



EUROPE

**Comité régional de l'Europe  
Cinquante-cinquième session**

**Bucarest (Roumanie), 12–15 septembre 2005**

Point 6 c) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC55/BD/1  
19 août 2005  
54102  
ORIGINAL : ANGLAIS

**Rapport sur l'alcool dans la Région européenne de l'OMS**  
*Document de référence pour le Cadre de la politique  
en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*

Le présent document examine la situation dans la Région européenne de l'OMS en ce qui concerne la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool ; il comprend également un résumé de l'évaluation de la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005.

Ce document doit être rapproché du document EUR/RC55/11 (*Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*).



## Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction : une décennie d'élaboration de politiques en matière d'alcool.....	1
La consommation d'alcool en Europe.....	2
Consommation par habitant .....	2
L'alcool chez les jeunes .....	3
La charge sanitaire de l'alcool .....	6
La charge sociale de l'alcool.....	8
La politique à mener.....	8
Évaluation de la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005 .....	9
Les défis de l'avenir.....	10
Références .....	10



## Introduction : une décennie d'élaboration de politiques en matière d'alcool

1. En 1992, la Région européenne de l'OMS a été la première région de l'OMS à prendre l'initiative d'adopter un plan d'action régional sur l'alcool. Depuis lors, le Bureau régional a joué un rôle important de catalyseur et de facilitateur de l'élaboration de politiques et de la sensibilisation en matière de santé et de bien-être pour les questions liées à l'alcool dans les États membres. En 1994, un réseau d'homologues nationaux pour le Plan d'action, désignés par les différents États membres, a été créé et chargé d'échanger des informations d'expérience, de planifier des activités, d'évaluer des actions et de fournir un soutien international à des activités menées aux niveaux national et régional.

			
<p>1992 Le premier Plan d'action européen contre l'alcoolisme</p>	<p>1995 La Charte européenne sur la consommation d'alcool</p>	<p>1999 Le deuxième Plan d'action européen contre l'alcoolisme</p>	<p>2001 La Déclaration sur les jeunes et l'alcool</p>

2. L'année 1995 représente une importante étape pour le Plan d'action, grâce à la Conférence européenne « Santé, société et alcool », qui a eu lieu à Paris. C'était la première fois que l'OMS organisait une conférence paneuropéenne au cours de laquelle des ministres de la Santé et d'autres fonctionnaires de presque tous les États membres ont examiné une politique en matière d'alcool, ce qui représente l'une des questions les plus difficiles en matière de santé publique. Comment l'Europe pouvait-elle faire face aux problèmes de santé liés à l'alcool d'une façon réaliste, efficace et acceptable ? La conférence a débouché sur l'adoption à l'unanimité de la Charte européenne sur la consommation d'alcool (1). Cette charte présente aux États membres cinq principes éthiques et dix stratégies pour l'élaboration de politiques et programmes complets en matière d'alcool. Elle est également devenue un élément de base pour la phase suivante du Plan d'action. En 1999, le Comité régional a discuté de la nécessité de poursuivre l'action concernant alcool et a adopté à l'unanimité la deuxième phase du Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005 (2).

3. En 2001, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool a été convoquée ; elle portait sur des objectifs précis, des politiques et des activités de soutien pour les jeunes. En présence de sa Majesté la Reine Silvia de Suède, 37 ministres de la Santé, un vice-premier ministre, plusieurs ministres adjoints et secrétaires d'État, et plus de 100 jeunes sur un total estimé à plus de 600 participants de tous les États membres ont discuté des moyens d'améliorer la qualité de la vie des jeunes d'Europe en réduisant les méfaits de l'alcool. Les participants ont adopté la Déclaration sur les jeunes et l'alcool (3), qui a ensuite été approuvée par le Comité régional en septembre 2001, en tant que principal énoncé de la politique de la Région européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool.

4. Depuis l'adoption du deuxième Plan d'action, les États membres ont demandé de plus en plus instamment une assistance technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de stratégies nationales en matière d'alcool. De nombreuses ressources du Bureau régional ont été affectées à des actions visant à répondre à cette demande. En 2002, on a créé le Système européen d'information sur l'alcool (SEIA) (4), dont l'objet était de recueillir, d'analyser et de diffuser des informations sur des questions d'alcool présentant un intérêt pour la mise en œuvre du Plan d'action.

