



COMITÉ REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante-septième session
Brazzaville, République du Congo, 27–31 août 2007

Point 7.12 de l'ordre du jour provisoire

**USAGE NOCIF DE L'ALCOOL DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS :
ANALYSE DE LA SITUATION ET PERSPECTIVES**

Rapport du Directeur régional

Résumé d'orientation

1. L'usage nocif de l'alcool continue à augmenter dans la Région africaine. Et la situation ne pourra qu'empirer si des mesures appropriées ne sont pas prises pour y remédier. La forte consommation épisodique ou les beuveries constituent une caractéristique importante de l'usage de l'alcool, et l'estimation du nombre total de décès imputables à la consommation d'alcool montre que celle-ci entraîne une lourde charge de mortalité.
2. Les participants à la consultation technique organisée par l'OMS en 2006 sur les problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool ont reconnu que les problèmes liés à l'usage de l'alcool constituent une sérieuse préoccupation de santé publique dans la Région africaine.
3. La stratégie de la Région africaine face à ce problème pourrait tirer parti de l'expérience des autres régions et des initiatives qui ont fait leurs preuves à travers le monde.
4. Le présent document donne un aperçu de l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine et propose un certain nombre d'idées sur la voie à suivre.

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1–4
SITUATION	5–18
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	19–25

CONTEXTE

1. On entend par usage nocif de l'alcool une consommation qui provoque ou favorise «un préjudice physique ou psychologique, y compris des troubles du jugement ou du comportement, et peut entraîner une incapacité ou avoir des conséquences néfastes sur les relations interpersonnelles». ¹ Dans le présent document, le terme *usage nocif de l'alcool* se réfère aux effets de la consommation d'alcool sur la santé publique, sans préjuger des croyances religieuses et des normes culturelles.

2. De plus en plus de pays de la Région africaine signalent un accroissement et une évolution de la consommation d'alcool. Les boissons fabriquées à domicile constituent un moyen très important d'avoir de l'alcool et de disposer de revenus. La forte consommation épisodique constitue une caractéristique importante de l'usage de l'alcool dans la Région. Elle consiste à absorber de grandes quantités d'alcool à des occasions données, au cours desquelles on consomme au moins 60 grammes d'alcool, c'est-à-dire cinq consommations standard ou davantage. On appelle *beuverie* cette forte consommation épisodique d'alcool. ²

3. La tendance à la mondialisation, les accords commerciaux internationaux et le rôle social et culturel de l'alcool accroissent les quantités d'alcool disponibles pour la consommation. Mais les conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool continuent à s'aggraver dans le monde entier. Certaines régions de l'OMS se sont attaquées à ce problème en adoptant des résolutions ³ et en élaborant des politiques et des stratégies. ⁴ La Région africaine n'a pas encore abordé ce problème de façon collective, même si quelques pays ont adopté un certain nombre de mesures à ce sujet.

4. Le présent document s'inspire des discussions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Il vise à encourager des discussions au niveau du Comité régional en vue de l'adoption d'une position africaine commune sur ce sujet qui devrait figurer à l'ordre du jour de la session du Conseil exécutif de janvier 2008 et aussi, à titre indicatif, à celui de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2008.

SITUATION

5. La quantité d'alcool consommée influe sur la plupart des problèmes de santé, en fonction de la relation dose-réponse. ⁵ La consommation par adulte varie énormément d'un pays à l'autre du continent, passant de moins de 1 litre à plus de 10 litres, avec une moyenne enregistrée de 4 litres d'alcool pur ou d'éthanol. ⁶ Il ressort des données provenant

¹ OMS, CIM-10, *Classification internationale des maladies : Troubles mentaux et troubles du comportement*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.

² Anderson P, Baumberg B, *L'alcool en Europe : une approche en santé publique*, Grande Bretagne, Institute of Alcohol Studies, 2006.

³ Résolution WHA58.26 : Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, Genève, 25 mai 2005; Résolution SEA/RC59/R8 : Alcohol consumption control-policy options, Bangladesh, 25 août 2006.

⁴ EUR/RC55/R1 : Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS, Bucarest, 15 septembre 2005; WPR/RC57/7: Regional strategy to reduce alcohol-related harm, New Zealand, 22 septembre 2006.

⁵ Rehm J. et al, The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease : an overview. *Addiction* 98 : 1209-1228, 2003.

