

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مَنْظَرَةُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC53/4
Septembre 2006

Cinquante-troisième session

Original : arabe

Point 8 a) de l'ordre du jour

Document technique

**Les problèmes de santé publique liés à la consommation
d'alcool dans la Région de la Méditerranée orientale**

Contents

Résumé d'orientation	i
1. Introduction	1
2. Situation mondiale	1
3. Situation régionale	1
4. Questions politiques et stratégiques.....	4
4.1 Disponibilité des informations.....	4
4.2 Système d'information.....	5
4.3 Questions politiques	6
5. Conclusions	9
6. Recommandations.....	9
Références.....	10

Résumé d'orientation

Environ 2 milliards de personnes dans le monde consomment de l'alcool, et on estime que près de 76 millions d'entre elles présentent des troubles liés à la consommation d'alcool. L'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2005 a adopté la résolution WHA58.26 intitulée « Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ». Selon le rapport du Secrétariat à l'Assemblée mondiale sur ce sujet, « les stratégies et les interventions dans le cadre des soins de santé, dans la communauté ou dans la société en général, ne sont pas aussi efficaces dans tous les pays ou les milieux sociaux. En raison des variations régionales dans la consommation moyenne d'alcool et des modes de consommation, les priorités au niveau d'un pays ou d'une région devraient s'appuyer sur les données de recherche disponibles ». L'information concernant l'alcool dans la Région de la Méditerranée orientale est insuffisante ; selon le document *WHO Global Status Report on Alcohol 2004* [Rapport mondial OMS sur la situation concernant l'alcool 2004], des informations de 12 pays seulement sont disponibles dans la Région.

D'après les conclusions de l'étude sur la charge mondiale de morbidité pour l'année 2000, l'alcool ne figure pas parmi les 15 premières causes d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues dans la Région de la Méditerranée orientale tandis qu'en Europe, les problèmes liés à l'alcool sont classés au quatrième rang et aux Amériques, au deuxième rang. Même après avoir pris en compte les modes de consommation dangereux pour la Région, on a calculé que la charge de morbidité générale due à la consommation d'alcool dans la Région est toujours la plus faible au monde. Toutefois, les questionnaires envoyés aux ministères de la Santé en 2003 ont montré que la consommation d'alcool est généralement perçue par les autorités sanitaires comme étant « modérée à considérable », et dans la plupart des pays, on note une tendance à l'augmentation. Des études indépendantes sur des groupes de personnes, notamment des jeunes, soutiennent une telle augmentation concentrée.

La triangulation de différentes sources de données mène à la conclusion selon laquelle, si la consommation d'alcool ne pose pas un problème de santé majeur imminent dans la Région, elle prend des dimensions considérables dans les groupes de jeunes et devient une menace potentielle pour la santé. Ceci nécessite que des mesures de précaution soient prises pour éviter l'aggravation de la situation. Une forte stratégie de prévention et de réduction de la demande est nécessaire dans la Région. Une politique régionale, de préférence intégrée à la politique générale de santé mentale et associée à d'autres programmes de prévention de l'abus de substances psychoactives de la Région, doit être mise au point. Les mesures ne peuvent se limiter à imiter exactement les programmes actuellement en cours dans les pays ayant une forte prévalence de consommation d'alcool. Les stratégies de prévention reposant sur des bases factuelles et la fourniture de services correspondants dans le cadre des systèmes de santé peuvent être les principaux domaines d'activité. Du fait du danger qui consiste à négliger d'autres substances toxicomanogènes et des possibilités de passage à des drogues ou des modes de consommation encore plus nocifs, toutes les interventions concernant l'alcool devraient être intégrées aux stratégies et aux programmes de prévention et de traitement de l'abus de substances psychoactives. Il y a un besoin réel de promouvoir une recherche bien conçue et de développer une base factuelle pour déterminer l'ampleur, le mode et la tendance de la consommation d'alcool dans la Région, et de l'impact qu'elle a sur la santé. Il faudrait sensibiliser les États Membres sur le potentiel concernant les problèmes de santé publique dus à la consommation d'alcool et la nécessité de développer des stratégies intégrées au niveau national pour s'attaquer à la prévention et au traitement de l'abus de substances psychoactives, y compris l'alcool, et de respecter et d'exploiter l'héritage religieux et culturel de la Région pour lutter contre les problèmes de santé publique liés à l'alcool.

1. Introduction

L'alcool n'est pas un produit ordinaire, mais une substance toxique eu égard aux effets directs et indirects qu'il a sur divers organes et systèmes de l'organisme [1]. C'est l'un des risques les plus nocifs pour la santé. On a identifié au moins 61 types différents de traumatismes, de maladies ou de décès qui peuvent être causés par la consommation d'alcool. Pour 38 de ces affections, des preuves suffisantes d'une association causale directe avec la consommation d'alcool dangereuse ou nocive ont été montrées dans une étude de référence [2]. Les effets négatifs de l'alcool ont été démontrés pour de nombreux troubles, y compris la cirrhose du foie, la maladie mentale, plusieurs types de cancer, la pancréatite, et l'atteinte du fœtus chez la femme enceinte. En outre, la consommation d'alcool est fortement associée à des conséquences sociales telles que les accidents et les décès dus à la conduite en état d'ivresse, le comportement agressif, les perturbations sociales et la diminution de la productivité industrielle [3]. Près de 2 milliards de personnes consomment de l'alcool dans le monde entier, dont 76 millions environ, soit plus d'un pour cent (1 %), présentent des troubles liés à la consommation d'alcool selon les estimations [4]. Dans les pays où la prévalence de la consommation d'alcool est élevée, la productivité professionnelle est sérieusement affectée par l'absentéisme à la suite d'excès de boisson et la mauvaise performance au travail [5]. Les problèmes liés à l'alcool sont le résultat final d'une interaction complexe entre la consommation individuelle d'alcool et les contextes culturel, socio-économique, politique et l'environnement physique.

