

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-treizième session

Gaborone, République du Botswana, 28 août-1^{er} septembre 2023

Point 12 de l'ordre du jour

**CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION MONDIAL CONTRE
L'ALCOOL 2022-2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. L'alcool est une substance psychoactive toxique dont la consommation peut entraîner une dépendance. L'expression « usage nocif de l'alcool » traduit à la fois une consommation d'alcool qui a des conséquences sociales et sanitaires néfastes pour le buveur, son entourage et la société en général, et les modes de consommation qui augmentent le risque d'issues sanitaires défavorables. L'usage nocif de l'alcool augmente par ailleurs le risque de développer plus de 200 maladies et traumatismes.

2. En 2010, le Comité régional a approuvé le document intitulé « Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS ». La stratégie élaborée en 2010 visait à contribuer à la prévention ou tout au moins à la réduction de l'usage nocif de l'alcool et des problèmes qui lui sont liés dans la Région africaine. Des progrès ont été réalisés, et jusqu'à 15 pays ont révisé ou élaboré leurs politiques en matière d'alcool. La consommation d'alcool par habitant a aussi diminué.

3. Un certain nombre de problèmes et de défis ont empêché de mener à bien la stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine, élaborée en 2010. On peut notamment citer : le manque de coordination multisectorielle, car seuls neuf pays se sont dotés d'une entité chargée de cette mission ; la législation limitée et la faible application des lois et des règlements ; la faiblesse des systèmes de soins de santé ; et l'ingérence de l'industrie de l'alcool, qui se manifeste par la diffusion non restreinte de publicités, par le parrainage d'activités sportives et destinées à la jeunesse et par l'intrusion de cette industrie dans le processus d'élaboration de politiques. La toxicomanie est un problème croissant dans la Région lié entre autres à l'usage nocif de l'alcool.

4. Le présent cadre s'appuie sur la précédente stratégie régionale, tout en s'inspirant du Plan d'action mondial contre l'alcool pour renforcer la mise en œuvre de la stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (WHA75(11), 2022). Le cadre proposé a pour but de réduire très sensiblement la morbidité et la mortalité dues à l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine. Ses objectifs s'articulent comme suit : i) accroître la conception et l'application d'options et d'interventions hautement efficaces dont le but est de réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine ; ii) renforcer l'action multisectorielle par une gouvernance efficace, un engagement politique, un leadership, un dialogue et une coordination accrues ; iii) développer la capacité des systèmes de santé et de protection sociale en ce qui concerne la prévention et le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool en tant que partie intégrante de la couverture sanitaire

universelle et conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à ses objectifs de santé ; iv) sensibiliser le grand public aux risques liés à la consommation excessive de l'alcool, aux méfaits de l'alcoolisme et à ses répercussions sur la santé et sur le bien-être des individus, des familles, des communautés et des nations ; v) renforcer les systèmes d'information et la recherche dans le cadre du suivi de la consommation d'alcool, des méfaits de l'alcool, de leurs déterminants et des facteurs susceptibles de les modifier, ainsi que les politiques mises en œuvre à tous les niveaux ; et vi) accroître la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de mesures appropriées et soutenues visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, à tous les niveaux. Parmi les principes directeurs du présent cadre figurent l'adoption d'une approche fondée sur des données probantes, les droits humains, l'équité, l'action multisectorielle et les étapes de la vie, l'autonomisation des personnes et des communautés et leur protection contre les intérêts commerciaux.

5. Les interventions et mesures prioritaires proposées comprennent l'institution de mécanismes de coordination multisectorielle susceptibles d'encadrer l'application des politiques en matière d'alcool ; l'élaboration de politiques multisectorielles visant à réduire les méfaits de l'alcool, couplée à l'élaboration d'une législation ou à la révision de la législation existante. Les interventions de politique générale contre l'usage nocif de l'alcool sont, entre autres : la réduction de l'accessibilité économique, de l'acceptabilité et de la disponibilité de l'alcool ; le renforcement du secteur de la santé pour faire face aux troubles liés à la consommation d'alcool ; et l'application de mesures de lutte contre l'alcool au volant. Une recommandation est faite d'élaborer une stratégie destinée à lutter contre l'usage sans cesse accru des drogues et à remédier à d'autres conduites addictives dans la Région africaine de l'OMS.