## La consommation d'alcool en Europe<sup>1</sup>

### Consommation par habitant

5. L'importance de la consommation d'alcool d'une population est un important déterminant de la santé et du bien-être social. Dans toute société, l'ampleur des problèmes liés à l'alcool tend à augmenter et à baisser parallèlement aux augmentations et aux diminutions de la consommation d'alcool. Globalement, cette dernière semble être stable dans la Région, mais cela cache le fait que les différences très importantes dans la consommation par habitant entre les pays de la Région européenne de l'OMS se sont réduites au cours des dernières décennies. Il ressort des données disponibles que, si la consommation d'alcool a baissé dans les pays d'Europe méridionale qui boivent traditionnellement du vin, elle a atteint des sommets historiques dans une grande partie de l'Europe septentrionale et orientale, et reste élevée en Europe centrale. Traditionnellement, les républiques d'Asie centrale ont une consommation très faible. Cependant, les différences entre pays sont beaucoup moins marquées si l'on exclut les abstinentes des statistiques.

6. Il est difficile de déduire des données le niveau exact de la consommation totale d'un pays déterminé, de sorte que les comparaisons entre les pays sont souvent malaisées. Assez peu de pays ont procédé à des études pour estimer le niveau de la consommation non enregistrée, mais un groupe d'experts de l'alcool s'est efforcé d'estimer globalement l'ampleur de la consommation non enregistrée. Ses estimations indiquent que la population adulte de la Région européenne de l'OMS boit en moyenne 12,1 litres d'alcool pur par personne par an, soit plus du double de la consommation mondiale par habitant adulte (5,8 litres). Bien que les femmes ne représentent que 20 à 30 % de la consommation totale, il s'agit de la proportion la plus élevée du monde.

**Tableau 1. Caractéristiques de la consommation d'alcool par les adultes dans différentes sous-régions de la Région européenne de l'OMS en 2000 (moyennes pondérées en fonction de la population) (5,6,7).**

Sous-région de l'OMS <sup>a</sup>	Consommation totale <sup>b</sup>	% de la consommation non enregistrée <sup>c</sup>	% de buveurs excessifs <sup>d</sup>	% de buveurs chez les hommes	% de buveuses chez les femmes	Consommation par buveur <sup>e</sup>	Mode de consommation moyen <sup>f</sup>
Eur-A	12,9	10	15,7	90	81	15,1	1,3
Eur-B 1	9,3	40	9,9	77	57	14,3	2,9
Eur-B 2	4,3	51	4,5	54	33	9,9	3,0
Eur-C	13,9	38	18,6	89	81	16,5	3,6
Monde	5,8	40	5,1	60	32	12,3	2,5

a **Eur-A** : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Irlande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovénie, Suède, Suisse.

**Eur-B** : Albanie, Arménie\*, Azerbaïdjan\*, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizstan\*, Ouzbékistan\*, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Tadjikistan\*, Turkménistan\*, Turquie, Yougoslavie (\* = B2 ; autres pays = B1).

**Eur-C** : Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova, Ukraine.

b Consommation totale d'alcool estimée par résident âgé de 15 ans ou plus, en litres d'alcool pur (enregistrée et non enregistrée).

c Pourcentage de la consommation totale par habitant adulte dont il est estimé qu'elle n'est pas enregistrée.

d Pourcentage de consommation excessive (hommes  $\geq$  40 g et femmes  $\geq$  20 g) parmi les personnes âgées de 15 ans et plus.

e Consommation d'alcool totale estimée (en litres d'alcool pur) par buveur adulte âgé de 15 ans ou plus.

f Mode de consommation d'alcool moyen estimé (sur une échelle allant de 1 à 4, 4 correspondant au mode le plus nocif).

<sup>1</sup> Des indicateurs de la consommation d'alcool dans les pays se trouvent dans la base de données concernant la lutte contre l'alcool du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://data.euro.who.int/alcohol>, consulté le 17 août 2005).