L'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2005 a adopté la résolution WHA58.26 intitulée « Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool » [6]. La résolution a reconnu que les modes de consommation d'alcool, le contexte et la quantité totale d'alcool consommée influençaient la santé de la population dans son ensemble et que l'usage nocif de l'alcool compte parmi les principales causes sous-jacentes de maladie, de traumatisme, de violence, d'incapacité, de problèmes sociaux et de décès prématurés. Les caractéristiques religieuses, culturelles et socioéconomiques dans la Région de la Méditerranée orientale, et le mode différent d'abus d'alcool et d'autres substances psychoactives dans la Région nécessitent une personnalisation et une adaptation des stratégies mondiales sur la base des éléments pertinents.

2. Situation mondiale

L'étude sur la charge mondiale de morbidité (1997) a estimé qu'en 1990, l'alcool était responsable de 773 600 décès, de 19,3 millions d'années de vie perdues et de 47,7 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues dans le monde [6]. Il a été montré que le niveau de dommage était lié au mode, y compris le niveau, de consommation dans un pays, la mortalité générale augmentant de 1,3 % par litre d'alcool pur supplémentaire consommé par habitant [7]. Une étude similaire en 2000 a estimé que l'alcool était responsable de 3,2 % des décès mondiaux (comparaison estimée pour 1990 : 1,5 %) et 4 % des AVCI perdues dans le monde (comparaison estimée pour 1990 : 3,5 %). En 2000, selon les estimations, la consommation d'alcool a causé 1,8 millions de décès dans le monde [8]. Ceci indique que le nombre des décès attribuables à l'alcool a doublé tandis que le nombre d'années avec incapacité a augmenté marginalement au cours des dix années. Bien que les données aient également montré que certains modes de consommation entraînaient des effets bénéfiques, comme par exemple la prévention de 300 000 accidents vasculaires (davantage chez les femmes) dans les économies de marché établies d'Europe de l'Ouest, d'Amérique du Nord et de la Région du Pacifique occidental, l'alcool cause près de 600 000 accidents vasculaires, menant à un total net de 268 000 décès dans le monde. « De manière générale, les effets néfastes de l'alcool sur la mortalité et sur la charge de morbidité en général dépassent de loin les effets bénéfiques » [8]. Même les effets bénéfiques d'une consommation d'alcool modérée ont été récemment remis en cause sur des bases méthodologiques [9].

3. Situation régionale

La situation de la consommation d'alcool et les dommages qui y sont associés dans la Région de la Méditerranée orientale sont loin d'être clairs. Bien qu'une quantité considérable d'informations ait été rassemblée même en provenance des pays en développement [8,10], la Région est assez pauvre en termes de production et de diffusion de ces informations. Selon le document de l'OMS *Global Status Report on Alcohol 2004*, des informations n'étaient disponibles que pour 12 des 21 États Membres de

la Région, tandis qu'elles étaient disponibles pour 32 des 35 États Membres de la Région des Amériques. Ceci pourrait être attribuable à une forte stigmatisation ou à une prévalence inférieure dans la Région. Le même rapport mentionne que « la Région de la Méditerranée orientale affiche une consommation faible constante » [4]. Il y a une variation considérable dans le degré des dommages liés à l'alcool dans les différentes régions du monde [6,11].

Le Tableau 1 compare le pourcentage estimatif pour les différents résultats du Moyen-Orient à ceux du monde [6]. Les données reflètent le rôle protecteur des facteurs religieux et culturels locaux au Moyen-Orient, les pays du Croissant du Moyen-Orient montrant le plus faible pourcentage pour le total de décès, d'années de vie perdues et d'AVCI non seulement par rapport à la moyenne mondiale, mais aussi quand on le compare avec chaque autre Région.

Tableau 1. Comparaison du Moyen-Orient avec le monde en termes de pourcentage de mortalité et d'incapacité liées à l'alcool, 1997

En pourcentage de	Croissant du Moyen-Orient*	Monde
Total de décès	0,1	1,5
Total des années de vie perdues	0,2	2,1
Total des AVCI	0,4	2,6

* Comprend tous les pays de la côte sud de la Méditerranée, et tous les pays de l'est de la Turquie au Pakistan et du sud du Kazakhstan au Yémen.

D'après les conclusions de l'étude sur la charge mondiale de morbidité pour 2000, les problèmes liés à l'alcool ne figurent pas parmi les 15 premières causes d'AVCI perdues dans la Région de la Méditerranée orientale tandis qu'en Europe, ils sont classés au quatrième rang et aux Amériques, au deuxième rang. Les problèmes liés à l'alcool constituent 4,4 % de toutes les AVCI, dans la Région des Amériques et de l'Europe [10]. Pour obtenir une vision plus claire de l'ampleur de la consommation d'alcool et de son impact dans la Région, des données régionales ont été extraites, synthétisées et comparées avec les données mondiales de la même recherche (Tableau 2) qui montre que les AVCI liées à l'alcool pour la Région de la Méditerranée orientale représentent 0,25 % de toutes les AVCI de ce type dans les pays à faible mortalité et 0,35 % dans les pays à forte mortalité.

Tableau 2. Décès et AVCI liés à l'alcool dans la Région de la Méditerranée orientale par rapport au monde, 2000 [11]

Pourcentage attribuable à l'alcool	Région de la Méditerranée orientale						Monde		
	(MFE, MFA*)			(MEE, MEA**)			F	H	Total
	F	H	Total	F	H	Total			
Décès	0,3	1,5	0,9	0,1	0,5	0,3	0,6	5,6	3,2
AVCI	0,2	0,3	0,25	0,1	0,6	0,35	1,3	6,5	4,0

* Pays à mortalité faible chez l'enfant (MFE) et l'adulte (MFA) : Arabie saoudite, Bahreïn, Chypre, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne et Tunisie.