6. Le Comité régional a examiné et adopté les mesures proposées dans le présent cadre de mise en œuvre.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1-4
SITUATION ACTUELLE.....	5-11
ENJEUX ET DÉFIS	12-20
VISION, BUT, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES	21-26
PRINCIPES DIRECTEURS	27-33
INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES	34-49
MESURES PRISES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL.....	50

INTRODUCTION

1. L'alcool est une substance psychoactive aux propriétés dépendogènes. La consommation d'alcool est profondément ancrée dans le paysage social de nombreuses sociétés. La notion d'« usage nocif de l'alcool » renvoie à une « consommation d'alcool qui a des conséquences sociales et sanitaires néfastes pour le buveur, son entourage et la société en général ».¹ L'usage nocif de l'alcool est à l'origine de 5,1 % de tous les décès survenus dans la Région africaine,² où la consommation de drogues est en augmentation, tout comme les troubles liés à la consommation de drogues.³

2. En 2010, le Comité régional a approuvé le document intitulé « Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS », qui visait à contribuer à la prévention ou tout au moins la réduction de l'usage nocif de l'alcool et des problèmes connexes dans la Région africaine.⁴ Des progrès ont été réalisés depuis 2010. En effet, sept États Membres révisent leurs politiques en matière d'alcool devenues obsolètes⁵ et des politiques relatives à l'alcool sont en cours d'élaboration dans sept autres États Membres qui en étaient dépourvus.^{6,7} La consommation d'alcool par habitant n'a cependant pas changé entre 2005 et 2016 et se situe toujours à 6,3 litres. La consommation d'alcool par habitant a diminué de 24 % dans la population générale, passant de 6,3 litres en 2016 à 4,8 litres en 2019.⁸

3. Compte tenu de la lenteur dans la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, le Conseil exécutif a adopté à sa cent quarante-sixième session une décision concernant l'accélération de l'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Sur la base de cette décision, la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030 afin de renforcer l'application de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et à intensifier l'action en faveur de l'atteinte des objectifs de développement durable.

4. Le présent cadre régional est une version actualisée de la stratégie régionale existante, qui a été adoptée il y a 13 ans. Le cadre régional traduit dans les faits les nouveaux points d'intervention du Plan d'action mondial contre l'alcool, et répond aux défis rencontrés dans la mise en œuvre des activités visant à réduire les méfaits de l'alcool dans la Région. Le cadre tient également compte du rapport mondial sur les drogues 2023, ainsi que de la progression rapide de la consommation des drogues et des troubles connexes dans la Région.

SITUATION ACTUELLE

5. On estime qu'en 2019, la consommation d'alcool par habitant dans le monde, mesurée en termes de litres d'alcool pur consommés par une personne âgée de 15 ans ou plus, était de 5,8 %, ce qui équivaut à une baisse relative de 5 % par rapport à 2010 (où le taux était de 6,1 %).⁹ Au niveau mondial, il existe un lien de cause à effet entre l'alcool et plus de 200 maladies et traumatismes tels que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le suicide, les maladies hépatiques, les accidents de la route et la violence, et des maladies transmissibles comme la tuberculose et le

¹ Plan d'action mondial de l'OMS contre l'alcool 2022-2030 (disponible à l'adresse https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-fr.pdf, consulté le 10 décembre 2022).

² OMS (2018). Alcool et santé.

³ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. World Drug Report 2023 (disponible à l'adresse [World Drug Report 2023 \(unodc.org\)](https://www.unodc.org/wdr2023/), consulté le 3 juillet 2023).

⁴ Région africaine de l'OMS (2010). Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS.

⁵ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Cabo Verde, Madagascar, République centrafricaine et Seychelles.

⁶ Angola, Botswana, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria et Ouganda.

⁷ Organisation mondiale de la Santé. Système mondial d'information sur l'alcool et la santé (GISAH).

⁸ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé.

⁹ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé.

