautaire, national et local et appellent des actions associant diverses parties prenantes et portant sur plusieurs secteurs. La présente stratégie entend donc mettre en avant les actions déjà menées par la Commission et les États membres et proposer des mesures nouvelles ou s'inscrivant dans le prolongement des mesures existantes. Elle expose également des bonnes pratiques appliquées dans les États membres et susceptibles d'être imitées et d'engendrer des synergies au niveau national.

4. LE PROCESSUS DE CONSULTATION ET D'ANALYSE D'IMPACT

Depuis 2004, les services de la Commission ont largement consulté les experts des États membres, les organisations internationales, les chercheurs et les parties prenantes¹⁸. En outre, la Commission a participé à des tables rondes organisées sous les auspices du Centre de politique européenne (*European Policy Centre*, EPC) avec certaines parties prenantes de premier plan¹⁹.

Après avoir publié un appel d'offres ouvert, la Commission a confié l'élaboration d'un rapport d'experts relatif à la santé publique à l'Institut d'études sur l'alcool (*Institute of Alcohol Studies*)²⁰.

Pour analyser les problèmes sanitaires, sociaux, économiques et environnementaux liés à l'alcool ainsi que les différentes options stratégiques, la Commission a procédé à une analyse d'impact²¹.

De plus, les parties prenantes ont eu l'occasion de formuler des observations dans le cadre de la consultation ouverte sur l'étiquetage des denrées alimentaires et des boissons lancée par la Commission²².

5. LES CINQ THEMES PRIORITAIRES ET LES BONNES PRATIQUES CORRESPONDANTES

5.1. Protéger les jeunes, les enfants et les enfants à naître

Objectifs

Objectif 1: faire baisser la consommation d'alcool avant l'âge légal et réduire la consommation dangereuse et nocive chez les jeunes en coopération avec toutes les parties prenantes concernées.

¹⁸ Dont des organisations non gouvernementales (ONG du secteur de la santé et de la protection des consommateurs, groupes d'entraide...) et des organisations représentant les producteurs de boissons alcoolisées.

¹⁹ Le rapport de l'EPC sur la table ronde consacrée à l'alcool est publié à l'adresse suivante: www.theepc.be.

²⁰ Publié sur le portail de la santé et le site Web de l'UE, en parallèle avec un rapport sur la réunion d'évaluation par les pairs, les observations du groupe d'évaluation par les pairs, les avis des parties prenantes sur la politique vis-à-vis de l'alcool et sur l'application de la recommandation du Conseil (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm).

²¹ En outre, lors de cette analyse d'impact, une analyse économique plus approfondie des répercussions de la consommation d'alcool sur le développement économique de l'UE a été réalisée par un contractant externe (rapport RAND publié à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/comm/health>).

²² Le document ayant servi de base de référence à cette consultation est disponible sur Internet à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/betterregulation/index_en.htm.

Objectif 2: réduire les dommages causés aux enfants dans les familles qui connaissent des problèmes d'alcool.

Objectif 3: réduire l'exposition à l'alcool au cours de la grossesse et, partant, le nombre d'enfants touchés par le syndrome d'alcoolisation fœtale.

5.1.1. *Justification de l'action*

Les jeunes sont souvent décrits à tort comme les responsables des problèmes d'alcool et non comme les victimes. Selon les estimations, l'alcool est un facteur causal dans 16 % des cas de maltraitance et de délaissement d'enfants²³.

Il a été démontré que la consommation nocive d'alcool chez les jeunes avait des effets néfastes non seulement sur leur santé et leur bien-être social, mais aussi sur leur niveau d'instruction²⁴. La tendance des jeunes à la consommation ponctuelle immodérée est toujours croissante dans une grande partie de l'Union. Elle est aggravée par le fait que les boissons alcoolisées restent accessibles aux personnes n'ayant pas atteint l'âge légal pour en consommer. Par conséquent, il est nécessaire d'envisager de nouvelles mesures pour réduire la consommation d'alcool avant l'âge légal et les habitudes de consommation nocives parmi les jeunes.

Les exploitants de la chaîne de fabrication et de distribution des boissons alcoolisées sont activement engagés dans des actions visant à assurer le respect des réglementations nationales et se sont déclarés prêts à prendre davantage d'initiatives pour veiller à l'application des dispositions réglementaires et des mesures d'autorégulation.

Certains États membres ont relevé les taxes sur les produits perçus comme particulièrement attrayants pour les consommateurs n'ayant pas atteint l'âge légal²⁵.