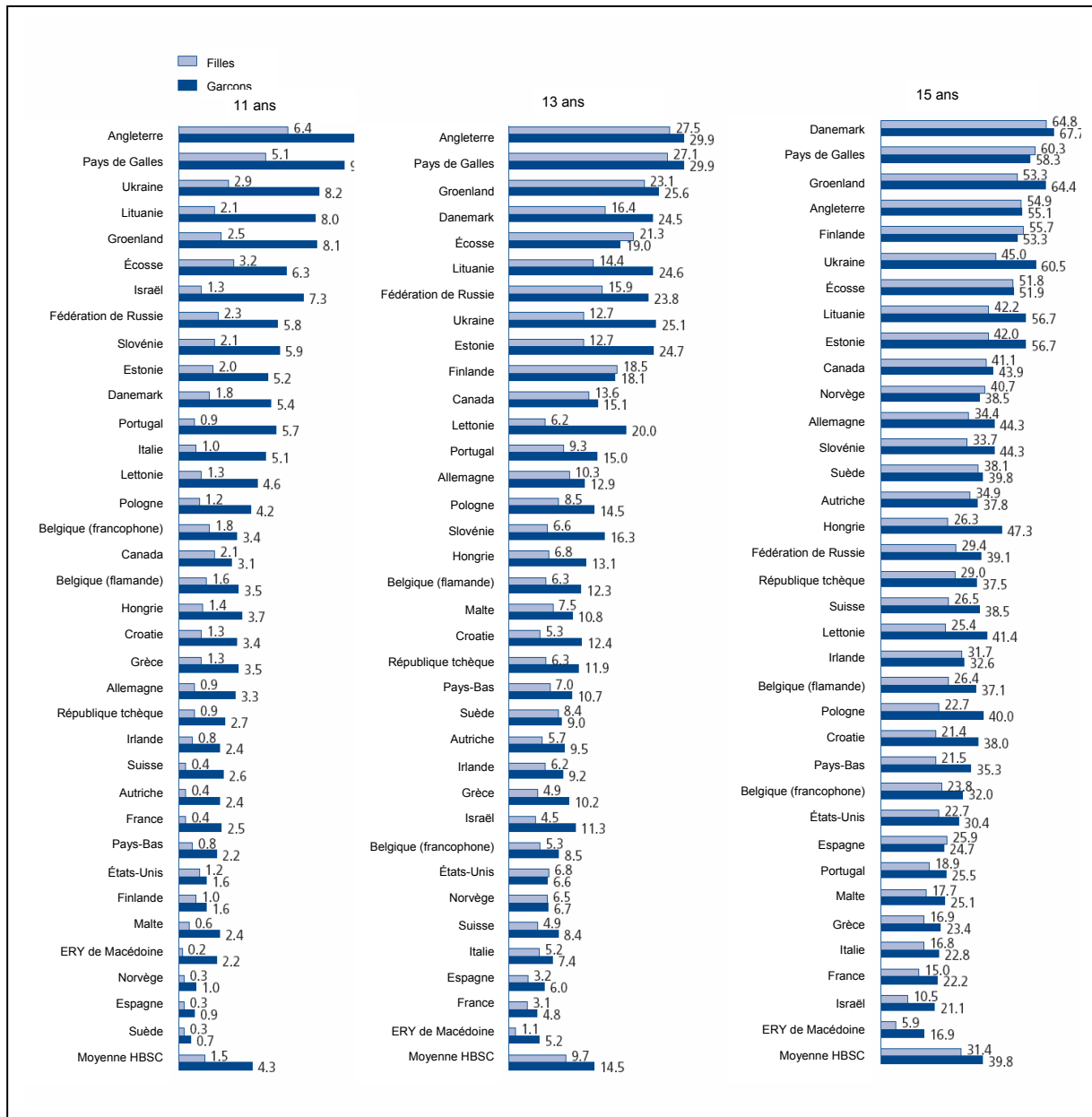
7. Outre la consommation totale d'alcool, les modes de consommation constituent également d'importants déterminants en matière de santé publique. Les différences de modes de consommation ont des incidences sur la mesure dans laquelle les taux de morbidité et de mortalité peuvent changer à la suite d'un changement donné de la consommation totale. Comme le tableau 1 l'indique, il existe d'importantes différences dans les modes de consommation entre les différentes parties de la Région européenne. Les travaux de recherche montrent que la Région se caractérise à la fois par les modes de consommation les plus nocifs et les moins nocifs du monde, sur la base du nombre de cas de consommation excessive et d'ivresse. La mesure dans laquelle les modes prédominants de consommation d'alcool sont nocifs augmente en général à mesure que l'on se déplace vers le nord et l'est de la Région.

### **L'alcool chez les jeunes**

8. La consommation d'alcool par les jeunes suscite des préoccupations particulières dans les pays de la Région européenne, comme cela ressort de la Déclaration ministérielle de l'OMS sur les jeunes et l'alcool, adoptée en 2001. Deux études de grande ampleur réalisées en Europe permettent de comparer la consommation d'alcool parmi les jeunes dans la Région. En 1982, le Bureau régional a procédé à l'enquête sur le comportement en matière de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC). Cette enquête est réalisée tous les quatre ans et la plus récente, qui porte sur la période 2001–2002, portait sur les enfants âgés de 11 à 15 ans de 35 pays dans la Région. La seconde étude est l'enquête sur l'alcool et la drogue dans les écoles européennes (ESPAD), qui examine la consommation d'alcool, le tabagisme et l'usage des drogues illicites chez les écoliers d'Europe âgés de 15 et 16 ans. L'enquête ESPAD a été réalisée en 1995, 1999 et 2003.

