



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

AFR/RC58/3

24 juin 2008

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-huitième session

Yaoundé, Cameroun, 1^{er}-5 septembre 2008

Point 7.1 de l'ordre du jour provisoire

MESURES VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

Rapport du Directeur régional

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1 – 9
ENJEUX ET DÉFIS	10 – 20
MESURES PROPOSÉES	21 – 31

CONTEXTE

1. La charge de morbidité imputable à l'usage nocif de l'alcool est importante à l'échelle mondiale et dans la Région africaine. La tendance à la mondialisation et les accords commerciaux internationaux favorisent grandement la disponibilité de l'alcool et le rendent très abordable pour le consommateur.

2. Des études laissent apparaître qu'une bonne partie de la population, y compris des femmes, consomme de l'alcool dans certains pays de la Région. Il ressort d'une enquête STEPS réalisée par l'OMS¹ qu'un fort pourcentage des personnes interrogées au Cameroun (84 %), au Mozambique (77,2 %) et en Côte d'Ivoire (71 %) avaient consommé de l'alcool au cours des 12 précédents mois. La même enquête a révélé en République démocratique du Congo en 2005 que 53,7 % des femmes seulement avaient déclaré n'avoir pas consommé de l'alcool au cours des 12 précédents mois.

3. En l'an 2000, l'usage nocif de l'alcool a été à l'origine de 4 % des maladies et de 3,2 % des décès dans le monde, causant presque autant de préjudices à la santé que le tabac (4,1 %) et l'hypertension artérielle (4,4 %). Une estimation du nombre total de décès imputables à l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine en 2000 et 2002 laisse apparaître une charge de morbidité importante de 2,1 % et 2,2 %, respectivement.²

4. Au cours de ces dernières années, plusieurs pays de la Région ont signalé une augmentation et une évolution des habitudes de consommation d'alcool chez les adolescents. En 2004, l'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves³ a laissé apparaître que 42,3 % des élèves zambiens de 13 à 15 ans consommaient de l'alcool à l'époque de l'enquête et que 42,8 % d'entre eux s'étaient déjà soulés au moins une fois. En Namibie, 32,8 % des élèves consommaient de l'alcool à l'époque de l'enquête et 31,8 % d'entre eux avaient été en état d'ébriété.

5. Par «consommation excessive d'alcool», l'on entend la consommation d'alcool excédant un niveau quotidien déterminé (par exemple trois unités d'alcool par jour) ou une quantité déterminée par occasion (par exemple cinq unités d'alcool en une seule occasion, au moins une fois par semaine). Une telle consommation est considérée comme à haut risque. La «consommation d'alcool à faible risque», par contre, se définit comme la prise de pas plus de deux unités d'alcool par jour pendant cinq jours par semaine.⁴ L'écart entre les hommes et les femmes, en ce qui concerne la consommation de grandes quantités d'alcool, semble se réduire, avec une augmentation et une évolution des habitudes de consommation dans les deux groupes.⁵ En Zambie, les adolescentes dépassent les garçons de même âge en ce qui concerne la

¹ OMS, Surveillance data from the STEPS survey, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles, 2006.

² OMS, *Comité d'experts sur les problèmes liés à la consommation d'alcool*, Deuxième rapport, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (Série de rapports techniques, N° 944).

³ OMS, Surveillance data from the Global School-based Student Health Survey, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles, 2004.

⁴ Voir http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html.

⁵ Mustonen H et al, Alcohol drinking in Namibia. In : WHO, *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001, pp. 45-62. See also, Ibanga AJ et al, The contexts of alcohol consumption by men and women in Nigeria. In : Obot IS and Room R, *Alcohol, gender and drinking problems : perspectives from low and middle income countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005, pp. 143-167.

consommation courante (45,1 % contre 38,7 %) et la consommation excessive d'alcool (50,2 % contre 44,1 %).⁶

6. Au cours de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, les États Membres ont exprimé leurs préoccupations au sujet de l'impact de l'usage nocif de l'alcool sur la santé publique.⁷ Ils ont souligné la nécessité de renforcer les mesures prises dans la Région africaine et ont demandé à l'OMS de soutenir l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et de plans destinés à combattre l'usage nocif de l'alcool dans les pays membres. Ils ont également demandé au Bureau régional de préparer une stratégie régionale qui sera soumise au Comité régional de l'Afrique en 2009.