5.1.2. *Bonnes pratiques*

Les tendances de consommation inquiétantes des jeunes peuvent être efficacement contrées par l'action publique. La recommandation adoptée en 2001 par le Conseil a contribué à l'élaboration de telles politiques. Parmi les mesures efficaces appliquées par les États membres, on peut citer, par exemple: les restrictions à la vente d'alcool, à l'accès aux boissons alcoolisées et aux pratiques commerciales susceptibles d'influencer les jeunes, les vastes actions de proximité visant à prévenir les dommages et les comportements à risque, associant les enseignants, les parents, les parties prenantes et les jeunes eux-mêmes²⁶ et s'accompagnant de messages dans les médias et de programmes d'acquisition des aptitudes à la vie quotidienne. L'industrie des boissons alcoolisées et les détaillants peuvent jouer un rôle important en vue d'une consommation responsable.

²³ English et al. 1995, Single et al, 1999, Ridolfo et Stevenson 2001, données tirées du rapport « *Alcohol in Europe – a public health perspective* » - http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

²⁴ « *RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU* » (Horlings, Scoggins 2006).

²⁵ Ainsi, une taxe spéciale ou un étiquetage obligatoire ont été imposés sur des produits comme les limonades alcoolisées ou « alcopops » (Danemark, France, Allemagne, Irlande et Luxembourg).

²⁶ La Commission a intégré les jeunes à la procédure de consultation de la présente communication, au sein de projets cofinancés par le programme de santé publique. Le Forum européen de la jeunesse a créé un groupe de travail chargé d'apporter sa contribution aux travaux en cours.

5.2. Réduire le nombre de blessés et de morts dus à l'alcool sur les routes²⁷

Objectifs

Objectif 4: contribuer à réduire le nombre de morts et de blessés dus à l'alcool sur les routes.

5.2.1. Justification de l'action

Environ un accident sur quatre peut être imputé à la consommation d'alcool, et au moins 10 000 personnes meurent chaque année dans des accidents liés à l'alcool sur les routes de l'Union européenne. Les jeunes âgés de 18 à 24 ans sont particulièrement exposés au risque d'accident. Dans cette classe d'âge, 35 à 45 % des décès sont le résultat d'accidents de la circulation. Les accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les adolescents (47 %, selon plusieurs sources). Pour ce qui est des accidents de la route liés à la l'alcool, deux tiers des personnes impliquées avaient entre 15 et 34 ans et 96 % étaient de sexe masculin.

5.2.2. Bonnes pratiques

De nombreuses études ont révélé que le risque d'accident de la circulation lié à l'alcool augmentait avec le taux d'alcoolémie du conducteur. Tous les États membres ont pris des mesures pour appliquer des taux maximaux. Des études tendent à montrer qu'il serait souhaitable de faire respecter un plafond de 0,5 mg/ml, voire inférieur²⁸. L'application efficace de mesures visant à lutter contre l'ivresse au volant pourrait réduire sensiblement le nombre de morts (la diminution pourrait atteindre 25 % pour les hommes et 10 % pour les femmes), de blessés et d'invalides imputable aux accidents de la circulation. Les exemples de mesures nationales efficaces s'appuient sur l'introduction et la réalisation d'alcootests aléatoires fréquents et systématiques et, parallèlement, l'organisation de campagnes d'éducation et de sensibilisation associant toutes les parties prenantes. Une des clés du succès réside dans une application stricte des mesures associée à une sensibilisation active. Les conducteurs jeunes ou débutants sont plus souvent impliqués dans des accidents de la route liés à l'alcool. Un autre exemple de mesure efficace est l'instauration d'un taux d'alcoolémie plus faible ou égal à zéro pour ces conducteurs ainsi que, pour des raisons de sécurité, pour les conducteurs de transports en commun et de véhicules commerciaux, en particulier ceux qui transportent des produits dangereux.

²⁷ En dehors du domaine de la circulation routière, et dans le prolongement des préoccupations générales suscitées par l'alcool au travail, telles que décrites au point 5.3, il convient aussi manifestement de se pencher sur la consommation d'alcool dans d'autres secteurs des transports – secteur maritime, ferroviaire et aérien par exemple. Ces derniers ne sont néanmoins pas spécifiquement abordés dans la présente communication.