VIH/sida.¹⁰ Entre 2011 et 2021, le nombre de troubles liés à la consommation de drogues a augmenté de 45 % dans le monde.¹¹

6. La Région africaine affiche un niveau élevé d'abstinents à vie (57,5 %).¹² Cependant, les personnes qui boivent de l'alcool en consomment en grande quantité, ce qui a des effets néfastes sur les consommateurs eux-mêmes et sur la société tout entière. La consommation totale d'alcool par habitant a certes diminué dans la Région africaine, mais on constate aussi qu'elle est passée de 17,2 litres en 2010 à 18,4 litres en 2016.¹³ En Afrique, les drogues les plus consommées sont les opioïdes (à 37 %) et le cannabis (à 36 %). Le cannabis est la principale drogue qui fait l'objet de préoccupation majeure pour les personnes sous traitement ; son usage est d'ailleurs très élevé en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Le cannabis est utilisé par environ 7 % de la population, et ce taux est en augmentation en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale où il atteint la barre de 10 %.¹⁴

7. Il est particulièrement inquiétant de constater la proportion des jeunes de 15 à 19 ans qui consomment de l'alcool, un taux estimé à 21,4 % en 2016,¹⁵ de même que la proportion des jeunes qui consomment de fortes quantités d'alcool de façon occasionnelle. Selon des estimations récentes (datant de 2018), la prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus est de 17,4 % dans la population générale et de 50,2 % chez les buveurs.¹⁶ En ce qui concerne les jeunes âgés de 15 à 19 ans, le taux de prévalence est de 12,7 % dans la population générale et de 55,1 % chez les buveurs.¹⁷ Cette situation est préoccupante non seulement dans la mesure où c'est en Afrique que l'on retrouve la population la plus jeune au monde,¹⁸ mais encore parce que les enfants ne devraient pas consommer d'alcool.

8. En 2016, la Région africaine de l'OMS affichait la charge de morbidité et de traumatismes imputable à la consommation d'alcool standardisée selon l'âge la plus élevée, avec un taux de 70,6 décès pour 100 000 habitants. Ce taux s'explique par la lourde charge de morbidité imputable à la tuberculose, aux maladies cardiovasculaires, aux affections digestives et aux traumatismes.¹⁹ Dans la Région africaine, l'on estime que 10 % des femmes en âge de procréer – âgées de 15 à 49 ans – consomment de l'alcool et que 3 % des femmes consomment de grandes quantités d'alcool de façon occasionnelle. La prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale est de 14,8 pour 10 000 habitants dans la Région africaine.²⁰

9. En ce qui concerne la restriction de la disponibilité, 35 des 47 États Membres disposent d'une législation ou d'une réglementation limitant l'achat d'alcool hors établissement.²¹ Trente-sept autres États Membres disposent de lois ou de règlements limitant l'âge du service à l'intérieur d'un

¹⁰ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé.

¹¹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. World Drug Report 2023 (disponible à l'adresse [World Drug Report 2023 \(unodc.org\)](https://www.unodc.org/wdr2023/), consulté le 3 juillet 2023).

¹² Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé.

¹³ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé.

¹⁴ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. World Drug Report 2023 (disponible à l'adresse [World Drug Report 2023 \(unodc.org\)](https://www.unodc.org/wdr2023/), consulté le 3 juillet 2023).

¹⁵ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé, page 50.

¹⁶ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé, page 49.

¹⁷ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé, page 53.

¹⁸ (<https://www.theworldcounts.com/populations/continents/africa>, consulté le 11 décembre 2022).

¹⁹ Rapport de situation mondial de l'OMS (2018) sur l'alcool et la santé, page 65.

²⁰ Popova s et al (2019). Epidemiology of Fetal Alcohol Spectrum disorders (disponible à l'adresse https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=epidemiology-of-fetal-alcohol-spectrum-disorder-svetlana-popova&Itemid=270&lang=es, consulté le 11 décembre 2022).

²¹ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Guinée équatoriale, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie, Zimbabwe.

établissement.²² Ces lois et règlements ne sont néanmoins pas appliqués de façon uniforme. Avec l'apparition de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – et les mesures prises pour y faire face –, la vente en ligne et la livraison à domicile de produits ont rendu beaucoup plus facile l'accès à l'alcool.