7. À sa cent-vingt-deuxième session, le Conseil exécutif de l'OMS a recommandé l'adoption par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en 2008 d'une résolution sur l'alcool. Proposée par le Rwanda au nom des États Membres de la Région africaine, cette résolution demande l'élaboration d'une stratégie mondiale qui devra être soumise à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 et intégrer les contributions des États Membres; cette résolution demande également aux pays de surveiller et de renforcer les mesures prises au niveau national pour combattre l'alcool.

8. Dans la Région africaine, il est nécessaire d'établir un consensus sur les politiques et plans d'action efficaces, en tenant compte du contexte propre à chaque pays, et de renforcer la détermination des pays à s'attaquer aux problèmes de santé causés par l'usage nocif de l'alcool. Ces mesures constitueront une base solide pour la mise en œuvre de la stratégie régionale et des initiatives prises à l'échelle mondiale.

9. Le présent document donne aux États Membres des informations à jour sur les connaissances actuelles en ce qui concerne l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine et propose des mesures pour s'attaquer à ce problème.

ENJEUX ET DÉFIS

10. Bien que plusieurs études et des données de surveillance permettent de se faire une idée de l'impact de l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine, de nombreux pays ne disposent cependant d'aucun système permettant de surveiller et d'enregistrer méthodiquement les quantités d'alcool produites et consommées, ainsi que les préjudices causés par l'usage nocif de l'alcool. La mise en place de tels systèmes encouragera et facilitera l'adoption de mesures politiques appropriées.

11. La participation des pays à l'enquête mondiale sur l'alcool qu'organiserait l'OMS en 2008, 2010 et 2012 leur offrira une occasion précieuse de vérifier la consommation d'alcool, ses conséquences sociales et sanitaires, et les politiques adoptées à ce sujet dans la Région. Mais les pays auront besoin, à cet effet, de ressources supplémentaires pour renforcer leurs systèmes de surveillance.

⁶ OMS, Surveillance data from the Global School-based Student Health Survey, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Division de la lutte contre les Maladies non transmissibles, 2004.

⁷ OMS, Usage nocif de l'alcool dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation et perspectives, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2007 (AFR/RC57/14).

12. L'alcool consommé dans les pays africains provient à la fois des boissons fabriquées à domicile et des boissons industrielles. En effet, les boissons industrielles tendent à être consommées en même temps que les boissons fabriquées à domicile, plutôt qu'à les remplacer, ce qui accroît les quantités totales d'alcool absorbées. Cette situation pose d'importants défis en ce qui concerne les quantités consommées et les problèmes de sécurité liés à l'absence d'une réglementation sur la fabrication de l'alcool.

13. La consommation d'alcool dans la Région se caractérise par l'absorption de grandes quantités par ceux qui en prennent,⁸ la popularité des boissons fabriquées à domicile et la forte prévalence des problèmes liés à l'alcool.^{9, 10} Il ressort d'une enquête STEPS¹¹ conduite par l'OMS en Côte d'Ivoire et au Mozambique que 23,7 % des personnes qui buvaient l'année précédente avaient adopté des habitudes de consommation néfastes; en Algérie, 60 % des consommateurs avaient adopté des habitudes nocives. Malgré les différences dans les niveaux de consommation par habitant, tous les pays subissent des préjudices importants et de même nature, du fait de l'alcool; la réduction de la consommation et des préjudices liés à la consommation d'alcool doit par conséquent être considérée comme une priorité de santé publique.

14. L'intoxication et les effets chroniques de la consommation d'alcool peuvent causer un préjudice permanent à la santé (par exemple, le syndrome de l'alcoolisme fœtal, le délirium tremens), des troubles neuropsychiatriques et autres, avec leurs conséquences à court et long termes, des traumatismes et même la mort (par exemple, dans les accidents de la circulation).¹² On dispose par ailleurs de plus en plus de preuves sur l'existence d'un lien entre la consommation d'alcool, d'une part, et les comportements sexuels à haut risque et l'infection à VIH, d'autre part.¹³ Il est indispensable de reconnaître et d'accepter l'impact de l'alcool sur les individus et la société pour que les pays puissent élaborer des interventions efficaces en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool.