9. L'enquête HBSC de 2001/2002 montre que l'âge moyen du début de la consommation d'alcool est de 12,3 ans chez les garçons et 12,9 ans chez les filles dans les 35 pays. La première ivresse se produit en moyenne à l'âge de 13,6 ans pour les garçons et de 13,9 ans pour les filles. En ce qui concerne la consommation régulière d'alcool chez les jeunes, 5 % des enfants âgés de 11 ans, 12 % des enfants âgés de 13 ans et 29 % des enfants âgés de 15 ans déclarent qu'ils boivent de l'alcool chaque semaine (8).

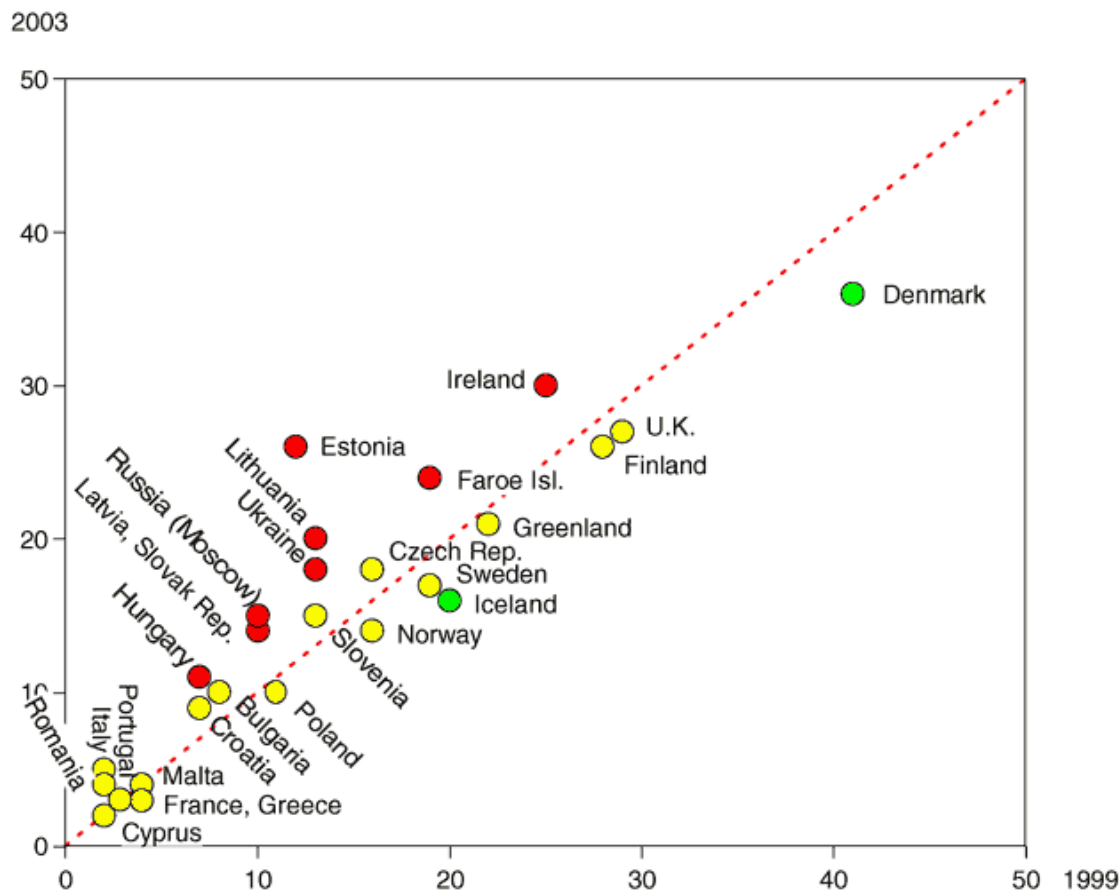
Figure 1. Pourcentage de jeunes qui ont déjà bu plusieurs fois.



Source : enquête HBSC (8).



**Figure 2. Évolution, de 1999 à 2003, de la proportion des écoliers âgés de 15 et 16 ans qui déclarent avoir été ivres 20 fois ou plus pendant leur existence. Les pays qui ont enregistré un plus grand nombre de cas d'ivresse en 2003 qu'en 1999 apparaissent au-dessus de la ligne pointillée. Plus haut un pays se situe, plus élevé est le nombre d'ivresses qui se sont produites parmi les jeunes en 2003.**



Source : ESPAD (9).