10. L'application de mesures de lutte contre l'alcool au volant constitue une stratégie efficace pour réduire l'usage nocif de l'alcool. L'étalon-or du seuil d'alcoolémie se situe entre 0,02 % et 0,05 %. Dans la Région africaine, 25 États Membres seulement sur 47 réalisent des tests aléatoires de dépistage du taux d'alcool limite.²³ Alors que 35 États Membres ont établi un taux d'alcool limite autorisé²⁴ permis par la loi, 12 d'entre eux seulement ont fixé ce taux limite à 0,05 % d'alcool dans le sang ou moins.²⁵

11. La Région africaine souffre d'une pénurie d'unités de traitement des troubles liés à l'usage de l'alcool et des drogues, avec des services de réadaptation très limités dans le secteur public, tandis que les établissements privés ne sont pas réglementés et ne sont disponibles que pour les personnes dont les revenus sont élevés. Les agents de santé, en particulier ceux qui travaillent dans les unités de soins intensifs, n'ont pas été formés au dépistage, à la réalisation d'interventions brèves ou à l'orientation-recours à des fins de traitement.

ENJEUX ET DÉFIS

12. **Le manque de politiques relatives à la drogue et à la lutte contre l'alcoolisme, ainsi que le manque de coordination intersectorielle.** Neuf États Membres seulement sur 47 disposent d'une entité de coordination centrale chargée de superviser la mise en œuvre de la politique relative à l'alcool.²⁶ Jusqu'à 29 États Membres²⁷ de la Région ne sont pas dotés de politiques en matière d'alcool, tandis que la Côte d'Ivoire et le Niger appliquent des politiques qui datent de 1964 et de 1983, respectivement. Les politiques de lutte contre la drogue sont distinctes des politiques relatives à l'alcool.

13. **La réglementation limitée et très faible en ce qui concerne les lieux où l'alcool peut être vendu et les personnes à qui il peut être vendu.** L'alcool peut être très facilement acheté dans les supermarchés, dans les magasins des quartiers ou dans les stations-service. La vente d'alcool à des enfants n'est pas prohibée, et aucun contrôle n'est effectué quant à l'âge des personnes qui consomment de l'alcool. Cinq États Membres ont adopté une réglementation qui autorise les établissements à servir de l'alcool à des enfants de moins de 18 ans dans leurs locaux.²⁸ Vingt-huit États Membres seulement disposent de lois ou de règlements qui empêchent la vente illégale d'alcool.²⁹

²² Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.

²³ Angola, Bénin, Botswana, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

²⁴ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.

²⁵ Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Érythrée, Eswatini, Guinée équatoriale, Madagascar, Mali, Maurice, République démocratique du Congo.

²⁶ Angola, Bénin, Botswana, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée équatoriale, Madagascar, Malawi et République centrafricaine.

²⁷ Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

²⁸ Burkina Faso (13 ans), Congo (16 ans), Côte d'Ivoire (14 ans), Mali (15 ans), Tchad (16 ans).

²⁹ Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Mauritanie, Niger, Ouganda, République

14. **La faiblesse des systèmes de soins de santé en général.** L'état des systèmes de santé de la Région africaine a également une incidence sur les services de prise en charge des troubles liés à la consommation d'alcool et des drogues. Les traitements proposés par les établissements de santé publique se limitent à la prise en charge du sevrage aigu, souvent dans le cadre d'une hospitalisation en urgence. Une fois la phase du sevrage aigu terminée, peu de services de réadaptation sont proposés par les établissements publics. Cela entraîne des rechutes et les patients doivent être réadmis pour des soins intensifs de courte durée, une situation qui ne favorise pas leur rémission à long terme et coûte cher au système de santé.

15. **Le coût de la réadaptation élevé dans les établissements privés.** Les services publics de réadaptation ne sont pas disponibles à grande échelle dans les États Membres. Les services de réadaptation offerts par les établissements privés ne sont pas disponibles à grande échelle et coûtent très cher (entre 1000 et 15 000 dollars É.-U. par mois), et les soins de réadaptation durent de trois à six mois. Les centres de réadaptation privés se trouvent en majeure partie en Afrique du Sud (98), puis au Kenya (37).³⁰ Il n'existe pas non plus de normes ou de lignes directrices en matière de création et de fonctionnement des services de réadaptation. N'importe quel individu peut créer un centre de réadaptation, qu'il soit qualifié pour le faire ou non.

16. **Le brassage, la distillation et la vente illicites et informels d'alcool.** Des alcools locaux sont brassés pour la consommation locale et ne circulent généralement pas dans les systèmes nationaux qui enregistrent la consommation en se basant sur les ventes et les taxes. Par ailleurs, le caractère poreux des frontières et les différences constatées dans les politiques fiscales favorisent la contrebande d'alcool, ce qui représente un autre défi.

