



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



51^e CONSEIL DIRECTEUR 63^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011

Point 4.5 de l'ordre du jour

CD51/8, Rév.1 (Fr.)
29 septembre 2011
ORIGINAL : ANGLAIS

PLAN D'ACTION POUR RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

Introduction

1. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a approuvé la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (résolution 63.13) (1) en mai 2010. Le présent document propose l'utilisation de la stratégie mondiale de l'OMS comme cadre de référence de l'action et il comprend un plan d'action régional pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale. Le plan d'action régional est axé sur les 10 domaines d'actions politiques et cinq objectifs proposés dans la stratégie mondiale.

Contexte

2. In 2010, la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé, par voie de consensus (résolution WHA63.13) une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, dans le cadre d'une procédure de collaboration élargie, à échelle mondiale.

3. La stratégie mondiale a cinq objectifs : a) une plus grande conscience dans l'ensemble du monde et un engagement plus énergique des gouvernements, b) une base de connaissances plus solide sur l'ampleur des méfaits de l'alcool et sur l'efficacité des interventions, c) un appui technique plus important aux États Membres, d) des partenariats renforcés et e) des systèmes perfectionnés de suivi, de surveillance à des fins de disséminer information de sensibilisation, d'élaboration de politiques et d'évaluation.

4. La stratégie compte dix domaines d'action recommandés : a) leadership, sensibilisation et engagement, b) action des services de santé, c) action communautaire, d) politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant¹, e) offre d'alcool, f) marketing

¹ La note de bas de page pour ce terme ne s'applique qu'à la version originale en anglais.

des boissons alcoolisées, g) politiques de prix, h) réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique, i) réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel et j) suivi et surveillance.

Analyse situationnelle

5. Selon l'OMS, la consommation d'alcool était un des grands facteurs risques de morbidité dans les Amériques en 2004 (2). La consommation nocive d'alcool était responsable de plus de 347 000 décès et de 9,6% de toutes les AVCI perdues dans la Région imputables à toutes les causes et parmi tous les groupes d'âges, même en considérant les effets protecteurs modérés, particulièrement par rapport aux maladies cardiovasculaires, d'une consommation modérée parmi de certaines personnes âgées, de 40 ou plus. L'utilisation nocive de l'alcool touche davantage les hommes que les femmes et les jeunes plus que les personnes plus âgées. Le mode le plus courant de la consommation d'alcool dans la Région est celui d'épisodes de consommation abusive d'alcool surtout chez les hommes. De tels abus mènent à des problèmes aigus et chroniques, dont les blessures intentionnelles et involontaires, les troubles mentaux, les cancers, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et le diabète. L'usage nocif de l'alcool risque également d'affecter d'autres personnes que le buveur, notamment les partenaires sexuels, le fœtus, les piétons et les victimes de la violence résultant de la consommation d'alcool.

6. Les effets dommageables de la consommation d'alcool touchent de manière disproportionnée les pauvres, vu leur accès limité à l'éducation, à l'information, aux services de santé et à d'autres services sociaux. La consommation nocive d'alcool se répercute négativement sur le développement durable dans le contexte des déterminants sociaux de la santé. Avec la consolidation et l'expansion croissantes de l'industrie de l'alcool, de nouvelles boissons alcoolisées, de nouvelles stratégies de marketing et des campagnes de promotion novatrices sont introduites dans la plupart des pays de la Région (3). Les réponses politiques de la plupart des pays de la Région sont insuffisantes et aucun d'entre eux ne s'est doté d'une politique globale et intégrée qui pourrait ensuite servir d'exemple de meilleure pratique à d'autres pays. Il existe pourtant plusieurs exemples de bonnes pratiques (politiques individuelles adoptées aux niveaux national ou local qui ont fait leurs preuves) qui pourraient diffusées à plus grande échelle et mieux documentées.

7. Fin 2010, l'OMS publiait le premier Atlas sur la consommation de substances psychoactives, intitulé Atlas sur la toxicomanie (4), qui traite notamment des ressources consacrées par les pays à la prévention et au traitement de problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et analyse séparément les ressources liées à l'alcool. Dans la Région des Amériques, 21 pays (58% des pays de la Région) ont

répondu à l'enquête, apportant des informations sur les ressources administratives et financières, les ressources des services de santé, les ressources humaines, les ressources politiques et législatives ainsi que les ressources concernant la prévention et l'information. Au début de 2011, l'OMS a publié le Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé (5), qui mettait à jour l'information sur l'impact de la consommation d'alcool aux niveaux mondial et régional. Des profils de 36 pays dans la Région ont été publiés. Les données présentées provenaient de questionnaires envoyés à tous les États Membres en 2008 portant sur l'alcool et la santé, ainsi que d'autres sources comme des enquêtes, les statistiques sur le fardeau mondial de morbidité et les données de l'industrie de l'alcool provenant de l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Aucun pays n'avait mis en place un ensemble intégré et complet de politiques efficaces. Et pourtant, il existe des meilleures pratiques aux niveaux local ou national concernant des politiques individuelles, par exemple les nouvelles lois ou législation améliorée sur la conduite sous l'influence de l'alcool en état d'ivresse au Brésil et au Mexique ; les décrets municipaux limitant les heures de vente d'alcool au Pérou, au Brésil, au Canada et aux États-Unis ; l'inclusion croissante de dépistage et brèves interventions pour des problèmes liés à l'alcool dans les contextes de soins de santé primaires en Bolivie et au Chili ; une majoration des impôts indirects et des prix des boissons alcoolisées au Venezuela et des monopoles d'État des ventes au détail au Canada, aux États-Unis et en Colombie.

8. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a accéléré ses efforts ces dernières années visant à sensibiliser davantage aux méfaits de la consommation d'alcool et à soutenir les réponses des pays pour réduire les problèmes liés à l'alcool. En 2005, elle a organisé la première conférence panaméricaine sur l'alcool et les politiques publiques, avec le soutien du Gouvernement du Brésil, à laquelle participaient 26 pays (6). L'Organisation a préparé par la suite un rapport technique intitulé « *Alcohol and Public Health in the Americas: A Case for Action* » (7), faisant le point de la situation dans la Région, décrivant les politiques les plus efficaces et proposant dix domaines à l'action nationale et régionale. L'OPS a également traduit, adapté et/ou diffusé plusieurs publications en espagnol pour aider les pays à mettre en œuvre des réponses nationales efficaces aux problèmes liés à l'alcool (8-11). Dans le cadre d'un accord avec le gouvernement de Valencia, en Espagne, l'Organisation apporte une coopération technique à six pays de la Région (Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama et République dominicaine) concernant la formulation d'une politique relative à l'alcool, la formation sur l'exécution de dépistages et de brèves interventions concernant les problèmes d'alcool dans le cadre des soins de santé primaires (12) et les travaux de recherche. L'OPS a également soutenu une recherche portant sur l'alcool et les questions liées au genre, se concentrant sur la violence conjugale. L'Organisation a publié à cet effet l'ouvrage *Unhappy Hours: Alcohol and Partner Aggression in the Americas* (13). Par ailleurs, l'OPS a apporté une coopération technique sur la formulation de politiques relatives à l'alcool et les brèves interventions au niveau de soins de santé primaires dans

plusieurs pays de la Région, dont l'Argentine, la Bolivie, le Chili, le Costa Rica, la Jamaïque, le Mexique, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay. L'alcool en tant que facteur risque est intégré à d'autres stratégies, plans d'action et activités de l'OPS entrant dans les domaines des maladies non transmissibles, de la santé mentale, de la santé des adolescents, de la sécurité routière, de la promotion de la santé, de la violence conjugale, de la prévention de la violence et de la santé urbaine, démontrant le caractère universel des problèmes liés à l'alcool dans la Région.

9. La consommation nuisible de l'alcool et les troubles qui en découlent figurent au Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et au Plan stratégique 2008-2012. Les États Membres ont également reconnu la nécessité de traiter de la consommation nocive d'alcool dans le contexte de problèmes de santé d'ordre plus général, dont la santé de l'adolescent (document CD48/8 [2008]), la sécurité routière (document CD48/20 [2008]), la santé mentale (document CD49/11 [2009]), la sécurité humaine (document CD50/17 [2010]), et les maladies non transmissibles (document CD 47/17 [2005]).

Proposition

10. Le Plan d'action régional proposé recommande la mise en application de la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, mettant donc en avant une approche de santé publique et de droits fondamentaux en vue de faire baisser les niveaux de consommation d'alcool par habitant parmi la population et de réduire les effets dommageables de la consommation d'alcool. Le rôle de l'OPS consiste à coordonner la réponse régionale et à renforcer sa coopération technique pour les activités nationales, en fonction des dix domaines proposés dans la stratégie mondiale, pour une période de dix ans (2012-2021).

Objectif 1 : Une plus grande conscience et un engagement politique renforcé.

Indicateur² : Nombre d'activités régionales de plaidoyer intégrant un lien aux problèmes liés à l'alcool. (Référence : 0. Cible : au moins deux activités par an jusqu'à 2021 [sécurité routière ; violence; promotion de la santé ; santé des travailleurs ; santé mentale, droits de l'homme, violence à l'égard de la femme ; journée mondiale contre les drogues ; journée mondiale de la santé ; cancer, maladies cardiovasculaires, diabète].)

² Actuellement, il n'existe que des informations partielles pour définir complètement les références et les cibles pour certains indicateurs. A l'issue de la première année de mise en œuvre du plan, une revue sera effectuée pour compléter les informations et, dans le même temps, ce plan sera aligné sur les Objectifs stratégiques et les indicateurs du Plan Stratégique de l'Organisation 2013-2017.