²⁸ L'évaluation de 112 études a clairement fourni la preuve d'une altération des compétences au volant dès que le taux d'alcoolémie n'est pas nul (Moskowitz et Fiorentino, 2000). Une étude comparant les taux d'alcoolémie de conducteurs ayant été associés à des accidents à ceux de conducteurs non impliqués dans des accidents a révélé que les conducteurs des deux sexes dont le taux d'alcoolémie oscillait entre 0,2 g/l et 0,49 g/l étaient au moins trois fois plus exposés à un risque de décès des suites d'une collision avec un véhicule. Ce risque devenait au minimum six fois plus élevé avec un taux d'alcoolémie compris entre 0,5 g/l et 0,79 g/l et il était au moins multiplié par 11 avec un taux allant de 0,8 g/l à 0,99 g/l (Zador et al 2000). Toutes les études confirment que les retombées positives d'une nouvelle législation abaissant le taux d'alcoolémie sont plus fortes si l'introduction de la législation est suivie de débats publics, de campagnes dans les médias et de mesures visant à assurer le respect des nouvelles dispositions.

5.3. Prévenir les dommages liés à l'alcool chez les adultes et réduire les répercussions négatives sur le lieu de travail

Objectifs

Objectif 5: réduire les troubles physiques et mentaux chroniques liés à l'alcool.

Objectif 6: réduire le nombre de décès liés à l'alcool.

Objectif 7: informer les consommateurs de manière à ce qu'ils puissent choisir en connaissance de cause.

Objectif 8: contribuer à réduire les dommages liés à l'alcool sur le lieu de travail et encourager les actions liées au lieu de travail.

5.3.1. Justification de l'action

Bien que 85 % des adultes boivent avec modération et de façon responsable la plupart du temps, la consommation nocive et dangereuse d'alcool constitue l'une des principales causes de décès prématuré et de maladies évitables et elle a des répercussions négatives sur la capacité de travail²⁹. L'absentéisme lié à l'alcool ou la consommation pendant les heures de travail ont des incidences négatives sur l'exécution des tâches et donc sur la compétitivité et la productivité³⁰. Tandis que 266 millions d'adultes consomment jusqu'à 20g (pour les femmes) ou 40g (pour les hommes) d'alcool par jour, ils sont plus de 58 millions (soit 15 %) à dépasser cette quantité, dont 20 millions (6 %) boivent plus de 40g (femmes) ou 60g (hommes) d'alcool par jour. Si l'on considère la dépendance plutôt que la quantité, on estime que, pour une année donnée, 23 millions d'Européens (5 % des hommes et 1 % des femmes) sont alcooliques.

5.3.2. Bonnes pratiques

L'expérience acquise dans les États membres tend à montrer qu'il est essentiel que les réglementations, les codes et les normes en vigueur soient mieux appliqués pour restreindre les conséquences négatives de la consommation nocive et dangereuse d'alcool. Parmi les interventions susceptibles de prévenir efficacement les dommages liés à l'alcool chez les adultes et d'atténuer les incidences négatives sur le lieu de travail, figurent l'application des règles en matière de licence, la formation des serveurs, les actions menées au niveau local ou sur le lieu de travail, les politiques de prix (consistant, par exemple, à réduire les offres du type "deux verres pour le prix d'un"), la coordination des horaires des transports publics avec les heures de fermeture, les conseils donnés aux personnes en situation de risque par les médecins et les infirmières du secteur des soins de santé primaires et les traitements. Des mesures d'éducation, des activités d'information et des campagnes ciblées sur la modération ou portant sur l'ivresse au volant et la consommation d'alcool pendant la grossesse et avant l'âge légal peuvent être utilisées pour mobiliser le public en faveur des interventions.

²⁹ « *Alcohol in Europe - A public health perspective* », P. Anderson et B. Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 - http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

³⁰ « *RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU* » (Horlings, Scoggins 2006).

5.4. Mener une action d'information, d'éducation et de sensibilisation concernant les conséquences d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool et les habitudes de consommation acceptables

Objectifs

Objectif 9: sensibiliser les citoyens de l'UE aux incidences d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool sur la santé, en particulier aux effets de l'alcool sur les fœtus, à ses conséquences pour les personnes n'ayant pas atteint l'âge légal pour en consommer et à ses répercussions sur le travail et la conduite d'un véhicule.

5.4.1. Justification de l'action

Les citoyens ont le droit d'obtenir des informations utiles concernant les effets de l'alcool sur la santé, et notamment les risques et conséquences liés à une consommation nocive et dangereuse, ainsi que des informations plus détaillées sur les ingrédients ajoutés pouvant nuire à la santé de certains groupes de consommateurs. Il semblerait que chez les personnes âgées (de plus de 45 ans, en fonction des différences entre les individus et les sexes), une consommation modérée d'alcool offre une certaine protection contre les maladies coronariennes.