17. **L'ingérence de l'industrie de l'alcool.** Cette ingérence retarde et entrave l'adoption, par les parlements, de politiques relatives à l'alcool. L'industrie de l'alcool continue à faire de la publicité sans restriction, parraine des manifestations sportives et contribue même à la prestation de services de réadaptation en prenant le prétexte de la « responsabilité sociale d'entreprise ». ³¹ Des publicités pour boissons alcoolisées continuent d'être diffusées à des heures de pic d'audience à la télévision, y compris à des heures où des enfants, des adolescents ou de jeunes adultes pourraient être assis devant le petit écran.

18. **L'influence des recettes fiscales générées par l'alcool sur d'autres secteurs de l'État.** Cette influence est particulièrement visible en ce qui concerne le Ministère des finances et le Ministère du développement économique. Bien que des données factuelles prouvent que les effets nocifs de l'alcool dépassent largement les recettes fiscales générées par l'alcool, les bénéfices de la lutte contre l'alcool n'apparaissent qu'à long terme, soit 10 à 20 années plus tard, ³² tandis que les recettes fiscales générées par l'alcool sont immédiates et concrètes. Les gouvernements de la Région africaine disposent d'une assiette fiscale très restreinte et rechignent à approuver des politiques qui pourraient influencer sur les recettes fiscales générées par l'alcool.

19. **Le conditionnement de l'alcool dans des sachets et en petites quantités.** Cette forme de conditionnement rend l'alcool économiquement accessible pour les jeunes et les personnes à faibles

centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

³⁰ Commission de l'Union africaine (2023) – Réseau panafricain d'épidémiologie sur la consommation de drogues. Statistiques et tendances concernant la consommation de drogues illicites, les traitements pharmacologiques, la demande et l'offre de drogues illicites en Afrique, du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021 (Projet).

³¹ Babor TF, Robaina K, Brown K, et al: Is the alcohol industry doing well by 'doing good'? Findings from a content analysis of the alcohol industry's actions to reduce harmful drinking. *BMJ Open* 2018;8:e024325. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024325.

³² Ministère de la santé du Kenya (2022) : Mental Health Investment Case Report ; Ministère de la santé et des soins aux enfants du Zimbabwe (2022) : Zimbabwe Mental Health Investment Case Report (Draft) ; Ministère de la santé de l'Ouganda (2022) : Mental Health Investment Case Report (Draft).

revenus. Elle permet d'accroître l'accessibilité et la disponibilité des boissons alcoolisées pour les populations à faibles revenus, y compris les enfants et les adolescents.

20. **La hausse du trafic, de la culture et de la distribution de stupéfiants.** La Région est de plus en plus ciblée comme un point de transit du trafic de drogue, et des points de transit existent déjà en Afrique de l'Est, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, ainsi qu'en Afrique australe.³³ Cette intensification du transit s'accompagne d'une hausse des fuites vers les pays de la Région. Certains gouvernements encouragent aussi la culture de la « marijuana médicinale destinée à l'exportation »,³⁴ ce qui s'accompagne d'une consommation accrue de marijuana non médicinale.³⁵ La Région est encore ciblée par d'autres conduites addictives qui s'intensifient au demeurant, telles que les jeux en ligne et les jeux d'argent.³⁶

VISION, BUT, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES

21. **Vision :** une Région africaine exempte d'usage nocif de l'alcool.

22. **But :** réduire très nettement la morbidité, les handicaps et la mortalité causés par la consommation d'alcool dans la Région africaine à l'horizon 2030.

23. Les **objectifs** s'articulent comme suit :

- a) accroître la mise en œuvre et l'application d'options et d'interventions hautement efficaces visant à réduire l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine en tenant compte des questions de genre et du parcours de vie tout entier ;
- b) renforcer l'action multisectorielle par une gouvernance efficace, un engagement politique, un leadership, un dialogue et une coordination accrues ;
- c) améliorer la capacité des systèmes de santé et de protection sociale en matière de prévention et de traitement des troubles liés à la consommation d'alcool, en tant que partie intégrante de la couverture sanitaire universelle et conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et à ses objectifs de santé ;
- d) sensibiliser le public aux risques liés à la consommation d'alcool, aux méfaits de l'alcool et à ses répercussions sur la santé et le bien-être des individus, des familles, des communautés et des nations ;
- e) renforcer les systèmes d'information et la recherche dans le cadre du suivi de la consommation d'alcool, des méfaits de l'alcool, de leurs déterminants et des facteurs susceptibles de les modifier, ainsi que les politiques mises en œuvre à tous les niveaux ; et
- f) augmenter la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de mesures appropriées et soutenues visant à réduire l'usage nocif de l'alcool à tous les niveaux.