15. Les coûts sanitaires et sociaux de l'usage de l'alcool pour le consommateur et pour la société ont un impact économique négatif sur les États Membres, qui ne peut être passé sous silence. Dans la Région africaine, l'usage nocif de l'alcool entraîne le chômage, une augmentation du nombre d'hospitalisations, ainsi que des crimes et de la violence, en particulier à l'égard des femmes.¹⁴ En Afrique du Sud, 25 % à 30 % de toutes les hospitalisations sont directement ou indirectement liées à l'usage de l'alcool, et plus de 50 % des admissions dans les institutions de

⁸ OMS, global alcohol database, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Santé mentale et Abus de Substances psychoactives, 2007.

⁹ Mustonen H et al, Alcohol drinking in Namibia. In : WHO, *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001, pp. 45–62.

¹⁰ OMS, *Global status report on alcohol 2004*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

¹¹ OMS, Surveillance data from the STEPS survey, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Division de la Lutte contre les Maladies non transmissibles, 2006.

¹² Gureje O, Country profile on alcohol in Nigeria. In : Riley L et al, *Alcohol and public health in eight developing countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

¹³ Voir deux articles dans le numéro spécial de la revue *African Journal of Drug & Alcohol Studies* : Ashley JW, Levine B, Needle R, Summary of the proceedings of the meeting on «Alcohol, HIV risk behaviours and transmission in Africa» 5(2) : 192–200; Morris CN, Three-country assessment of alcohol-HIV related policy and programmatic responses in Africa 5(2) : 170–184, 2006.

¹⁴ Parry C, Alcohol-related crime in South Africa, *African Journal of Drug & Alcohol studies* 5(1) : 2006. Tumwesigye N et al, Gender and the major consequences of alcohol consumption in Uganda. In : Obot IS, Room R., *Alcohol, gender and drinking problems : perspectives from low and middle income countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. OMS, *Alcohol use and sexual risk behaviour : a cross-cultural study in eight countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

santé mentale au Lesotho, à Maurice et au Swaziland sont liées à l'alcool, en tant que principale substance ayant fait l'objet d'un abus.¹⁵

16. L'absence d'informations dans un environnement caractérisé par l'application de stratégies commerciales sans restrictions, en particulier à l'égard des jeunes, peut avoir un impact important sur les valeurs et les normes culturelles, et entraîner une augmentation de la consommation d'alcool.¹⁶ La faiblesse des allocations budgétaires destinées aux campagnes d'information et de plaidoyer et l'absence de politiques complètes entravent les efforts de réduction de la demande d'alcool et ont un effet négatif sur le plan social et sanitaire.

17. L'identification précoce, suivie d'un traitement efficace des troubles liés à l'alcool et des facteurs de co-morbidité dans un établissement de soins de santé, peut réduire la morbidité et la mortalité imputables à l'alcool et améliorer le bien-être des personnes concernées. Le dépistage systématique, accompagné de brèves interventions, ne fait pas partie des soins classiques dispensés par les personnels de santé dans la Région. Des centres spécialisés pour le traitement des personnes alcoolodépendantes sont inexistantes ou sont rattachés à tort aux services de psychiatrie où la seule forme de traitement consiste à opérer une cure de désintoxication de courte durée. Des unités appropriées d'intervention et de traitement devraient donc être créées pour répondre aux besoins des populations. De telles unités assureraient des prestations allant de brèves interventions dans les soins primaires aux traitements intensifs dans les établissements spécialisés.

18. La Région africaine offre aux fabricants d'alcool la possibilité d'étendre leurs marchés, certes avec des avantages économiques pour les pays, en termes de création d'emplois et de recettes fiscales. Mais il faut comparer ces avantages aux coûts de la prise en charge des effets de l'usage nocif de l'alcool. La documentation disponible dans la Région¹⁷ laisse apparaître une augmentation du nombre d'interpellations pour conduite en état d'ébriété, d'hospitalisations pour dépendance à l'alcool, et de décès dus à une cirrhose ou une autre affection chronique du foie, après une réduction des taxes sur l'alcool.