**Pays à mortalité élevée chez l'enfant (MEE) et l'adulte (MEA) : Afghanistan, Égypte, Iraq, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen.

Dans une étude plus récente, le pourcentage de tous les décès attribués à l'alcool a été signalé comme étant le plus bas dans la Région de la Méditerranée orientale par rapport aux autres régions du monde : 0,35 % par rapport à 4 % [12].

Le volume moyen de la consommation d'alcool dans la Région est compris, selon les estimations, entre 6 et 11 litres d'alcool pur par an par buveur adulte, ce qui est relativement bas par rapport à l'Europe par exemple où il est compris entre 9,9 et 16,5 litres par an (en fonction de la région et du type de boisson alcoolisée). De plus, alors que le pourcentage d'alcoolodépendance dans la Région de la Méditerranée orientale est de 0 %, il est compris entre 0,2 % et 3,4 % en Europe [13].

La consommation annuelle d'alcool de marque par an et par buveur est encore plus faible selon les estimations. Sur la base des rapports annuels des Statistiques du commerce international et de la base de données de la Division des Statistiques des Nations Unies sur le commerce de marchandises (2006)

pour les valeurs commerciales importées/exportées des boissons alcoolisées dans les États Membres [14], les dépenses annuelles moyennes pour l'achat d'alcool importé par personne âgée de 15-65 ans étaient comprises entre USD 0,005 et USD 13,1. Ceci montre que, même si on découvrait que la consommation d'alcool constituait une épidémie cachée dans la Région, elle serait principalement basée sur l'alcool de fabrication domestique ou l'alcool de contrebande.

Le mode de consommation est aussi important que le volume consommé. Une grande partie de l'effet nocif de l'alcool, notamment chez les jeunes, provient de la consommation épisodique (consommation occasionnelle excessive) plutôt que de la consommation dépendante d'alcool quotidienne. Il s'agit particulièrement d'un problème de jeunes, plus spécialement dans les parties en développement du monde, qui boivent avec l'intention de s'enivrer [15,16,17]. Il est donc important de prendre en compte ce mode de consommation dans l'estimation des problèmes liés à l'alcool. Les modes de consommation sont classés sur une échelle allant de 1 à 4, où le niveau 1 correspond au risque le moins important et le niveau 4 au plus néfaste [7]. Le niveau de risque a été calculé comme étant 2,0 pour la Région de la Méditerranée orientale, par rapport à des niveaux de 1,0 pour des pays du Pacifique occidental tels que l'Australie et le Japon, de 1,3 pour des pays d'Europe occidentale tels que l'Allemagne, la France et le Royaume-Uni et de 3,0 pour la Fédération de Russie et l'Ukraine [12]. Même si l'on tient compte des modes de consommation relativement dangereux estimés pour la Région, la charge de morbidité due à la consommation d'alcool est encore la moins importante dans le monde [18]. Les données sont synthétisées dans le tableau 3.

Tableau 3. Comparaison de la charge de morbidité liée à l'alcool*

Proportion de la charge de morbidité totale qui est liée à l'alcool	(%)
Moyen-Orient islamique	1,3
Pays les plus pauvres d'Afrique et d'Amérique	2,0
Pays en développement en meilleure situation en Amérique, en Asie et dans le Pacifique	6,2
Amérique du Nord, Europe occidentale, Japon, Australie	6,8
Europe de l'Est et Asie centrale	12,1
Monde	4,0

* Données en milliers d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), ajustées pour le mode de consommation dangereux (adaptées de 2005 [18]).

De plus, prenant comme exemple le risque estimatif de consommation d'alcool et son effet néfaste sur les fonctions hépatiques, le Project prioritaire de lutte contre la maladie estime que l'alcool représente 8 % de la fraction attribuable dans la population de la mortalité au Moyen-Orient et en Afrique du Nord contre 58 % en Europe.

De manière importante, l'étude sur la charge de morbidité liée à l'alcool a estimé la charge liée à l'alcool au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à 144 000 AVCI en 2001, ce qui est relativement faible par rapport à l'Europe et l'Asie centrale (5 949 000 AVCI) ou l'Asie de l'Est et le Pacifique (4 540 000 AVCI) [12,19]. Toutefois, il y a des domaines dans lesquels davantage d'informations sur les conséquences de la consommation d'alcool sont nécessaires. Par exemple, il serait important de mesurer l'impact ajouté par l'usage de l'alcool sur un foie déjà atteint dans les populations de la Région de la Méditerranée orientale, en particulier dans les pays où l'hépatite chronique est une préoccupation de santé publique [20].

Les données précédentes impliquent que dans la Région de la Méditerranée orientale, même après avoir pris en compte les modes de consommation dangereux, les dommages causés par l'alcool ne sont pas comparables à la situation mondiale moyenne. Même si l'on tient compte de certaines différences méthodologiques dans la collecte et l'analyse de données entre 1990 et 2000, la situation n'a pas changé considérablement durant ces dix années.

Pour trianguler les informations de différentes sources, les taux d'abstinence provenant du rapport *Global Status Report on Alcohol* [4] montre que le taux d'abstinents à un an dans la population d'adultes est assez élevé dans certains pays de la Région (82,5 % - 99,5 %) et soutient la faible incidence de la consommation d'alcool dans la Région. Par comparaison, le taux d'abstinence pour la

plupart des pays européens dans la même source était inférieure à 25 % ; au Danemark, il était de 4 % et en France de 6,7 % [4]. Toutefois, puisque le rapport inclut également les taux d'abstinence à 100 % dans les pays où il y a des rapports indépendants mentionnant une consommation considérable, la fiabilité de ces informations devrait être réexaminée. Les données sur l'abstinence sont tirées d'enquêtes, et l'impact de la stigmatisation sur ces enquêtes doit être étudié. En ce qui concerne les données sur la consommation, la possibilité de variations métaboliques entre les groupes ethniques mérite également une investigation.