De gauche à droite au-dessus de la ligne

Roumanie  
Italie  
Portugal  
Croatie  
Hongrie  
Bulgarie  
Lettonie, Slovaquie  
Fédération de Russie (Moscou)  
Estonie  
Slovénie  
Ukraine  
Lituanie  
République tchèque  
Îles Féroé  
Irlande

Au-dessous de la ligne

Chypre  
France, Grèce  
Malte  
Pologne  
Norvège  
Suède  
Islande  
Groenland  
Finlande  
Royaume-Uni  
Danemark

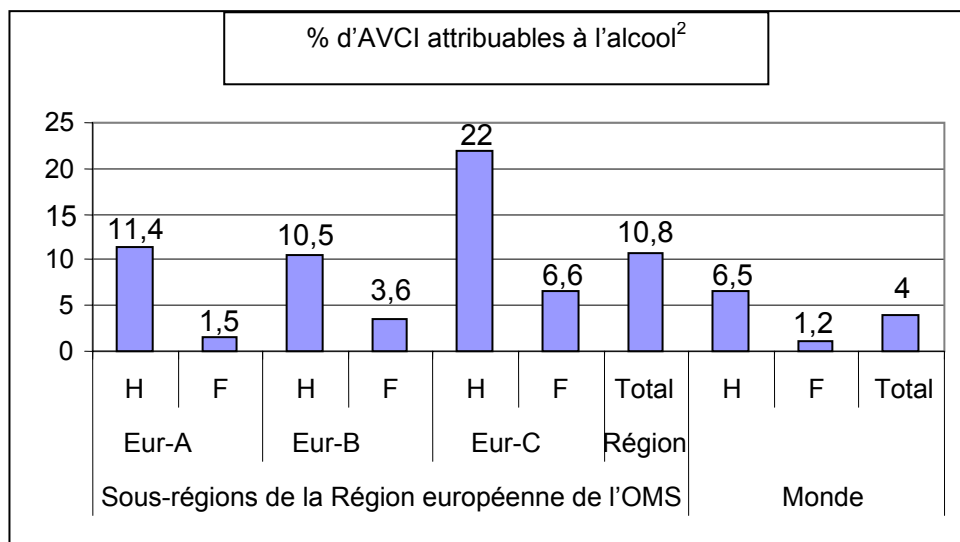
10. En ce qui concerne l'évolution de 1999 à 2003, l'enquête ESPAD montre que le nombre d'ivresses passées (ensemble de l'existence) des jeunes de la Région a augmenté ou est resté stable par rapport à 1999. Ce n'est que dans deux pays, le Danemark et l'Islande, qu'il s'est produit une baisse importante du nombre d'ivresses passées chez les jeunes pendant cette période. Ce nombre reste très élevé dans la partie occidentale de la Région et a atteint un niveau similaire dans la partie orientale. La tendance de l'ivresse chez les jeunes est également préoccupante dans la partie méridionale (9).

### La charge sanitaire de l'alcool

11. La consommation dangereuse et nocive de l'alcool va de pair avec des problèmes de santé et de comportement très divers. En outre, elle a des conséquences sociales, dans la mesure où elle influe sur la vie quotidienne et même la santé mentale des personnes qui vivent ou travaillent avec une personne alcoolodépendante et celles qui sont blessées ou harcelées par une personne ivre.

12. On estime que, dans le monde, l'alcool est à l'origine de 1,8 million de décès et de 4 % de la charge de morbidité (10). Cependant, dans la Région européenne, le chiffre pour 2002 était plus de deux fois plus élevé (10,8 %) et il est estimé que 600 000 personnes sont mortes prématurément à cause de l'alcool cette année-là (11). En conséquence, l'alcool était le troisième facteur de risque en importance sur les 26 facteurs de risque qui interviennent dans la charge de morbidité telle qu'elle est évaluée comparativement dans la Région européenne, dépassée uniquement par l'hypertension (1) et le tabagisme (2). Il existe également des différences frappantes entre les différentes parties de l'Europe. Alors que l'alcool ne représente que 1,5 % de la charge de morbidité parmi les femmes de certains pays de la partie occidentale de la Région, il représente pas moins de 22 % de la charge de morbidité chez les hommes dans certains pays d'Europe orientale.

**Figure 3. Maladies liées à l'alcool en pourcentage de l'ensemble des maladies, selon les mesures effectuées dans le cadre de l'initiative Charge de morbidité mondiale (12).**



13. La charge de morbidité liée à l'alcool est plusieurs fois plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes dans toutes les parties de la Région. Cependant, les femmes occupent une place plus importante parmi ceux qui sont blessés ou ont des problèmes sociaux en raison de la consommation d'alcool d'autres personnes. Contrairement à la plupart des autres facteurs de risque observés dans les

<sup>2</sup> AVCI : années de vie corrigées de l'incapacité : mesure conçue par l'étude de l'OMS sur la charge de morbidité mondiale pour estimer la charge qu'une maladie représente pour une population. Les AVCI se mesurent en termes de mortalité et de morbidité. La morbidité est pondérée compte tenu de la gravité de la maladie. Les AVCI sont la somme des années de vie perdues en raison d'une maladie et des années d'incapacité.

pays développés (tabagisme, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, etc.), l'alcool a des effets néfastes sur la santé relativement tôt dans la vie. L'alcool constituait le principal facteur de risque dans le groupe d'âge des 15–29 ans et il est estimé que 63 000 jeunes adultes Européens sont morts à cause de l'alcool en 2002.