19. La plupart des pays de la Région africaine ne disposent pas de mécanismes règlementaires et législatifs –ou ne les appliquent pas – sur le commerce de l'alcool ou sur la nécessité de faire en sorte que les décisions prises par le secteur industriel et agricole au sujet de l'alcool tiennent compte de la santé publique. Une interaction politique et une collaboration internationale plus vastes doivent par conséquent être instaurées, au niveau des organisations compétentes telles que l'Organisation internationale du Commerce, la Banque mondiale et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, sur la base d'une stratégie mondiale, pour veiller à ce que les intérêts de la santé publique soient pris en compte dans les accords commerciaux et dans les stratégies mondiales d'éradication de la pauvreté.

20. Les problèmes de santé provoqués par l'usage nocif de l'alcool sont considérables et multidimensionnels. Ils exigent la combinaison d'un certain nombre de mesures axées sur l'ensemble de la population, ainsi que sur les groupes vulnérables et les personnes affectées, tout en tenant compte des besoins et des contextes locaux. Pour étayer les politiques nationales, il est

¹⁵ SADC Epidemiology Network on Drug Use, *SENDU report January-June 2005*, Medical Research Council, Republic of South Africa, 2005, Obot IS, Alcohol use and related problems in sub-Saharan Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1) : 17–26, 2006. LNB, *Report on the Lesotho Epidemiology Network on Drug Use : Period July to December 2001*, Maseru, Lesotho Narcotics Bureau, 2001.

¹⁶ Graeme, W, My goodness : Nigeria overtakes Ireland in Guinness sales, *Guardian Unlimited*, August 30, 2007.

¹⁷ OMS, *Alcohol in developing countries : a public approach*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

nécessaire de rassembler et de documenter des données factuelles sur les interventions efficaces dans la Région, dans divers contextes.

MESURES PROPOSÉES

21. Les mesures ci-après, à combiner d'une manière appropriées en fonction du contexte du pays et du niveau d'engagement des différents acteurs, peuvent servir de base à une politique nationale. Elles seront exposées plus en détail dans le projet de stratégie régionale qui sera soumis à la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, après des consultations approfondies avec les États Membres.

Mesures à court et moyen termes

22. **Renforcer l'engagement politique et établir des partenariats** : L'élaboration et la mise en œuvre de politiques et plans d'action nationaux complets faciliteront les contributions et clarifieront les responsabilités des divers acteurs, partenaires et parties prenantes. Une interaction cohérente, systématique et intense avec les acteurs concernés tels que les producteurs, les détaillants, les personnels de soins de santé et les parties prenantes au niveau de la communauté, est indispensable pour que la mise en œuvre et le renforcement des politiques et plans d'action nationaux soient couronnés de succès. Les accords commerciaux internationaux exigent par ailleurs que l'on mette en place des mécanismes supplémentaires au niveau mondial pour que la lutte contre l'alcool repose sur des bases solides et durables. Au niveau national, la pérennisation de telles politiques passe par la sensibilisation du public et la fourniture d'un appui.

23. **Accroître l'action des communautés** : La sensibilisation du public aux conséquences néfastes de la consommation d'alcool peut renforcer la prise de conscience du préjudice causé par l'alcool au sein de la communauté. L'éducation pour la santé peut comprendre à la fois des mesures actives (telles que l'encadrement par les parents, les programmes de prévention à l'école, les campagnes médiatiques et de marketing social) et des mesures passives (comme des étiquettes de mise en garde). Des groupes d'assistance mutuelle tels que les Alcooliques Anonymes peuvent constituer une solution de rechange et un complément peu onéreux au traitement.