Malgré la nature rassurante de ces chiffres provenant de la Région, la préoccupation augmente. Dans une enquête régionale sur l'usage de substances psychoactives, réalisée par le Bureau régional [21], 15 pays ont mentionné le degré de consommation d'alcool comme étant compris entre modéré et considérable, et 11 de ces pays ont estimé que la tendance est en augmentation sur les cinq dernières années. De manière générale, l'alcool est perçu par les autorités sanitaires dans la Région comme étant consommé modérément à considérablement, et il y a une tendance à la hausse perçue dans la plupart des pays. Sept pays (Afghanistan, République islamique d'Iran, Jordanie, Liban, Maroc, Pakistan et Somalie) ont signalé l'alcool comme étant la substance psychoactive la plus utilisée par les jeunes de moins de 20 ans. Dans la plupart des pays, les opiacés, suivis par le cannabis, reçoivent l'attention la plus importante de la part du public et des responsables de l'élaboration des politiques. Toutefois, aux Émirats arabes unis, au Maroc, à Oman et au Pakistan, indifféremment des différents taux de prévalence de l'abus d'opiacés, l'alcool a fait l'objet de plus d'attention. Ces données sont basées sur les informations qui semblent refléter l'évaluation principalement qualitative de la situation. En effet, la plupart des informations sur les modes d'abus de drogues proviennent de l'opinion d'experts ou de personnes responsables de la lutte contre l'abus de drogues dans les pays, et/ou de rapports d'admission dans les centres de traitement [22]. La plupart des données sont des estimations plutôt que des données objectives, car seuls huit États Membres ont un organisme national chargé de la collecte des données sur l'usage des substances psychoactives, dont cinq disposent d'estimations officielles sur les utilisateurs de substances psychoactives/toxicomanes actuels. Des enquêtes épidémiologiques (avant 2002) ont été réalisées dans neuf pays de la Région, tandis que six pays ont signalé avoir des études sur les utilisateurs de substances psychoactives s'intéressant aux modes de consommation, attitudes, comportement, etc.

Malgré la faible prévalence des problèmes liés à l'alcool et les taux d'abstinence élevés signalés dans la population générale de la Région, les problèmes liés à l'alcool peuvent être concentrés dans des poches de population. La population de la Région est jeune et il y a de plus en plus de preuves qui s'accumulent en ce qui concerne un degré considérable de consommation dangereuse, y compris chez les jeunes et les étudiants. De nombreuses études épidémiologiques réalisées dans différents pays montrent qu'environ 22 % - 50 % des étudiants ont déjà consommé de l'alcool et que son utilisation a été en augmentation dans ce groupe dans certains pays. La recherche indique également que dans les groupes vulnérables, les modes de consommation peuvent être assez dangereux, par exemple dans les rapports médico-légaux et les rapports de police concernant les traumatismes et la violence [23,29].

En résumé, toutes les informations disponibles reflètent un faible taux de consommation dans la population générale mais un mode de consommation d'alcool dangereux dans les groupes de jeunes. L'alcool ne peut pas être défini comme un problème de santé publique majeur imminent dans la Région de la Méditerranée orientale, mais du fait de la jeunesse de la population dans la Région, il peut être perçu comme une menace potentielle pour l'avenir. La mondialisation intensifie le commerce et le tourisme, deux facteurs qui pourraient augmenter l'exposition future à l'alcool et la consommation qui en découlera dans la Région.

4. Questions politiques et stratégiques

4.1 Disponibilité des informations

La résolution WHA58.26 (2005) a réaffirmé les résolutions précédentes concernant l'alcool et la réduction de la charge de morbidité associée à l'alcool. Un certain nombre de stratégies dites d'efficacité avérée sont utilisées dans plusieurs parties du monde pour réduire les problèmes associés à

l'alcool : la fixation d'un âge légal minimum pour l'achat de boissons alcoolisées ; le monopole d'État sur les ventes au détail ; la limitation des heures ou des jours de vente ; les restrictions concernant la densité des débits de boissons ; les taxes sur l'alcool ; les alcootests ; la baisse de l'alcoolémie autorisée pour les conducteurs ; et les interventions dans le cadre des soins de santé.

Selon le rapport sur ce sujet par le Secrétariat à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé concernant les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, « les stratégies et les interventions dans le cadre des soins de santé, dans la communauté ou dans la société en général, ne sont pas aussi efficaces dans tous les pays ou les milieux sociaux. En raison des variations régionales dans la consommation moyenne d'alcool et des modes de consommation, les priorités au niveau d'un pays ou d'une région devraient s'appuyer sur les données de recherche disponibles » [30].

Dans sa résolution EM/RC52/R.5 (2005), le Comité régional a formulé deux recommandations spécifiques sur l'alcool dans lesquelles il a invité instamment les États Membres :

1. à établir un système d'information et entreprendre des recherches ciblées afin de suivre l'évolution des tendances en matière d'utilisation de substances psychoactives, de dépendance et de consommation d'alcool, et favoriser la création d'une base factuelle ;
2. à aborder la question de la consommation d'alcool comme une question de santé publique potentiellement majeure et établir des mécanismes pour surveiller la production, l'importation et la contrebande et des moyens de contrôler la consommation et faire face aux risques pour la santé liés à la consommation d'alcool.

La première recommandation souligne le fait que la quantité d'informations disponibles dans la Région n'est pas suffisante pour permettre des recommandations régionales pratiques clairement définies, et la deuxième implique que, sur la base des informations disponibles actuellement, l'alcool dans la Région ne devrait pas être perçu comme un problème de santé publique potentiel majeur. Cet examen des données disponibles fournit un appui supplémentaire aux deux recommandations.