24. **Cibles, d'ici à 2030 :**

- a) une réduction relative d'au moins 20 % de la consommation d'alcool par habitant (par rapport à 2019) ;
- b) 60 % des pays auront élaboré et adopté une politique nationale relative à l'alcool écrite, autonome ou intégrée en se basant sur les meilleures données disponibles ;

³³ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. World Drug Report 2023 (disponible à l'adresse [World Drug Report 2023 \(unodc.org\)](#), consulté le 3 juillet 2023).

³⁴ [Africa eyes the global cannabis market – DW – 04/06/2022; East Africa could become a major cannabis export hub - The East African](#)

³⁵ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. World Drug Report 2023 (disponible à l'adresse [World Drug Report 2023 \(unodc.org\)](#), consulté le 3 juillet 2023).

³⁶ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. World Drug Report 2023 (disponible à l'adresse [World Drug Report 2023 \(unodc.org\)](#), consulté le 3 juillet 2023).

- c) 50 % des pays seront dotés d'un mécanisme national de coordination multisectoriel établi pour la mise en œuvre et le renforcement des mesures nationales multisectorielles relevant des politiques relatives à l'alcool ; et
- d) 50 % des pays auront élaboré ou renforcé au niveau national des interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, dans le secteur de la santé ou en dehors de ce secteur.

25. Étapes intermédiaires, d'ici à 2025 :

- a) une réduction relative d'au moins 10 % de la consommation d'alcool par habitant (par rapport à la référence de 2019) ;
- b) 40 % des pays auront élaboré et adopté une politique nationale relative à l'alcool écrite en se basant sur les meilleures données disponibles ;
- c) 30 % des pays seront dotés d'un mécanisme national de coordination multisectoriel établi pour la mise en œuvre et le renforcement des mesures nationales multisectorielles relevant des politiques relatives à l'alcool ; et
- d) 30 % des pays auront élaboré ou renforcé au niveau national des interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, dans le secteur de la santé ou en dehors de ce secteur.

26. Étapes intermédiaires, d'ici à 2028 :

- a) une réduction relative d'au moins 15 % de la consommation d'alcool par habitant (par rapport à la référence de 2019) ;
- b) 50 % des pays auront élaboré et adopté une politique nationale relative à l'alcool écrite en se basant sur les meilleures bases factuelles disponibles ;
- c) 40 % des pays seront dotés d'un mécanisme national de coordination multisectoriel établi pour la mise en œuvre et le renforcement des mesures nationales multisectorielles relevant des politiques relatives à l'alcool ; et
- d) 40 % des pays auront élaboré ou renforcé au niveau national des interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, dans le secteur de la santé ou en dehors de ce secteur.

PRINCIPES DIRECTEURS

27. Une approche reposant sur des bases factuelles. Les politiques et les programmes devraient s'appuyer sur les meilleures données probantes disponibles et tenir compte du contexte national.

28. L'autonomisation des personnes et des communautés. Des personnes et des communautés ayant expérimenté les méfaits de l'alcool ou des troubles liés à l'alcool devraient participer aux interventions.

29. Une approche fondée sur les droits humains. Les interventions visant à réduire l'impact de l'usage nocif de l'alcool devraient contribuer au respect du droit au meilleur état de santé possible, en combattant et en éliminant les pratiques discriminatoires en matière de mesures préventives et curatives destinées aux personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool.

30. Une approche fondée sur l'équité. Les politiques et les interventions visant à réduire l'usage nocif de l'alcool devraient avoir pour but de réduire les inégalités en matière de santé et de protéger les membres de différents groupes. Pour y parvenir, elles pourraient s'attaquer aux facteurs structurels sous-jacents, y compris en renforçant les activités multisectorielles de développement socioéconomique.

31. **La protection contre les intérêts commerciaux.** Les interventions devraient avoir pour priorité absolue de protéger la santé des populations, et les intérêts commerciaux ou autres ne devraient pas interférer avec cette santé des populations.