5.4.2. Bonnes pratiques

Les choix de mode de vie à un jeune âge prédéterminent la santé du futur adulte. Les enfants et les jeunes – ainsi que leurs parents – constituent donc un important groupe cible pour les interventions d'éducation et de sensibilisation à la santé. Des programmes généraux d'éducation à la santé et d'acquisition des aptitudes à la vie quotidienne, mis en œuvre efficacement, qui débutent dans la petite enfance et se poursuivent idéalement tout au long de l'adolescence, peuvent accroître la prise de conscience et avoir des effets sur les comportements à risque. De telles interventions devraient porter à la fois sur les facteurs de risque, comme la consommation d'alcool pendant les périodes à risque telles que l'adolescence, et sur les facteurs de protection, à savoir les changements de mode de vie et de comportement.

Des campagnes médiatiques — telles que la campagne Euro-Bob financée par la Communauté, qui vise à prévenir la conduite sous l'influence de l'alcool — peuvent servir à informer et sensibiliser les citoyens ainsi qu'à appuyer les interventions des pouvoirs publics.

5.5. Créer, étoffer et tenir à jour un ensemble de données commun

Objectifs

Objectif 10: obtenir des informations comparables sur la consommation d'alcool, en particulier chez les jeunes; définitions relatives à une consommation nocive et dangereuse, aux habitudes de consommation, et aux effets sociaux et sanitaires de l'alcool; et informations sur les incidences des mesures prises par les pouvoirs publics dans ce domaine et sur les conséquences de la consommation d'alcool sur la productivité et le développement économique.

Objectif 11: évaluer les effets des initiatives prises sur la base de la présente communication.

5.5.1. *Justification de l'action*

Des systèmes de recherche et d'information sont cruciaux pour la mise au point et l'exécution d'actions efficaces aux niveaux communautaire, national et local, afin de pouvoir, d'une part, prévenir une consommation nocive et dangereuse et, d'autre part, mieux évaluer les effets d'une consommation modérée d'alcool. Il est aussi absolument nécessaire de disposer de définitions communes des notions de consommation ponctuelle immodérée ainsi que de consommation nocive et dangereuse d'alcool, notamment pour suivre l'évolution des habitudes de consommation des jeunes.

5.5.2. *Mesures nécessaires*

Outre les travaux en cours concernant les indicateurs de santé de la Communauté européenne, les services de la Commission ont mis en évidence la nécessité d'élaborer une définition normalisée pour les données relatives à la consommation d'alcool et aux dommages liés à l'alcool, d'entreprendre des recherches en vue d'estimer les coûts et avantages des différentes options stratégiques, d'effectuer des enquêtes comparatives européennes régulières, et de combler les lacunes dans la recherche sur la santé et les dommages sociaux en liaison avec la consommation d'alcool, sur les causes d'une consommation nocive et dangereuse d'alcool, ainsi que sur le rôle de cette dernière dans le creusement des écarts de santé entre groupes socio-économiques. En outre, il est nécessaire d'évaluer les différences dans les habitudes de consommation selon le pays, l'âge et le sexe.

En outre, il y a lieu d'effectuer de nouvelles études en vue d'évaluer l'efficacité d'actions et interventions telles que celles proposées dans la présente communication.

6. TROIS NIVEAUX D'ACTION

La problématique de l'alcool relève essentiellement des politiques nationales et de la compétence des États membres. Par ailleurs, la Communauté encourage la coopération et la coordination entre les États membres et apporte son soutien à leur action. Pour compléter ces initiatives nationales, la Commission met en œuvre des politiques dans le domaine des dommages liés à l'alcool, notamment au travers du programme de santé publique et du programme-cadre de recherche. On compte donc trois niveaux d'action: le niveau national, la coordination des politiques nationales à l'échelon communautaire, et les actions menées par la Commission en vertu de ses prérogatives. Dans ce contexte, le rôle de la Commission consiste essentiellement: 1) à informer et sensibiliser les citoyens concernant les grands problèmes de santé publique aux niveaux communautaire et national, et à coopérer avec les États membres dans les mesures prises pour y faire face, 2) à amorcer des actions à l'échelon communautaire lorsque celles-ci rentrent dans son domaine de compétence, notamment au moyen de programmes sectoriels et 3) à soutenir des actions nationales et à contribuer à leur coordination, en particulier par l'identification et la diffusion de bonnes pratiques dans toute l'Union européenne.