4.2 Système d'information

Aucune intervention stratégique ne serait faisable sans informations de base claires concernant la consommation d'alcool dans la Région. Développer la base de connaissances pour la Région est une condition préalable nécessaire pour l'élaboration des politiques. Il est important de documenter les niveaux et les modes de consommation qui contribuent à la charge de problèmes liés à l'alcool, et d'évaluer et de diffuser les connaissances sur les stratégies efficaces pour la réduction des taux des problèmes liés à l'alcool [17]. Une fois que la société développe une tradition concernant ces enquêtes, elles deviennent des instruments permettant de surveiller les tendances dans différents groupes sociaux et parfois d'évaluer les effets des politiques d'intervention [7]. Il y a un besoin sérieux d'obtenir les informations suivantes : prévalence et démographie, volume de la consommation d'alcool, mode de consommation d'alcool, déterminants religieux, culturels et socio-économiques en tant que facteurs protecteurs ou facteurs de risque, et possibilités de substitution par d'autres drogues nocives en cas de transition des politiques vers des mesures plus restrictives contre l'alcool. Les tabous religieux et culturels qui entourent l'alcool dans notre Région ont contribué positivement au faible niveau de consommation d'alcool. Toutefois, cette caractéristique et la forte stigmatisation associée à l'alcool empêchent aussi la communauté et les gouvernements de signaler les faits concernant les problèmes liés à l'alcool de manière transparente. Une notification plus transparente des problèmes liés à l'alcool et aux substances psychoactives demeure un défi majeur dans la Région. Il y a toutefois des exemples de mesures courageuses prises par certains États Membres dans la bonne direction, ce qui fournit de bons modèles à suivre pour les autres.

La fiabilité des données existantes dans la Région doit être réexaminée, les données pouvant ne pas être fondées sur des bases factuelles, principalement du fait de la stigmatisation qui est associée à la consommation d'alcool dans la Région. Il y a un besoin de données plus fiables et des études doivent donc être entreprises pour établir un profil de la consommation d'alcool et de son impact dans la Région. Il est également nécessaire de collecter des données grâce à la collaboration avec d'autres

sources, telles que des établissements universitaires et des organisations non gouvernementales, travaillant dans ce domaine ainsi que d'autres secteurs, tels que les douanes, l'intérieur, le commerce, la police, le judiciaire et d'autres secteurs, concernant la production, l'importation et la vente d'alcool. Ceci permettra d'améliorer grandement la base de connaissances.

Le suivi de la situation est une étape essentielle. L'évaluation des tendances dans les différents groupes est tout aussi importante, ainsi que la surveillance des problèmes liés à l'alcool. La réponse apportée par les systèmes de soins de santé aux problèmes de santé liés à l'alcool mérite également une étude.

4.3 Questions politiques

L'élaboration des politiques sur la consommation d'alcool est complexe dans la Région. Le haut niveau de motivation religieuse et culturelle en faveur de l'abstinence dans la population générale dans de nombreux pays de la Région est un facteur favorable. En même temps, l'alcool est prohibé et considéré comme un crime dans certains pays ; pourtant, la consommation peut être en augmentation dans des groupes de personnes dans les pays.

« Une politique efficace en matière d'alcool ne doit pas être simplement une collection parsemée de mesures spécifiques mais doit plutôt être une réponse intégrée aux systèmes sociaux complexes qui produisent les problèmes liés à l'alcool... Les stratégies de prévention des problèmes posés par l'alcool semblent être synergétiques dans leurs effets mais dans certaines situations, elles peuvent créer des malentendus : une politique de prohibition, par exemple, rend difficile la poursuite de mesures qui isolent la consommation des dommages » [30]. Les différentes questions politiques sont examinées ci-après.

a) Questions et interventions culturo-religieuses

La consommation d'alcool est interdite dans l'Islam et la prévalence plus faible des problèmes liés à l'alcool dans la Région de la Méditerranée orientale peut être perçue comme une conséquence directe de la culture et des croyances religieuses prédominantes. Même dans des pays situés en dehors de la Région, l'Islam a été montré comme ayant un rôle protecteur contre l'alcool [7,10]. Basheer, dans son examen complet du rôle joué par l'Islam dans la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, explique comment la politique a été efficace au début de l'ère islamique [31], par l'adoption des principes généraux de la méthode « étape par étape » et en recourant à l'intelligence humaine, au raisonnement rationnel et à la démonstration par exemple, afin de faire appliquer la force de dissuasion et la conviction logique ».

Basheer fait référence à la distinction entre les « enivrants » et une « bonne nourriture » faite dans la première révélation coranique, qui en appelait au bon jugement et au sens rationnel des gens concernés pour établir une différence entre une pratique bénéfique et une pratique nocive. La deuxième révélation fait référence aux « enivrants » et aux « jeux de hasard », en ce que les deux comportent à la fois un grand dommage et une (certaine) utilité pour l'homme; mais le dommage est plus grand que leur utilité. Toutefois, la décision finale de s'abstenir de consommer le *khamr* (boisson enivrante) ou de continuer à le faire était encore laissée à la décision personnelle. La troisième révélation recommande aux musulmans de ne pas prier lorsqu'ils sont en état d'ivresse. Ces mesures permettaient un retrait progressif de l'alcool, la dernière révélation étant un commandement à se désister. Ceci est apparu trois années plus tard, mettant l'accent sur le fait que les enivrants et les jeux d'argent représentent « l'infamie de l'œuvre de Satan » qui avive inimitié et haine dans la communauté musulmane, et les empêchent de se souvenir de Dieu et de la prière ».