**Tableau 2. Charge de morbidité liée à l'alcool, en milliers d'AVCI, en 2002 par catégorie de maladie.**

	Région européenne de l'OMS		Monde	
	Total	% des AVCI attribuables à l'alcool	Total	% des AVCI attribuables à l'alcool
Maladies maternelles et périnatales	14	0,1	111	0,2
Cancer	858	5,5	4 175	7,0
Affections neuro-psychiatriques	5 195	33,2	22 701	38,2
Affections vasculaires	1 169	7,5	3 693	6,2
Autres maladies non transmissibles	1 607	10,3	4 175	7,0
Blessures involontaires	4 867	31,1	17 044	28,7
Blessures volontaires	1 933	12,4	7 452	12,6
Total des AVCI attribuables à l'alcool	15 643	100,0	59 351	100,0
<b>% des AVCI attribuables à l'alcool</b>	<b>10,8</b>		<b>4</b>	

14. Le tableau 3 ci-après indique la part des décès liés à l'alcool dans l'ensemble des décès par sexe et par âge. Cette part est la plus élevée dans toutes les régions et pour les deux sexes dans le groupe d'âge des 15–29 ans (sauf dans le cas des personnes de sexe féminin dans l'Eur-B). En d'autres termes, l'alcool représentait le principal facteur de risque pour les jeunes adultes. Il s'agit également de la période pour laquelle aucun effet protecteur de l'alcool n'a été constaté.

**Tableau 3. Part des décès liés à l'alcool dans l'ensemble des décès dans les sous-régions européennes de l'OMS.**

	Âge en années					
	0–4	5–14	15–29	30–44	45–59	60–69
<b>Eur-A</b>						
Hommes	1,3 %	7,1 %	26,2 %	19,0 %	10,4 %	4,0 %
Femmes	0,8 %	3,5 %	10,1 %	8,6 %	6,4 %	0,3 %
<b>Eur-B</b>						
Hommes	0,7 %	4,0 %	23,1 %	18,5 %	13,0 %	9,6 %
Femmes	0,4 %	1,3 %	7,1 %	7,2 %	6,1 %	3,6 %
<b>Eur-C</b>						
Hommes	2,5 %	9,6 %	37,3 %	27,7 %	21,1 %	14,6 %
Femmes	1,2 %	5,2 %	19,1 %	15,1 %	11,5 %	5,9 %

15. Les récentes constatations épidémiologiques qui mettent en évidence un effet protecteur de l'alcool contre les cardiopathies lorsque la consommation est peu élevée sont souvent mal interprétées, dans la mesure où certains pensent à tort que cet effet favorable neutralise les effets néfastes de la consommation d'alcool. En fait, de récents calculs effectués pour l'étude de l'OMS sur la charge de morbidité mondiale montrent que, même lorsque les effets positifs d'une consommation modérée d'alcool sont pris en considération, les conséquences négatives restent très importantes. En outre, des études ont permis de conclure que, bien qu'il existe certains effets positifs d'une consommation modérée au niveau individuel, ils ne se traduisent pas par des tendances positives pour la population dans son ensemble (12).

## La charge sociale de l'alcool

16. Les travaux évaluant le rôle de l'alcool dans la charge de mortalité et de morbidité dans le cadre des estimations de l'OMS pour 2002 ont permis d'obtenir d'importantes informations nouvelles sur les problèmes de santé qui résultent de la consommation d'alcool. Cependant, il s'agit d'estimations qui ne portent que sur les problèmes de santé (y compris les traumatismes) et ne prennent donc pas en compte une grande partie des méfaits sociaux dus à la consommation d'alcool et des dommages causés aux autres personnes. En conséquence, les politiques qui réduisent les dommages liés à l'alcool permettent d'améliorer la santé et de sauver des vies de personnes qui boivent, mais ont également des conséquences plus larges sur la santé et le bien-être des familles, des communautés et de la société dans son ensemble.