32. **Une action multisectorielle.** L'élaboration, la mise en œuvre et l'application de mesures de lutte contre l'alcool requièrent une action multisectorielle concertée, coordonnée et stratégique, menée avec la participation du secteur de la santé et d'autres secteurs compétents.

33. **Une approche prenant en compte toutes les étapes de la vie.** Les interventions et les stratégies devraient protéger les populations à toutes les étapes de la vie, en particulier les personnes vulnérables, y compris les enfants à naître, les enfants et les jeunes.

INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES

34. **Nouer des partenariats et instituer des mécanismes de coordination multisectorielle** permettant de superviser la réalisation des politiques relatives à l'alcool. Les secteurs impliqués dans ces mécanismes devraient être notamment la santé, l'éducation, les finances et le développement économique, tout comme la protection sociale et le développement communautaire. Le leadership et la coordination devraient être assurés par le plus haut niveau d'autorité des États.

35. **Élaborer des politiques multisectorielles de réduction des méfaits de l'alcool** incluant la santé, les affaires internes, l'éducation, la protection sociale et le développement communautaire. Tous les États Membres devraient préciser le taux d'alcool limite autorisé par la loi et veiller à ce qu'il soit inférieur ou égal à 0,05 %. Ils devraient aussi instituer des mécanismes de délivrance de permis permettant de surveiller la production, l'importation et la vente d'alcool.

36. **Élaborer et/ou renforcer une législation et une réglementation.** La volonté politique ferme devrait être manifeste au plus haut niveau du gouvernement, grâce à l'appui à l'élaboration d'une législation et de réglementations. Il s'agit notamment de mesures visant à limiter ou à restreindre : l'accès, notamment en fixant les heures d'ouverture et de fermeture ; la vente de boissons alcoolisées aux mineurs ; la vente d'alcool à des établissements tels que les stations-service, les supermarchés et les kiosques, qui ne détiennent pas de permis de vente de boissons alcoolisées. La production et la vente de « breuvages faits maison » devraient être réglementées.

37. **Augmenter les droits d'accise et réviser régulièrement les prix** en tenant compte de l'inflation et des revenus, afin que le prix de l'alcool ne devienne pas plus abordable avec le temps. D'autres stratégies consistent à fixer des prix minimaux et à restreindre les promotions par les prix et les rabais.

38. **Réduire l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel** en tenant compte des différences au niveau des stratégies employées pour lutter contre ces produits. Cela comprend les activités en lien avec l'évaluation du niveau de consommation d'alcool non recensé dans les populations, le contrôle efficace de la production et de la distribution d'alcool, la sensibilisation aux risques pour la santé qui y sont associés et la mobilisation des communautés.

39. **Appliquer des mesures visant à réduire l'acceptabilité de l'alcool.** Les activités de marketing, de publicité, de parrainage et de promotion de l'alcool dans tous les médias, y compris les médias nouveaux et émergents, devraient faire l'objet d'une restriction totale au moyen des mécanismes de dissuasion appropriés. Le parrainage de programmes éducatifs ou destinés à la jeunesse par l'industrie de l'alcool devrait être interdit, y compris d'autres programmes de loisir. La disposition de boissons alcoolisées avec de l'eau ou d'autres boissons non alcoolisées sur les présentoirs des points de vente des supermarchés devrait être restreinte ou interdite, et les boissons

alcoolisées devraient porter des étiquettes indiquant leur teneur en alcool, ainsi que les méfaits de l'alcool.

40. **Mener des campagnes de sensibilisation sur les effets que l'alcool** produit de façon formelle ou informelle sur les individus et les communautés. Mettre au point des programmes visant à accroître la sensibilisation concernant les méfaits de la consommation d'alcool, en ciblant des populations particulières comme les femmes en âge de procréer et les conducteurs de véhicules de transport collectif. Ces campagnes devraient être spécifiques au contexte, par exemple cibler les femmes enceintes, les enfants et les adolescents, puis être fondées sur les âges et sur les niveaux de culture de la santé des communautés. Les campagnes devraient être réalisées par des canaux traditionnels et de médias numériques.