Aucune référence n'est faite dans le Coran à la punition imposée à un alcoolique, mais le Prophète (Paix sur Lui) prescrivait une sanction disciplinaire à l'encontre d'un alcoolique dont l'ivresse était constatée en public, car il défie la communauté. La sanction appliquée changeait à la discrétion du dirigeant. Baasher souligne que le degré de succès des décrets d'interdiction dépend d'un certain nombre de facteurs, « notamment la volonté, la conviction et le soutien effectif des gens. Ceci par nécessité prend du temps... » Dans le modèle qui a été appliqué initialement à l'aube de l'Islam, une attention due a été accordée à « la retenue religieuse et au système étape par étape de la désensibilisation progressive, de la persuasion et de l'implication communautaire efficace ». Le

Prophète (Paix sur Lui) définissait explicitement le *khamr* (boissons fortes) en disant « le *khamr*, c'est tout ce qui enivre, et tout ce qui enivre (*khamr*) est interdit ainsi que tout ce qui obscurcit l'esprit ».

Bien que l'Islam ne fasse pas de distinction entre les substances qui altèrent l'esprit, l'alcool est porteur d'une plus grande stigmatisation que les autres substances dans la plupart des pays de la Région du fait de la croyance courante parmi les profanes que les interdictions religieuses sont orientées spécifiquement contre l'alcool. Ces stigmas peuvent entraîner une dissimulation du problème, ce qui rend les enquêtes sur la consommation d'alcool plus difficiles.

Faire le meilleur usage des atouts religieux dans la Région pour le renforcement de la réduction de la demande, et aborder efficacement la sous-culture traditionnelle de la dissimulation et du déni des problèmes liés à l'alcool sont deux aspects différents qui doivent être pris en considération dans l'élaboration des politiques.

b) Conséquences de l'intervention négligente et de la possibilité d'un passage à des modes plus dangereux d'abus de substances psychoactives

Il a été montré que des niveaux élevés de consommation d'alcool non déclarés peuvent diminuer l'efficacité des politiques étatiques, même si elles sont mises en œuvre fidèlement [32,33]. La production domestique ou illicite d'alcool de qualité douteuse peut avoir augmenté le danger lié à la consommation en Russie [16,30]. En Inde, les politiques prohibitionnistes n'ont pas réussi à être efficaces, et ceci a été principalement attribué à la consommation élevée d'alcool de fabrication domestique et illicite par les hommes [32]. On pense que l'alcool de fabrication domestique ou de contrebande peut être la source principale d'alcool dans la Région, mais des données fermes manquent. Des informations sont nécessaires sur la mesure dans laquelle les restrictions sur la vente dans certains pays détournent les consommateurs vers le marché noir et la production domestique. La recherche sur la consommation de méthanol manque également dans la Région.

Une des principales préoccupations concernant toute nouvelle politique sur les substances psychoactives réside dans la possibilité d'une substitution d'une drogue par une autre, notamment lorsqu'une telle substitution se fait pour passer à un usage plus nocif. Il y a des preuves suffisantes pour certains types de substances psychoactives [34] indiquant que des changements peuvent survenir lorsqu'une substance psychoactive est supprimée, par exemple le passage de l'héroïne à la cocaïne. Bien qu'il y ait insuffisamment de preuves pour confirmer des passages de l'alcool aux opiacés, il y a des indications montrant une attitude commune favorable à un tabagisme intensif, l'utilisation de l'alcool et l'utilisation d'autres substances psychoactives illicites [35,36]. Il y a également certaines expériences régionales montrant que la mise en place de mesures prohibitives contre l'alcool ne s'est pas forcément accompagnée de l'éradication d'autres substances psychoactives nocives. Il y a eu une augmentation de l'usage des opiacés, de l'héroïne, de l'injection d'héroïne (avec l'augmentation ultérieure des cas de VIH/SIDA) dans certains pays. La Région de la Méditerranée orientale est le principal producteur d'opium dans le monde et l'utilisation de l'héroïne est très courante, tout au moins dans certains pays. Il est tout aussi important de noter que la consommation de drogues par injection a été signalée comme étant en augmentation dans de nombreux pays de la Région (Afghanistan, Bahreïn, Égypte, République islamique d'Iran, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie et Yémen) [22].

D'autres études sont nécessaires pour clarifier la possibilité d'une transition de l'alcool vers les opiacés.

c) Applicabilité des stratégies dites d'efficacité avérée pour la Région de la Méditerranée orientale

Stratégies de restriction

Certaines des stratégies restrictives visant à réduire la charge de morbidité liée à l'alcoolisme sont les suivantes : fixation d'un âge légal minimum pour l'achat de boissons alcoolisées ; monopole d'État sur les ventes au détail ; limitation des heures ou des jours de vente ; restrictions concernant la densité des débits de boissons ; et taxes sur l'alcool. Ceci ne semble pas applicable à la plupart des pays où

l'alcool n'est pas en vente libre comme il l'est dans les pays d'autres régions, et où l'alcool consommé est acheté au marché noir ou est de fabrication domestique.

Toutefois, il y a des différences entre les pays, et dans ceux où l'alcool est vendu plus librement, certaines des stratégies mentionnées plus haut peuvent être adaptées pour application au niveau local. Par exemple, dans les pays où l'alcool est vendu librement sur le marché, des politiques fiscales plus restrictives, des limites pour les heures d'ouverture des bars et un contrôle plus strict de la limite d'âge inférieure pour l'achat peuvent être appliqués.