17. Les estimations de la charge sociale de l'alcool sont beaucoup moins aisément disponibles et nettement moins complètes. Dans certains pays où les méfaits sociaux ont été estimés, la charge de morbidité liée à l'alcool était en fait moins importante que la charge sociale qui en résultait (13). Par conséquent, une politique efficace en matière d'alcool et d'autres interventions visant à réduire la charge de morbidité liée à l'alcool peuvent avoir des effets supplémentaires qui réduisent la charge sociale (14). Les problèmes sociaux résultant de la consommation d'alcool doivent être considérés comme tout aussi importants que les problèmes de santé. De ce fait, le Bureau régional, en collaboration avec le ministère de la Santé de Suède, a entrepris une étude sur le coût social de l'alcool.

## La politique à mener

18. Ces dernières années, nos connaissances sur les effets de certaines mesures de lutte contre l'abus d'alcool ont progressé de façon appréciable ; on sait mieux ce qui est efficace, mais également ce qui ne l'est pas. En conséquence, les pouvoirs publics sont beaucoup mieux en mesure qu'il y a 20 ans de faire reposer leur politique en matière d'alcool sur des informations factuelles. Une étude récente évalue 32 stratégies ou interventions en fonction de leur efficacité, de l'ampleur des travaux de recherche sur lesquels elles reposent, de la mesure dans laquelle elles ont été mises à l'épreuve de réalités interculturelles, et du coût relatif de leur mise en œuvre (7).

19. À une extrémité de l'éventail, on trouve des stratégies dont l'efficacité est avérée dans l'ensemble. Ces stratégies comprennent les politiques de lutte contre l'alcool, l'action contre la conduite en état d'ivresse et les interventions de courte durée destinées aux buveurs dangereux et nocifs. À l'autre bout de l'éventail, se trouvent une série de stratégies pour lesquelles il a été difficile de constater un effet positif direct sur le mode de consommation ou les problèmes d'alcool. Ces stratégies comprennent une action éducative dans les écoles, des messages d'intérêt général et une autoréglementation de la part de l'industrie de l'alcool. Ces stratégies ne doivent donc être utilisées que dans le cadre d'une stratégie globale visant à lutter contre les méfaits de l'alcool.

20. À plus long terme, il est nécessaire de mettre en œuvre des politiques et les programmes viables de lutte contre l'alcool qui réduisent les modes de consommation dangereux et nocifs, diminuent les quantités totales consommées, séparent la consommation d'alcool de certaines activités et situations telles que la conduite d'un véhicule ou d'une machine, le lieu de travail et la grossesse, et aident de façon appropriée les personnes qui ont des problèmes d'alcool et leur famille.

21. En raison de l'augmentation du nombre d'accords commerciaux et du développement de marchés communs et, plus généralement, de la mondialisation, les pouvoirs publics sont nettement moins en mesure d'utiliser certains des moyens les plus efficaces pour prévenir et réduire les problèmes liés à l'alcool conformément à leur propre culture. En conséquence, du point de vue de la santé publique, il est nécessaire de mener une action internationale concertée pour bien prendre conscience que l'alcool est une marchandise particulière en raison des dommages très importants qu'il peut causer.

## Évaluation de la mise en œuvre du Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005

22. Le Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005 énonce cinq objectifs principaux que les États membres doivent atteindre et énumère dix domaines, assortis de résultats et d'actions, en ce qui concerne l'élaboration de politiques nationales en matière d'alcool. En outre, il indique cinq domaines essentiels dans lesquels le Bureau régional doit aider activement les États membres lors du processus de mise en œuvre. Une évaluation du Plan d'action 2000–2005 a été réalisée grâce à une analyse des informations communiquées dans le cadre du Système européen d'informations sur l'alcool (SEIA) et d'une enquête menée auprès des homologues nationaux pour la politique en matière d'alcool.

23. La version la plus récente du SEIA a été conçue à l'occasion de la réunion annuelle des homologues nationaux pour la politique en matière d'alcool, à Stockholm, en avril 2005. Le SEIA contient maintenant des données provenant de 44 États membres. Une comparaison avec les données de 2000 montre que, pour la plupart des États membres, les politiques de lutte contre l'alcool n'ont guère changé au cours des cinq dernières années. En ce qui concerne les États membres de l'Union européenne, la situation globale se caractérise par une politique moins restrictive de lutte contre l'alcool depuis 2000. Cette analyse cache des différences entre États membres et ne met pas en évidence la sensibilisation et la préoccupation accrues que suscite la consommation d'alcool par les jeunes dans de nombreux pays européens.

24. Pour obtenir une représentation plus détaillée du niveau de mise en œuvre du Plan d'action dans les États membres, une enquête a été menée auprès des homologues nationaux pour la politique en matière d'alcool au cours du premier trimestre de 2005. Les homologues ont été interrogés au sujet du degré de mise en œuvre du Plan d'action au niveau national et de l'action du Bureau régional. Trente-six homologues ont répondu à cette enquête. Il importe de se souvenir que l'évaluation ne présente pas d'informations sur le niveau effectif de mise en œuvre ou les résultats, mais seulement sur ce que pensent les homologues en ce qui concerne les changements de la politique en matière d'alcool de 1999 à 2005 dans leur pays.