24. **Mettre en place et renforcer les systèmes d'information et de surveillance relatifs à l'alcool** : L'obtention de données de surveillance de qualité permettra aux pays de mieux connaître et de mieux maîtriser la situation existante et les nouvelles tendances, ainsi que de renforcer l'adhésion du public aux politiques nationales. La disponibilité de ressources destinées à la collecte et à la diffusion régulières des données auprès de la communauté est indispensable pour renforcer la sensibilisation et prendre des décisions fondées sur des données factuelles.

25. **Renforcer l'action du secteur de la santé** : Dans le domaine des soins de santé primaires, la participation et la formation des professionnels des soins de santé favorisent la détection précoce des problèmes liés à la consommation d'alcool et empêchent l'apparition d'affections plus graves. Les interventions de traitement et les services communautaires dispensés aux personnes souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool s'avèrent efficaces lorsqu'ils s'appuient sur des politiques et des systèmes adéquats qui s'intègrent dans une stratégie de prévention plus large. Il est nécessaire de déployer des efforts pour améliorer la formation et fournir un cadre approprié pour les interventions aux différents niveaux de soins.

26. **Adopter, renforcer et appliquer la législation relative à la conduite en état d'ébriété** : De nombreux arguments plaident en faveur de l'adoption d'une série de mesures pour combattre la conduite en état d'ébriété. L'une des principales mesures appliquées à cet égard consiste à fixer un taux d'alcoolémie bas comme limite tolérable pour les personnes qui prennent le volant. Le

succès de cette mesure dépend en grande partie de l'application effective de la loi et de la sévérité des sanctions infligées et doit être accompagnée par une campagne de sensibilisation permanente.

Mesures à long terme

27. **Réglementer la disponibilité de l'alcool** : Certains types de législations et certains systèmes d'attribution de licences se sont avérés efficaces dans divers contextes socioculturels pour combattre l'alcool : lutte contre la fabrication et le commerce illicites de l'alcool; limitation du nombre, des types et des heures d'ouverture des débits de boissons, etc. Mais des restrictions reposant sur l'attribution de licences peuvent renforcer la compétitivité du marché parallèle dans les pays où la fabrication de l'alcool à domicile est importante. Il est donc nécessaire de mettre en place des mécanismes d'information, de mobilisation et d'appui aux communautés pour promouvoir d'autres activités génératrices de revenu avant de mettre en œuvre de telles restrictions.

28. **Limiter la vente de l'alcool** : Des mesures interdisant ou limitant la vente de l'alcool dans certains lieux ou dans certaines circonstances (par exemple, au lieu de travail ou à des personnes déjà sous l'emprise de l'alcool) existent déjà dans quelques pays. La disposition la plus utilisée à cet effet dans la Région consiste à fixer un âge minimum pour l'achat et la consommation d'alcool; mais l'efficacité de cette mesure dépend en grande partie du sérieux avec lequel elle est appliquée. Il est nécessaire d'investir davantage dans le renforcement des systèmes de contrôle et d'application des différentes mesures.

29. **Réglementer le commerce de l'alcool** : Les jeunes constituent désormais une cible importante du commerce de l'alcool, en particulier par le biais de la publicité directe, chaque fois que cela est possible. Les activités de promotion, notamment les parrainages, les concours et les événements sportifs, constituent autant d'occasions qui rendent l'alcool de plus en plus populaire chez les jeunes. L'efficacité d'une interdiction totale ou partielle de telles pratiques dépend des efforts menés pour réglementer systématiquement le marché; il est par conséquent nécessaire que les pays s'entendent sur les dispositions à prendre pour renforcer les stratégies de contrôle.

30. **Augmenter les taxes et les prix** : Le prélèvement de taxes est l'un des moyens de renchérir les prix et de rendre l'alcool moins abordable. Les pouvoirs publics devraient néanmoins faire accompagner tout ajustement du régime fiscal par des efforts visant à contrôler efficacement la fabrication illicite et informelle de l'alcool et à mettre en place des mesures pour juguler le commerce illégal, l'entrée en fraude et les achats transfrontaliers d'alcool. Les recettes tirées d'un tel ajustement du régime fiscal pourraient être utilisées pour créer un fond spécial de lutte contre la consommation d'alcool.

31. Le Comité régional est prié d'examiner et d'approuver les mesures proposées.