6.1. Action de la Commission européenne

Dans le domaine de la santé publique, la Communauté a pour rôle de compléter les efforts des États membres, de fournir une valeur ajoutée à leurs actions et, surtout, de se pencher sur les questions que les États membres ne peuvent résoudre efficacement à eux seuls. La

Commission accordera un degré de priorité élevé aux actions poursuivant les objectifs suivants:

- Soutenir, au moyen du programme de santé publique, des projets qui contribuent à réduire les dommages liés à l'alcool dans l'Union européenne, en particulier ceux dont les enfants et les jeunes sont victimes, et suivre les interventions en vue d'évaluer leur efficacité. *(concerne les objectifs 1 à 11 de la section 5)*
- Soutenir, au moyen du programme de santé publique et d'autres structures existantes, la création d'un système de définitions souples, mais normalisées, pour les données relatives à l'alcool, la conduite d'enquêtes comparatives régulières sur la consommation d'alcool, en particulier via l'Enquête par entretien sur la santé en Europe et des enquêtes complémentaires (à réaliser dans le cadre du Système européen d'enquêtes de santé et du Système statistique européen), et la mise au point d'indicateurs de santé pour suivre et évaluer les développements. Des informations comparables sur l'alcool seront publiées sur le site web Europa lié au portail Santé. *(objectifs 9 à 11)*
- Soutenir le suivi des habitudes de consommation des jeunes et des dommages qui en résultent, un accent particulier étant mis sur la hausse de la consommation d'alcool chez les filles et sur l'augmentation de la consommation ponctuelle immodérée. *(objectifs 1, 3, 4, 6, 7, 9)*
- Élaborer, en coopération avec les États membres et les parties prenantes, des stratégies visant à réduire la consommation d'alcool avant l'âge légal. Cette coopération prendrait la forme d'échanges de bonnes pratiques concernant des questions telles que la vente et le service, les pratiques commerciales irresponsables, et l'image de consommation excessive d'alcool véhiculée par les médias et par des modèles d'émulation, et pourrait être renforcée dans le cadre du forum Alcool et santé visé au point 6.3.1. et de la mise en œuvre du Pacte européen pour la jeunesse³¹. *(objectifs 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8)*
- Soutenir les efforts déployés par les États membres et les parties prenantes pour mettre au point des programmes d'information et de sensibilisation concernant les effets d'une consommation nocive d'alcool et des modes de consommation responsable. *(objectifs 1 à 9)*
- Étudier, en coopération avec les États membres et les organisations professionnelles, la possibilité de mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation spécifiques ou des initiatives similaires pour s'attaquer aux dommages liés à l'alcool sur le lieu de travail. Il convient, dans ce contexte, de poursuivre l'échange de bonnes pratiques spécifiques, éventuellement en liaison avec d'autres initiatives pilotées par la Commission, comme celles concernant la responsabilité sociale des entreprises. *(objectifs 1 à 9)*
- Soutenir la participation d'organisations compétentes dans le domaine de la santé sur le lieu de travail, par exemple l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, compte tenu de l'importance de certaines de ses initiatives, comme la «Healthy Workplace

³¹ Dans sa communication « Politiques européennes de la jeunesse : répondre aux préoccupations des jeunes Européens – Mise en œuvre du Pacte européen pour la jeunesse et promotion de la citoyenneté active » du 30 mai 2005, la Commission confirme l'importance de veiller à la santé des jeunes. La consommation d'alcool chez les jeunes est l'un des domaines d'action cités.

Initiative», qui vise à fournir aux employeurs et aux travailleurs un accès aisé à des informations sur la manière d'améliorer leur environnement professionnel en étant en meilleure santé et en devenant plus productifs. (*objectifs 1 à 9*)

- Étudier, en coopération avec les États membres et les parties prenantes, l'utilité de mettre au point des approches communes efficaces dans l'ensemble de la Communauté pour fournir des informations adéquates aux consommateurs. De telles réflexions sont particulièrement importantes étant donné que certains États membres prévoient d'introduire des étiquettes d'avertissement (par exemple sur la consommation d'alcool pendant la grossesse) et qu'un débat est en cours, d'une manière plus générale, sur les meilleures pratiques en matière d'éducation des consommateurs. (*objectifs 1, 3, 4, 6, 7, 9*)
- Faire rapport, notamment sur la base des informations transmises par les États membres, sur la mise en œuvre des mesures prises pour s'attaquer à la consommation nocive et dangereuse d'alcool, telles que celles décrites dans la présente communication, et sur les effets de la stratégie communautaire exposée ici. (*objectif 11*)