25. Globalement, les homologues font état d'une évolution vers une réalisation plus complète des objectifs du Plan d'action, mais il existe des différences énormes entre les pays et entre les sous-régions. Lorsque l'on examine la réalisation des résultats attendus dans les dix domaines du Plan d'action, le score le plus élevé est enregistré pour l'information et l'éducation, tandis que le score le plus bas est attribué à la réduction de la disponibilité de produits à base d'alcool. Or les informations factuelles indiquent que les stratégies visant à réduire la disponibilité de l'alcool figurent parmi les plus efficaces. Il est également à noter que la mise en œuvre des responsabilités du secteur des boissons alcooliques, telle qu'elle est décrite dans le Plan d'action, est jugée insatisfaisante par les homologues. L'augmentation signalée des activités du secteur en ce qui concerne les aspects sociaux de l'alcool n'a donc pas permis d'atteindre les objectifs du Plan concernant les efforts que le secteur doit accomplir pour réduire les méfaits de l'alcool.

26. Il a aussi été demandé aux homologues d'évaluer le rôle du Bureau régional, tel qu'il est prévu dans le Plan d'action. Le Bureau régional obtient le score le plus élevé pour sa fonction de centre d'information sur les questions liées à l'alcool. Il est manifeste que le Bureau régional a réussi à communiquer aux États membres des informations pertinentes sur les questions liées à l'alcool. La création du Système européen d'information sur l'alcool et la gestion et la mise à jour de la base de données de la Santé pour tous y contribuent de façon importante. Les scores les plus bas, mais toujours positifs, attribués au Bureau régional concernent son rôle de « conscience sanitaire » dans la Région et sa fonction de catalyseur de l'action, deux tâches très importantes dans le processus d'élaboration de politiques relatives à l'alcool.

## Les défis de l'avenir

27. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a joué un rôle important au cours des 20 dernières années en tant que catalyseur et facilitateur de l'élaboration de politiques et de défenseur de la santé et du bien-être en ce qui concerne les questions d'alcool dans les États membres. Deux plans d'action régionaux consécutifs (1992–2000 et 2000–2005) et deux conférences ministérielles, qui ont débouché sur la Charte européenne sur la consommation d'alcool (1995) et la Déclaration de Stockholm sur les jeunes et l'alcool (2001), ont offert des moyens de concevoir et de mettre en œuvre des mesures efficaces dans le domaine de l'alcool et ont par conséquent contribué à la politique de santé globale dans la Région.

28. Dans une grande partie de la Région européenne, l'alcool est une boisson familière qui rythme la semaine et l'on perd souvent de vue les graves problèmes sanitaires et sociaux qu'il cause, tant immédiatement qu'à plus long terme. Dans cette optique, l'analyse de l'OMS sur la charge de morbidité mondiale rappelle qu'il existe encore un important problème d'alcool dans la Région européenne. Si l'évolution négative du mode de consommation d'alcool qui a été constatée dans de nombreuses parties de la Région se poursuit, nous pouvons nous attendre à de nouvelles augmentations de la charge de morbidité liée à l'alcool dans les sous-régions européennes, même si les niveaux de consommation actuels n'augmentent pas.

## Références<sup>3</sup>

1. *Charte européenne sur la consommation d'alcool*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927\\_7? language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_7? language=French)).
2. *Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>).
3. *Déclaration sur les jeunes et l'alcool*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204\\_1? language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1? language=French)).
4. Système européen d'information sur l'alcool [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611\\_1](http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/20020611_1)).
5. Rehm J et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003, 9(4):147–156.
6. Rehm J et al. (sous la dir. de). Alcohol as a risk factor for burden of disease. In: Ezzati M et al. (sous la dir. de). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004:959–1108.
7. Babor T et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
8. Currie C et al. (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1)).
9. Hibell B et al. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm, Modin Tryck AB, 2004.
10. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>).

---

<sup>3</sup> Sites Web consultés le 17 août 2005.

11. Rehm J, Taylor, B. *Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European Region – implications for alcohol policy*. Réunion du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe sur la politique en matière d’alcool dans la Région européenne de l’OMS, Stora Brännbo (Suède), 13–15 avril 2005.
12. Global Burden of Disease project [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden>).
13. *Alcohol misuse in Scotland: trends and costs. Final report*. Northwood, Middlesex, Catalyst Health Consultants, 2001.
14. Room R et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research*, 2003, 9(4):165–175.