41. **Réduire la disponibilité de l'alcool.** Restreindre les horaires et les jours de vente des boissons alcoolisées ; restreindre la vente d'alcool dans les établissements scolaires et aux alentours de ces établissements ; restreindre la vente d'alcool lors des manifestations sportives et culturelles auxquelles participent des mineurs et aux alentours de ces événements ; fixer un âge minimum légal (18 ans et plus) au niveau national pour l'achat (y compris en ligne) et la consommation d'alcool ; réglementer la quantité, la densité et l'emplacement des points de vente au détail de l'alcool.

42. **Élaborer des programmes visant à prévenir ou à retarder la première prise d'alcool, en particulier chez les enfants et chez les adolescents scolarisés,** en collaboration avec le secteur de l'éducation et d'autres partenaires. Il peut s'agir de clubs de santé mentale en milieu scolaire qui abordent cette question, de programmes de prévention de l'alcoolisme dirigés par les pairs et de soutien par les pairs dans toutes les écoles, ainsi que de campagnes dans les médias sociaux dirigées par les pairs qui découragent la consommation d'alcool.

43. **Fournir une formation, des infrastructures et des financements appropriés à tous les niveaux pour la prise en charge des troubles liés à la consommation d'alcool.** Mettre en place une pratique généralisée du dépistage et de courtes interventions en vue d'une détection précoce, de la fourniture de conseils préventifs et de l'orientation-recours à des fins de traitement des personnes atteintes de troubles de l'usage de l'alcool, dans le cadre des soins primaires. Veiller à ce que les services de santé soient complets et intégrés en y incluant les expériences de personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool et, le cas échéant, en faisant participer les familles au processus de rétablissement. Mettre en place des services communautaires de suivi, de réadaptation et de prévention des rechutes, et leur fournir un appui.

44. **Contribuer au renforcement des capacités des professionnels de la santé,** y compris des prestataires de soins de santé actifs dans les domaines des maladies non transmissibles et de la santé mentale, et des spécialistes de la santé publique. Les gouvernements devraient investir dans la formation des personnels chargés des soins de santé pour qu'ils soient capables de gérer et de traiter les personnes souffrant de troubles liés à l'usage nocif de l'alcool et à la consommation de drogues. Ceci est particulièrement important pour le personnel chargé des soins de santé primaires, ainsi que pour les agents qui s'occupent des populations vulnérables, tels que ceux qui gèrent les enfants et les adolescents, pour les personnes vivant avec le VIH et avec la tuberculose, de même que pour les femmes en âge de procréer.

45. **Renforcer les capacités des représentants des organisations de la société civile,** y compris les groupes d'entraide et les associations de personnes touchées et de membres de leur famille, afin qu'ils puissent défendre, mettre en œuvre et faire respecter des mesures efficaces destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool.

46. **Appliquer des mesures de lutte contre l'alcool au volant.** Fixer à 0,5 gramme le litre le taux d'alcool limite autorisé et le faire respecter. Veiller à ce que des contrôles systématiques et

aléatoires de l'alcoolémie soient effectués par des agents d'application de la loi. Veiller à ce que les sanctions soient visibles pour tous et soutenues, qu'elles soient à la dimension de l'infraction commise (plus élevées pour des taux d'alcool limite plus élevés) et graduelles pour les récidivistes.

47. **Mettre en place des systèmes nationaux ou infranationaux ou renforcer les systèmes existants de suivi de la consommation d'alcool** et des facteurs socioéconomiques pouvant la modifier, notamment l'accessibilité économique et la disponibilité, et évaluer les mesures prises. Soutenir les activités de suivi et de recherche menées auprès de populations vulnérables comme les enfants et les femmes en âge de procréer et sur les facteurs de risque et de protection.

48. La mise en œuvre des interventions et mesures prioritaires sera évaluée par les États Membres et des rapports de situation seront établis puis soumis au Comité régional pour examen, tous les trois ans.

49. **Élaborer une stratégie de lutte contre la consommation de drogues et d'autres conduites addictives dans la Région africaine de l'OMS.** Cette stratégie devrait tenir compte des problèmes spécifiques à la Région et aux sous-régions, particulièrement la forte consommation d'opioïdes en Afrique de l'Est, la forte consommation de cannabis en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, le lien entre la consommation de drogues et le VIH, ou encore l'intensification du trafic de drogues, pour ne citer que ces quelques exemples.

MESURES PRISES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL

50. Le Comité régional a examiné et adopté le présent cadre de mise en œuvre.