En outre, le 7^e programme-cadre de recherche (2007-2013) proposé – en particulier sous le thème «santé» du programme spécifique «Coopération» proposé – offrira des possibilités d'examiner la manière dont la recherche au niveau européen confère de la valeur à une stratégie communautaire destinée à soutenir les États membres dans leurs efforts en vue de réduire les dommages liés à l'alcool. En vue d'étayer les meilleures mesures en matière de santé publique et d'orienter une élaboration intégrée des politiques vers la prévention de l'abus d'alcool, les domaines de recherche envisageables sont les suivants:

- travaux portant sur la consommation d'alcool par les jeunes (tendances, déterminants);
- lien entre consommation nocive d'alcool/habitudes de consommation et dommages sanitaires, sociaux et économiques connexes (concerne les objectifs 1 à 10 de la section 5);
- autres facteurs ayant un impact sur la société (concerne les objectifs 1 à 10 de la section 5).

6.2. Subsidiarité: cartographie des actions mises en œuvre par les États membres

6.2.1. Action nationale

La plupart des États membres ont mis en place des dispositions législatives et des politiques en matière de consommation nocive et dangereuse de boissons alcoolisées. En outre, en 2005, quinze États membres ont signalé l'adoption de plans d'action nationaux ou la mise en place d'organismes de coordination pour la politique en matière d'alcool. L'éventail des mesures mises en œuvre par les États membres est très large et englobe des questions telles que l'éducation, l'information des consommateurs, l'organisation de contrôles routiers, la vente de licences pour les boissons alcoolisées, ainsi que la fixation des niveaux de taxation de l'alcool³².

³² Les taux d'accises minimaux sont établis dans la directive 92/84/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées. S'ils le jugent approprié, les États membres sont libres de fixer des taux nationaux à des niveaux supérieurs tenant compte d'autres politiques, telles que la politique de la santé.

Les mesures spécifiques adoptées par les États membres pour réduire les dommages liés à l'alcool en vue de protéger la santé publique sont fondées sur leurs contextes culturels respectifs. La cartographie de certaines actions menées dans le cadre des politiques nationales peut faciliter la diffusion des bonnes pratiques. Chaque mesure doit être examinée au cas par cas; toutes devraient reposer sur des données factuelles, et être proportionnées et mises en œuvre de manière non discriminatoire. Parmi les mesures nationales en cours d'exécution dans les États membres, on peut citer les exemples suivants:

- Action ayant pour but d'améliorer l'information du consommateur, au point de vente ou sur les produits, sur les incidences de l'abus d'alcool sur la santé et la qualité du travail. Dans le cadre de l'information du consommateur, certains États membres ont mis en place ou envisagent de mettre en place un étiquetage destiné à protéger les femmes enceintes et les enfants à naître. D'autres actions visent à fournir des informations facilement compréhensibles sur le degré alcoolique et une consommation modérée d'alcool. (*objectifs 1 à 9*)
- Action axée sur un respect plus strict des limites d'âge fixées pour les personnes auxquelles on peut vendre et servir de l'alcool. De telles actions se révèlent plus efficaces lorsque l'ensemble des parties prenantes, les parents et les jeunes y sont associés. Étant donné que l'alcool est mal métabolisé à un jeune âge, le réexamen de l'âge minimal requis pour les personnes auxquelles on peut vendre et servir tout type de boisson alcoolisée semble être une solution envisagée par certains États membres, en particulier ceux où l'âge minimal est actuellement inférieur à 18 ans. (*objectifs 1, 4, 6, 7, 8*)
- Il est avéré que les interventions et programmes d'éducation renforcent la capacité des jeunes et de leurs parents à faire face aux problèmes d'alcool et aux comportements à risque. Ces interventions pourraient cibler tant les facteurs de risque que les facteurs de protection, en vue de favoriser des changements de comportement effectifs chez les enfants et les adolescents, et pourraient être menées dans les écoles et d'autres environnements appropriés. Pour accroître leur efficacité, il conviendrait d'y associer activement les jeunes et toutes les autres parties prenantes concernées. (*objectifs 1, 2, 4, et 6 à 9*)
- Instauration et application de règles interdisant de servir de l'alcool aux personnes ivres, ainsi que de systèmes efficaces de licences pour la vente de produits alcoolisés et l'adoption d'une attitude responsable par les personnes qui en servent, conformément à leurs contextes et ordres juridiques nationaux respectifs. (*objectifs 1 à 7, et 9*)
- Instauration d'un taux d'alcoolémie zéro pour les conducteurs jeunes ou inexpérimentés ainsi que pour les conducteurs de transports en commun et de véhicules commerciaux, en particulier ceux qui transportent des produits dangereux. (*objectifs 4 à 6*)
- Élaboration d'un cadre permettant de réaliser des alcootests (aléatoires) sans restriction auprès de tous les conducteurs, application de mesures visant à lutter contre l'ivresse au volant et prise de sanctions dissuasives à l'encontre de tous ceux conduisant avec un taux d'alcool dans le sang supérieur à la limite fixée et, en particulier, des récidivistes. (*objectifs 4 à 7, et 9*)
- Mesures spécifiques relatives aux problèmes posés par la consommation d'alcool sur le lieu de travail et à proximité de celui-ci. (*objectifs 2 à 6*)