⁶ Obot IS, Alcohol use and related problems in sub-Saharan Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1) : 17-26, 2006.

d'estimations, d'enquêtes et d'études internationales que, si bon nombre d'individus ne prennent pas d'alcool en Afrique, ceux qui le font en consomment de grandes quantités. Plusieurs pays africains enregistrent en effet des niveaux de consommation par habitant parmi les plus élevés au monde, si l'on inclut les boissons traditionnelles dans les estimations.⁷ La proportion estimative des décès imputables à la consommation d'alcool montre que celle-ci constitue un fardeau important et a représenté 2,1 % des décès en 2000 et 2,2 % en 2002.⁸

6. Une proportion d'environ 50 % de l'alcool consommé dans la Région n'est pas comptabilisée; cette consommation comprend les produits fabriqués localement ainsi que les boissons ramenées dans les pays par les voyageurs et les boissons introduites en fraude à des fins commerciales. Il est par conséquent difficile d'estimer les quantités exactes de boissons alcooliques consommées en Afrique.

7. Les boissons alcooliques traditionnelles représentent une dimension cachée des problèmes liés à la consommation d'alcool dans plusieurs pays. Une bonne partie des boissons consommées dans la Région, surtout dans les zones rurales et par les groupes démunis en zones urbaines, sont produites à domicile par des méthodes traditionnelles, en fermentant ou en distillant des graines transformées en malt, des fruits, du sucre de canne, du miel ou de la sève de palmier. Étant donné que la qualité et la puissance de ces boissons ne sont pas bien contrôlées, leur consommation entraîne de graves conséquences sanitaires et des décès, comme cela a été signalé dans certains pays.⁹ Les adultérants et les impuretés peuvent provoquer des cas d'empoisonnement au méthanol et des effets toxiques dus à de fortes concentrations de nickel, de manganèse et d'aflatoxine. Les risques pour la santé et la sécurité, ainsi que les coûts économiques liés aux boissons alcoolisées de contrefaçon et de mauvaise qualité ne sont pas connus ou ne sont pas notifiés dans la Région.

8. Outre les conséquences directes de l'intoxication et de la dépendance, l'usage nocif de l'alcool peut également provoquer plus de 60 affections différentes, avec des conséquences à court et long termes, notamment des troubles mentaux et des troubles du comportement, des affections gastrointestinales, des cancers et des maladies cardiovasculaires¹⁰. Selon les estimations, dans la Région africaine, la charge morbide due aux troubles neuropsychiatriques et aux traumatismes involontaires imputables à l'alcool est élevée aussi bien chez les hommes que chez les femmes.¹¹

9. Des études menées en Afrique ont permis de rassembler de plus en plus de données factuelles sur l'existence d'un lien entre la consommation d'alcool d'une part, les comportements sexuels à haut risque et l'infection à VIH et autres maladies sexuellement transmissibles d'autre part; ces études ont également montré que la consommation d'alcool réduit l'observance du traitement

⁷ Base de données mondiale de l'OMS sur la consommation d'alcool, <http://www.who.int/globalatlas/default.asp> (consulté le 4 juin 2007).

⁸ OMS, Comité d'experts sur les problèmes liés à la consommation d'alcool, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

⁹ OMS, Comité d'experts sur les problèmes liés à la consommation d'alcool, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

¹⁰ Room R, Babor T, Rehm J, Alcohol and public health, *The Lancet* 365 : 519-530, 2005.

¹¹ OMS, Charge de morbidité mondiale et régionale attribuable à la consommation d'alcool, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

antirétroviral et antituberculeux.¹² Les troubles liés à l'usage de l'alcool ont une importante relation de co-morbidité avec les troubles liés à l'usage d'autres substances, tels que la dépendance à la nicotine et à l'usage des drogues.¹³

10. Compte tenu des multiples niveaux (physiologiques, psychologiques et sociaux) de connexion entre comportements et du partage de déterminants neurobiologiques, psychologiques et sociaux communs, il est nécessaire d'adopter une approche intégrée de la toxicomanie. Les approches médicales des problèmes liés à la toxicomanie doivent être complétées par des interventions de santé publique centrées sur les populations.