Stratégies de dépistage

Les épreuves respiratoires aléatoires, les alcootests et la détermination de valeurs limites d'alcoolémie pour les conducteurs sont des stratégies communes utilisées dans les pays ayant une forte consommation d'alcool. Ces techniques ne semblent pas applicables à la plupart des pays de la Région. Premièrement, la validité prédictive de ces méthodes a une relation inverse avec la prévalence. Dans des situations de faible prévalence de consommation d'alcool, il serait problématique d'utiliser des outils à faible validité prédictive. Deuxièmement, le rapport coût-efficacité de ces méthodes dans les communautés ayant de faibles niveaux de consommation est hautement contestable. Troisièmement, les conséquences légales et sociales des résultats faux positifs sont beaucoup plus graves dans la Région. Par exemple, certains pays dans d'autres régions mesurent le taux d'alcoolémie chez les femmes enceintes pour éviter le syndrome d'alcool fœtal. Du fait de la très faible possibilité dans la Région de la Méditerranée orientale d'avoir des vrais positifs, la validité prédictive du test serait assez faible, et le dépistage ne serait ni d'un bon rapport coût-efficacité ni éthiquement acceptable. Des informations basées sur la recherche sont toutefois nécessaires en ce qui concerne l'impact de l'utilisation d'alcool et d'autres substances sur les accidents de la route comme première étape dans la prévention. Sur la base de ces informations, certains États Membres peuvent trouver des domaines spécifiques pour des interventions adaptées localement.

Interventions dans le cadre des soins de santé

C'est notamment dans le domaine des interventions sur les systèmes de santé que la plupart de l'expérience mondiale peut être trouvée applicable à la Région. L'absence d'installations de traitement pour les problèmes médicaux liés à l'alcool constitue un domaine dans lequel il y a un besoin important. La mise en place de tels centres ne fournit pas seulement une bonne occasion d'aider ceux qui sont touchés, mais procure également des informations valables aux systèmes de santé en ce qui concerne le degré et les modes d'abus d'alcool dans la Région.

De brèves interventions ou des conseils pour les jeunes ayant des niveaux dangereux de consommation d'alcool peuvent être appliqué(e)s dans le cadre des soins de santé et sont signalé(e)s comme étant efficaces [37]. Il y a toutefois certains domaines dans lesquels davantage d'informations sont nécessaires pour pouvoir mettre au point des politiques pertinentes. L'intoxication au méthanol entraînant la cécité ou la mort que l'on suppose plus courante dans la Région du fait de l'utilisation plus importante d'alcool de fabrication domestique et illicite est un autre exemple.

Stratégies préventives

La sensibilisation du public et la fourniture d'informations et d'éducation aux jeunes sont importantes. Il est préférable de le faire en appliquant des modèles de marketing social, basés sur l'évaluation des besoins et l'évaluation ultérieure. Bien qu'un examen systématique soutienne l'opinion que les campagnes médiatiques sont efficaces pour réduire la conduite sous l'effet de l'alcool et les accidents dus à l'alcool [38], une approche reposant sur des bases factuelles devrait être suivie pour toutes les activités de sensibilisation et de formation pour garantir l'efficacité et la rentabilité de ces activités. Les autres programmes de prévention, tels que l'enseignement des compétences essentielles à l'école, sont des moyens importants d'aborder la question. De nouveau, des études régionales sont nécessaires pour baser ces interventions sur des preuves solides. Du fait du niveau important de stigmatisation de l'alcool dans la Région, il serait intéressant d'explorer l'utilisation de l'Internet dans la communication avec les jeunes et leur sensibilisation concernant l'alcool et les autres substances psychoactives [39].

La croyance religieuse est un atout fort contre tous les types d'abus de substances psychoactives. Les établissements religieux de la Région ont joué un rôle important dans la protection des jeunes contre l'abus de substances psychoactives et continueront à le faire. Pour les jeunes qui sont moins intéressés à prendre part à des cérémonies religieuses officielles et qui semblent être davantage vulnérables à l'abus de substances psychoactives, il serait utile de les aider à développer leur propre vie spirituelle et constructive, en encourageant un mode de vie sain, et en développement des objectifs de vie bien définis, sans rechercher le plaisir dans l'alcool et les autres substances psychoactives.

5. Conclusions

Du fait de l'interdiction religieuse et de la réglementation qui en découle, l'alcool ne constitue pas un problème de santé publique majeur imminent dans les pays de la Région. Toutefois, il est considéré comme une menace potentielle pour la santé du public, en particulier les jeunes, et une politique régionale devrait être mise au point pour la Région. Ces mesures ne peuvent se contenter d'imiter les programmes actuellement en cours dans les pays ayant une forte prévalence de consommation d'alcool et différents contextes religieux et culturels. Les stratégies de prévention reposant sur des bases factuelles et la fourniture de services correspondants dans le cadre des systèmes de santé sont les principaux domaines d'activité. Un soin important devrait être apporté pour respecter et exploiter l'héritage religieux et culturel de la Région de la meilleure manière possible. Du fait du danger qui consiste à négliger d'autres substances toxicomanogènes et des possibilités de passage à des drogues ou des modes de consommation même plus dangereux, toutes les interventions devraient être étroitement liées et intégrées aux stratégies et aux programmes généraux de prévention et de traitement de l'abus de substances psychoactives. Puisque les pays de la Région ont des politiques relativement différentes concernant la vente libre d'alcool, on pourrait s'attendre à ce qu'il y ait des différences interpays en ce qui concerne les problèmes liés à l'alcool.

6. Recommandations

Il est recommandé aux États Membres :

1. de promouvoir, en collaboration avec l'OMS, les organisations non gouvernementales, les facultés de médecine et d'autres établissements universitaires qui travaillent déjà dans ce domaine, la réalisation de travaux de recherche et d'études de cas bien conçues pour déterminer l'ampleur, le mode et la tendance de la consommation d'alcool dans la Région, et l'impact pour certaines affections pathologiques et groupes de population.
2. D'établir une base factuelle afin de projeter l'ampleur du problème sur la santé de la population en conjonction avec d'autres facteurs de risque et problèmes, tels que les maladies hépatiques, les traumatismes dus aux accidents de la circulation et la violence.
3. De faire mieux connaître les problèmes de santé publique qui peuvent être causés par la consommation d'alcool et la nécessité de mettre au point des stratégies intégrées au niveau national pour aborder la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, y compris l'alcool.
4. De soutenir les interventions préventives et la sensibilisation par le biais des programmes des modes vie sains, notamment pour les enfants et les jeunes, s'appuyant sur les valeurs culturelles et religieuses pour lutter contre la présentation de l'usage de substances psychoactives, dont l'alcool, sous un jour favorable dans les médias.
5. D'entreprendre le renforcement des capacités à différents niveaux de soins pour aborder les problèmes cliniques liés à l'alcool, y compris des traitements d'intervention brefs dans les États Membres ayant une plus grande prévalence des problèmes de santé liés à l'alcool.