- Affectation des ressources nécessaires, dans le secteur des soins de santé primaires, aux conseils et traitements concernant une consommation dangereuse et nocive d'alcool, afin de former les professionnels de la santé et de donner un degré de priorité élevé à la prévention de l'abus d'alcool sur les lieux de travail, aux activités de conseil auprès des enfants de familles qui connaissent des problèmes d'alcool, ainsi qu'aux actions d'éducation et de sensibilisation destinées à protéger les enfants à naître. (*objectifs 2 à 9*)
- Mise en place de programmes de recherche et de suivi sur l'alcool financés par les pouvoirs publics. (*objectifs 7 à 11*)

6.2.2. Action locale

Les stratégies nationales pourraient gagner en efficacité en s'appuyant sur des activités locales et de proximité. En outre, une action locale associant diverses parties prenantes se révèle essentielle pour soutenir la stratégie exposée dans la présente communication. Par exemple:

- On pourrait recourir à des méthodes pédagogiques actives pour dissuader les adolescents de commencer à faire l'expérience d'une consommation nocive d'alcool. (*objectifs 1, 6, 7, 9*)
- Il pourrait exister, dans tous les lieux de travail, une politique visant à prévenir les dommages liés à l'alcool, notamment sous la forme de campagnes d'information et/ou de sensibilisation, et à apporter une aide et des soins spécialisés aux salariés qui ont des problèmes d'alcool. (*objectifs 5 à 9*)
- Les organisations de jeunes et de la société civile devraient réfléchir à la manière dont elles peuvent contribuer à réduire les dommages liés à l'alcool. (*objectifs 1 à 9*)
- Les communautés locales pourraient contribuer à la prévention et promouvoir des stratégies destinées à protéger les citoyens des dommages liés à l'alcool. (*objectifs 1 à 9*)

6.3. Coordination des actions au niveau communautaire

La compétence de l'Union européenne en matière de santé ne se limite pas à certaines actions dans le domaine de la santé publique. Chaque fois que c'est possible, la Commission s'efforcera d'améliorer la cohérence entre les politiques qui ont des incidences sur les dommages liés à l'alcool. Plusieurs mécanismes garantissent actuellement la prise en compte de la santé dans d'autres domaines d'action de la Communauté, conformément à l'article 152, paragraphe 1, du traité CE.

6.3.1. Forum Alcool et santé

La Commission créera d'ici juin 2007 un forum Alcool et santé sur le modèle de la plateforme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé. Ce forum rassemblera des experts de différentes organisations intéressées et des représentants des États membres, ainsi que d'autres institutions et organismes de l'UE. L'objectif global de ce forum sera de soutenir, d'enrichir et de suivre la mise en œuvre de la stratégie exposée dans la présente communication. Le Forum Alcool et santé pourrait, s'il y a lieu, constituer des sous-groupes sur des sujets particuliers tels que la recherche, la collecte d'informations et de données, et l'éducation. (*objectifs 1 à 11*)

6.3.2. *Ivresse au volant*

Afin de mieux coordonner les activités visant à réduire le nombre d'accidents de la route liés à l'alcool et tout particulièrement en vue de combattre l'ivresse au volant, la Commission améliorera la coordination entre les mesures de lutte contre l'ivresse au volant et les actions de sécurité routière, y compris celles soutenues par le programme de santé publique et le plan d'action en matière de sécurité routière. Une attention particulière sera accordée aux conducteurs jeunes et débutants. (*objectifs 4, 6, 7*)