11. La production commerciale à grande échelle, la mondialisation et les stratégies de vente et de promotion agressives axées sur les jeunes accroissent la disponibilité et l'accessibilité des boissons alcoolisées, et contribuent à l'apparition d'une nouvelle culture de la consommation d'alcool.¹⁴ La tendance, en particulier chez les jeunes, est de consommer de grandes quantités, fréquemment, en peu de temps et en dehors des repas.¹⁵

12. La consommation d'alcool au point de s'intoxiquer est l'une des principales causes des préjudices liés à l'alcool, et a de plus grandes répercussions chez les jeunes des deux sexes, surtout à cause des traumatismes mortels qu'elle provoque, tels que les accidents de la circulation ou les suicides.¹⁶ On constate en Afrique un manque généralisé de données sur la consommation d'alcool chez les jeunes. Les études qui existent mettent surtout l'accent sur le comportement des jeunes urbains et des étudiants, et confirment que ceux-ci commencent à boire à un jeune âge (10-16 ans); que les habitudes de consommation évoluent, l'alcool étant délibérément utilisé pour s'enivrer; et que l'alcool est considéré comme un élément essentiel de divertissement.¹⁷ Plusieurs enquêtes menées en Afrique du Sud indiquent des taux élevés d'abus de l'alcool chez les lycéens.¹⁸

13. Bien que les taux de consommation d'alcool demeurent généralement faibles chez les femmes de la Région africaine, certaines études laissent apparaître un accroissement et un changement des habitudes de consommation dans ce groupe. Même lorsqu'il est consommé modérément, en particulier au cours du premier trimestre de la grossesse, l'alcool peut accroître les risques d'avortement spontané, d'insuffisance pondérale à la naissance, de prématurité et de retard de croissance intrautérine. Une étude récente menée en Afrique du Sud présente les taux

¹² Ashley JW, Levine B, Needle R, Summary of the proceedings of the meeting on alcohol, HIV risk behaviours and transmission in Africa: Developing programmes for the United States President's Emergency Plan for AIDS relief (PEPFAR), *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2): 192–200, 2006. Voir aussi Kebede D. et al, Khat and alcohol use and risky sex behaviour among in-school and out-of-school youth in Ethiopia, *BMC Public Health*, 5: 109, 2005, disponible au site <http://www.biomedcentral.com/1471-2458-5-109>.

¹³ OMS, Comité d'experts sur les problèmes liés à la consommation d'alcool, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

¹⁴ Wills J, Drinking crisis? Change and continuity in cultures of drinking in sub-Saharan Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1): 1–15, 2006; Obot IS, Alcohol use and related problems in sub-Saharan Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1): 17–26, 2006.

¹⁵ Ibang A et al, The contexts of alcohol consumption by men and women in Nigeria. In: Obot I, Room R, *Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005; Tuimwesigye N, Rogers K, Gender and the major consequences of alcohol problems in Uganda. In: Obot I, Room R, *Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

¹⁶ Kebede D, Ketsela T, Suicide attempts in Ethiopian adolescents in Addis Ababa high schools, *Ethiopian Medical Journal* 31: 83–90, 1993.

¹⁷ Odejide O, Alcohol policies in Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1): 27–39, 2006.

¹⁸ Parry C et al, Trends in adolescent alcohol and other drug use: Findings from three sentinel sites in South Africa (1997–2001), *Journal of Adolescence* 27(4): 429–440, 2004.

de syndrome de l'alcoolisme foetal les plus élevés jamais enregistrés, à savoir 19 – 103 pour 1000 naissances.¹⁹

14. On ne peut pas dissocier l'usage nocif de l'alcool de ses conséquences sociales : effritement de la cellule familiale, maltraitance et défaut de soins à l'égard des enfants, malnutrition, problèmes liés au travail, violence, crimes, stigmatisation sociale et pauvreté. Dans la Région africaine, des études ont montré qu'il existe des liens entre l'usage de l'alcool et la violence au foyer; des études ont également révélé que le coût de l'impact économique de l'alcoolisme sur la société sud-africaine peut être évalué à US \$1,7 milliard environ par an, soit 2 % du produit intérieur brut.²⁰ Cet impact économique comprend les coûts relatifs aux services de santé, au système de protection sociale et au système de justice pénale, ainsi que la perte de productivité.

15. D'un autre côté, les boissons traditionnelles constituent une importante source d'emplois et de revenus économiques en Afrique, surtout pour les femmes qui peuvent ainsi contribuer économiquement à la vie de la famille.²¹ Dans un sens plus général, les boissons alcoolisées contribuent aux économies nationales et aux recettes fiscales; et ce secteur est reconnu par l'État comme pourvoyeur d'emplois dans les secteurs formel et informel. Il convient de poursuivre des recherches dans ce domaine, mais les données actuellement disponibles laissent penser qu'une diminution de la consommation, résultant de mesures de lutte efficaces, ne perturberait pas nécessairement les niveaux de l'emploi dans les secteurs d'activité liés à l'alcool.²²

16. On ne peut pas fermer les yeux sur le coût énorme que représentent les préjudices d'ordre social et sanitaire liés à l'usage nocif de l'alcool; ce coût exige au contraire qu'on adopte une réglementation sur l'utilisation de l'alcool. La plupart des pays africains ne disposent pas de mécanismes réglementaires et législatifs – ou ne les appliquent pas – sur le commerce de l'alcool, 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, ni sur la publicité et la vente, la disponibilité, la fixation des prix et le commerce illicite de l'alcool. Les quelques politiques qui peuvent exister ont été progressivement affaiblies ou démantelées, souvent sous la pression de la mondialisation de plus en plus grande du commerce.