Références

1. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity*. World Health Organization and Oxford University Press, 2004.
2. English DR et al. *The quantification of drug-caused morbidity and mortality in Australia*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, 1995.
3. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Document WHO/MSD/MSB/00.4).
4. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva, World Health Organization, 2005.
5. Wiese JG, Shiplak MG, Browner WS. The alcohol hangover. *Annals of internal medicine*, 2000, 132:897–902.
6. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990\1996*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health for the World Health Organization, 1997.
7. Rehm J et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European addiction research*, 2003, 9:157–64.
8. *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2001 (Document WHO/MSD/MSB/01.8)
9. Fillmore K et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction research and theory*, 2006, 14(2): 101–32.
10. Riley L, Marshall M. *Alcohol and public health in 8 developing countries*. Geneva, World Health Organization, Substance abuse department, Social change and Mental Health, 1999.
11. Murray CJL et al. *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36 (revised). Geneva, World Health Organization, November 2001. (Available at http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper36.pdf)
12. Rehm J et al. Alcohol. In: Jamison D et al. *Disease control priorities in developing countries* (2nd edition). New York, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
13. Rehm J et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 2003, 98(9):1209–28.
14. *UN Classifications Registry*. United Nations Statistics Division. <http://unstats.un.org/UNSD/cr/registry>
15. Jernigan DH. *Global status report: alcohol and young people*. Geneva, World Health Organization, 2001.
16. Nicholson A et al. *Alcohol consumption and increased mortality in Russian men and women : a cohort study based on the mortality of relatives* {Consumption d'alcool et augmentation de la mortalité masculine et féminine : étude de cohorte reposant sur la mortalité des proches. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2005, 83:812–9 (Résumé en français).
17. Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies in collaboration with the World Health Organization, 2002.
18. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*, 2005, 365:519–30.
19. Rehm J. *Alcohol, addiction and public health*. Washington DC, Disease Control Priorities Project, 2003 (Working Paper No. 33).
20. Attia MA. Prevalence of hepatitis B and C in Egypt and Africa. *Antiviral therapy*, 1998, 3 (Suppl. 3):1–9.
21. Report on the questionnaire for regional situation analysis on drug abuse. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.

22. *Report of the Fourth Meeting of the Regional Advisory Panel on the Impact of the Drug Abuse (RAPID), Cairo, Egypt, 27–28 June 2005*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006 (Document WHO-EM/MNH/175/E).
23. Refaat A. Practice and awareness of health risk behaviour among Egyptian university students [Pratiques et connaissances des comportements à risque pour la santé chez les étudiants égyptiens]. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2004, 10(1/2):72–81 (Résumé en français).
24. Soueif MI et al. Use of psychoactive substances among male secondary school pupils in Egypt: a study on a nationwide representative sample. *Drug and alcohol dependence*, 1990, 26:63–79.
25. Abder-Rahman HA, Hadidi KA, Battah AH. Reliability of clinical decisions regarding alcohol influence. *Journal of clinical and forensic medicine*, 1999, 6(3):141–4.
26. Hadidi KA, Battah AH, Hinnawi S. Alcohol in medicolegal cases seen at Jordan University Hospital. *Medicine, science and the law*, 1998, 38(1): 70–3.
27. Karam E et al. Use and abuse of licit and illicit substances: prevalence and risk factors among students in Lebanon. *European Addiction Research*, 2000, 6(4):189–197.
28. Touhami M. Morocco. In: Kortteinen T, ed. *State monopolies and alcohol prevention: report and working papers of a collaborative international study*. Helsinki, Social Research Institute for Alcohol Studies, 1989.
29. Ustun TB et al. The World Health Surveys. In: Murray CJL, Evans DB, eds. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003.
30. *Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, 2005. Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, Rapport du Secrétariat*. Genève, 2005. Disponible sur le site : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58_18_fr.pdf
31. Baasher T. The use of drugs in the Islamic world. *British journal of addiction*, 1981, 26:233–43.
32. Subramanian SV et al. Role of socioeconomic markers and state prohibition policy in predicting alcohol consumption among men and women in India [Prévision de la consommation d'alcool par les hommes et les femmes en Inde en fonction des marqueurs socioéconomiques et de la politique de prohibition appliquée par les États :analyse statistique multiniveaux]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:829–36 (Résumé en français).
33. Poznyak V, Saraceno B, Obot IS. Breaking the vicious circle of determinants and consequences of harmful alcohol use. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(11):803.
34. Mattick RP, Topp L, Degenhardt L. A reduction in the availability of heroin in Australia. *Bulletin on narcotics*, 2004, LVI(1/2):65–88.
35. Ayatollahi SA, Mohammadpoor A, Rajaeifard A. Predicting the stages of smoking acquisition in the male students of Shiraz's high schools, 2003. *Nicotine and tobacco research*, 2005, 7:845–51.
36. Stewart SH et al. New developments in prevention and early intervention for alcohol abuse in youths. *Alcoholism clinical and experimental research*, 2005, 29(2):278–86.
37. Whelan G, Gijssbers AT. Alcohol: the good, the bad and the ugly (editorial). *The Medical journal of Australia*, 2000, 173:231–2.
38. Elder RW et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes, a systemic review. *American journal of preventive medicine*, 2004, 27(1):57–65.
39. Wyrick DL et al. A case for distance education. *Journal of alcohol and drug education*, 2005, 49:5–14.