6.3.3. *Communication commerciale*

La législation communautaire régleme déjà certains aspects de la communication commerciale, et certains instruments font actuellement l'objet d'un réexamen et d'une actualisation. En outre, on sait avec de plus en plus de certitude quels sont les types de bonnes pratiques en matière d'autorégulation qui contribueront à créer des paramètres de comportement efficaces pour les publicitaires et, partant, à aligner les pratiques publicitaires sur les attentes sociales³³. Les services de la Commission agiront de concert avec les parties prenantes pour susciter un élan durable en faveur d'une coopération en matière de vente et communication commerciale responsables, y compris en présentant un modèle de consommation responsable d'alcool. Le principal objectif sera de soutenir les actions de l'Union européenne et des pouvoirs publics nationaux/locaux destinées à empêcher la commercialisation irresponsable de boissons alcoolisées et d'examiner régulièrement les tendances publicitaires et les sujets de préoccupation dans le domaine de la publicité, par exemple pour l'alcool.

Cet effort conjoint aura notamment pour but de parvenir à un accord avec les représentants de divers secteurs (hôtellerie, restauration et cafés, commerce de détail, producteurs, médias/publicité) sur un code de communication commerciale appliqué aux niveaux national et communautaire. Des points de référence pourraient être fixés pour l'application de codes/stratégies au niveau national.

Dans le cadre de cette approche, l'effet de codes d'autorégulation sur la consommation d'alcool par les jeunes et le respect de ces codes par les entreprises devront également faire l'objet d'un suivi. Des parties indépendantes seront invitées à contrôler l'exécution et les résultats des codes d'autorégulation par rapport aux points de référence fixés, ce qui permettra aux organismes de promotion de la responsabilité sociale d'adapter les objectifs en conséquence. (*objectifs 1 à 9*)

³³

La publicité pour les boissons alcoolisées à la télévision est régie par la directive « Télévision sans frontière » (directive 89/552/CEE du Conseil du 3 octobre 1989 visant à la coordination de certaines dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à l'exercice d'activités de radiodiffusion télévisuelle - JO L 298 du 17.10.1989, p. 23). La directive 2005/29/CE du Parlement européen et du Conseil du 11 mai 2005 relative aux pratiques commerciales déloyales porte sur les pratiques trompeuses et agressives, et sur les pratiques de vente fondées sur la contrainte (JO L 149 du 11.6.2005, p. 22). Concernant l'autorégulation, la table ronde sur la publicité organisée par les services de la Commission, qui réunissait plusieurs parties prenantes représentant de nombreux secteurs, a cerné certains éléments clés d'une stratégie efficace d'autorégulation, lesquels sont présentés dans le rapport disponible à l'adresse suivante :

http://ec.europa.eu/consumers/overview/draft_report_advertising_en.pdf.

7. CONCLUSIONS

Par la présente communication, la Commission, répondant à l'invitation que le Conseil lui a adressée en 2001, présente une stratégie globale visant à réduire les dommages liés à l'alcool en Europe à l'horizon fin 2012 et explique ce qui a déjà été fait aux niveaux national et communautaire, quels sont les domaines prioritaires dans lesquels il faut agir et comment la Commission peut continuer à contribuer aux efforts de lutte contre cet important problème de santé publique. La Commission propose que les États membres et les parties prenantes s'appuient sur la présente communication pour faire progresser leurs travaux, notamment dans le cadre du Forum Alcool et santé.

La Commission estime que sa principale contribution à la stratégie doit reposer sur l'approche existante, qui consiste à compléter les politiques et stratégies nationales dans ce domaine, et elle n'a donc pas l'intention de mettre en œuvre la stratégie par de nouvelles propositions législatives spécifiques. Elle fera rapport à intervalles réguliers sur l'application des mesures visant à s'attaquer à une consommation nocive et dangereuse d'alcool, telles qu'il est décrit dans la présente communication, ainsi que sur l'incidence de la stratégie de l'UE également exposée ici; pour ce faire, la Commission se fondera sur des rapports réguliers des États membres sur l'application des mesures appropriées.

Certaines actions existantes des États membres doivent être considérées comme des exemples de bonnes pratiques et ont fait la preuve de leurs effets. Il convient de renforcer ces actions, dans le respect des principes de subsidiarité et de meilleure réglementation, en vue d'atteindre l'objectif de cette stratégie. La Commission participera à la réalisation de cet objectif en jouant le rôle qui est le sien et qui consiste à compléter les efforts des États membres, à conférer une valeur ajoutée à leurs actions et à se pencher sur les questions que les États membres ne peuvent résoudre efficacement à eux seuls.