17. Les problèmes liés à l'alcool dans la Région ne sont pas reconnus ou traités dans le cadre du système de santé, faute de compétences et de connaissances appropriées ainsi que de ressources et de conditions adéquates pour un dépistage et une intervention efficaces. La plupart des données qui existent sont des estimations qui peuvent ne pas traduire la situation réelle dans les pays, surtout en ce qui concerne la consommation d'alcool et ses caractéristiques, et les préjudices de toute nature qu'elle entraîne.

18. De nombreuses parties de la Région africaine ne disposent pas, non plus, d'outils fiables, efficaces et normalisés pour recueillir des informations sur la consommation d'alcool et les préjudices liés à l'alcool. On commence cependant à utiliser progressivement certains outils tels que l'approche graduelle OMS de la surveillance (approche STEPwise), le réseau

¹⁹ OMS, Consultation technique de l'OMS sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

²⁰ OMS, *Global status report on alcohol 2004*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

²¹ Pietila T, Drinking mothers feeding children: Market women and gender politics in Kilimanjaro, Tanzania. In: Bryceson D, *Alcohol in Africa: Mixing business, pleasure, and politics*, Portsmouth, NH, Heinemann, 2002.

²² Anderson P, Baumberg B, *L'alcool en Europe : une approche en santé publique*, Grande Bretagne, Institute of Alcohol Studies, 2006.

épidémiologique de l'Afrique australe sur la toxicomanie et le système d'information sur les drogues de l'Afrique de l'Est.²³

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Rôles et responsabilités des pays

19. Les pays devraient reconnaître que l'usage nocif de l'alcool constitue une importante question de santé publique et examiner son impact sur d'autres problèmes qui sévissent dans la Région tels que les traumatismes, le VIH, la violence et les situations de conflit ou de sortie de conflit, les inégalités d'ordre social et sanitaire, et la pauvreté.

20. Les pays devraient procéder à un examen des questions soulevées dans le présent document en vue d'adopter une position commune sur l'usage nocif de l'alcool, qu'ils présenteront à la session du Conseil exécutif de janvier 2008 et à l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2008.

21. Les pays devraient conduire des enquêtes nationales en utilisant des outils uniformisés; appuyer l'extension des réseaux existants; veiller à la disponibilité de ressources financières et humaines appropriées pour mettre en place, au niveau national, des mécanismes pour la collecte, l'analyse et la diffusion de données factuelles à des fins de prise de décisions; et élaborer des politiques et plans nationaux concernant l'usage nocif de l'alcool.

Rôles et responsabilités de l'OMS et des autres partenaires

22. Compte tenu de la nécessité de recueillir et d'améliorer les données factuelles aux niveaux national et régional, l'OMS fournira aux pays un appui technique et des orientations pour la conduite de l'enquête mondiale sur l'alcool et la santé publique.

23. S'attaquer au mode émergent de consommation d'alcool et aux problèmes associés à l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine au niveau macro et multisectoriel constitue une haute priorité. L'OMS et les autres partenaires, avec la participation de l'Union africaine, devraient faciliter l'adoption de politiques de l'alcool fondées sur des bases factuelles et la conclusion d'accords sur des questions spécifiques en vue de répondre aux besoins de santé publique dans la Région. Une conférence panafricaine devrait être convoquée à ce sujet. Les représentants de tous les secteurs devraient prendre part à une telle conférence.

24. L'OMS et les autres partenaires devraient créer un observatoire régional chargé de suivre les progrès réalisés dans les efforts déployés pour s'attaquer à l'usage nocif de l'alcool dans la Région. L'OMS doit aider les États Membres à élaborer, mettre en œuvre et évaluer des politiques et plans nationaux sur l'usage nocif de l'alcool.

25. L'OMS devrait préparer une stratégie régionale pour s'attaquer à l'usage nocif de l'alcool dans la Région africaine, qu'elle présentera à la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 2009.

²³ Morojele N et al, Report of the first Pan African consultation on alcohol policy and its significance to the Region, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2): 186-190, 2006.