Activités régionales

- 1.1 Engager, selon le cas d'autres secteurs concernés, notamment celui de l'éducation, du travail, des transports, des forces de l'ordre et la justice pénale, le secteur privé et la société civile pour sensibiliser davantage le public à l'usage nocif de l'alcool.
- 1.2 Promouvoir des politiques sur la consommation d'alcool qui protègent les droits de l'homme et respectent les instruments, déclarations et recommandations applicables sur les droits de l'homme des systèmes interaméricains et des Nations Unies. Protéger, promouvoir et défendre les mesures liées à la santé.³
- 1.3 Coordonner un réseau régional d'homologues nationaux pour échanger l'information et pour suivre et évaluer le plan régional et la mise en œuvre de la stratégie mondiale.

Activités nationales

- 1.4 Nommer et y soutenir une personne ou une agence focale au sein du Ministère de la Santé pour coordonner les activités et les mécanismes de notification entre les secteurs gouvernementaux, avec d'autres parties concernées et avec l'OPS et l'OMS.
- 1.5 Inclure des thèmes se rapportant à l'alcool à la célébration des journées consacrées à des thèmes comme la violence, la violence conjugale, la sécurité routière, le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les drogues, la promotion de la santé, la santé des travailleurs, les droits de l'homme et la santé mentale.

Objectif 2 : Une base de connaissances plus solide sur l'ampleur des méfaits de l'alcool et sur l'efficacité des interventions, désagrégées par sexe et par groupe ethnique.

Indicateur : Nombre de nouvelles études de recherche réalisées se concentrant sur l'alcool et son impact sur la santé. (Référence : non disponible. Cible : au moins 10 nouvelles études achevées entre 2012–2021.⁴)

³ Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 27 septembre – 1^{er} octobre 2010 ; Washington (DC), US. Washington (DC): PAHO 2010 (Résolution CD50.R2) [cité 24 mars 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8310&Itemid.

⁴ Une étude est une recherche soumise au processus de « peer review » et reposant sur une solide base scientifique et éthique, réalisée dans un ou plusieurs pays, par exemple, une enquête auprès de la population en général ou d'un groupe à risque élevé (adolescents, femmes, groupes autochtones, etc.), des études intersectorielles dans les salles d'urgence, dans des contextes de soins de santé primaires, des

Activités régionales

- 2.1 Encourager l'inclusion de questions standardisées concernant la consommation d'alcool et ses dangers dans les enquêtes nationales existantes sur la santé afin d'évaluer régulièrement les tendances et les changements dans la consommation et les problèmes, désagrégés par sexe et par groupe d'âge.
- 2.2 Compiler et diffuser l'information sur les conséquences sociales et de santé de l'usage nocif de l'alcool auprès du public.
- 2.3 Promouvoir une recherche nationale et régionale évaluant la relation entre l'usage nocif de l'alcool, en général et la consommation excessive en particulier ainsi que sur les répercussions négatives, sociales et en santé, pour les hommes, les femmes et les groupes ethniques.

Activités nationales

- 2.4 Utiliser les données existantes, notamment les données sur la production et la vente d'alcool, ainsi que les données provenant des services de santé et des forces de l'ordre pour renforcer les connaissances sur les tendances de consommation d'alcool, les modes d'alcoolisme et les effets nocifs chez les hommes et les femmes.
- 2.5 Réaliser une recherche dans des domaines prioritaires pour la santé publique se rapportant à la consommation d'alcool, désagrégés par sexe et par groupe ethnique, tel que : la consommation d'alcool au sein de la population en général, les modes d'usage, la production illégale ou informelle d'alcool, les coûts sociaux et économiques liés à la consommation nocive d'alcool pour la société, y compris les répercussions sociales et économiques sur le capital humain et le développement économique, l'efficacité des interventions de santé publique en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool, le marketing et les stratégies de marketing des boissons alcoolisées, surtout celles visant les buveurs en dessous l'âge légal de consommation et les femmes, l'alcool et le développement de l'enfant, notamment les effets dommageables sur le fœtus, l'alcool et les maladies infectieuses, tout spécialement le VIH/SIDA et la tuberculose, les effets nocifs de la consommation d'alcool sur les personnes autres que le buveur, l'alcool, notamment son impact sur les enfants, les femmes et ceux subissant des blessures de la part des buveurs, l'alcool et les déterminants sociaux de la santé, la consommation nocive d'alcool parmi les groupes autochtones, les jeunes et autres groupes à haut risque.

contextes cliniques ou dans la communauté, l'impact des changements de politiques sur les niveaux d'utilisation ou méfaits de l'utilisation d'alcool, les analyses de données secondaires des recherches entreprises dans la Région et autre recherche ayant un impact direct sur la connaissance des dimensions des problèmes de la consommation d'alcool sur la santé publique et l'impact des politiques et interventions sur la consommation et les méfaits de l'alcool.

Objectif 3 : Un appui technique plus important aux États Membres.

Indicateur : Nombre de pays dotés de plans nationaux et/ou sous-nationaux⁵ de lutte contre l'alcoolisme mis au point avec la coopération technique de l'OPS. (Référence⁶: 5. Cible : 15 d'ici 2021.)

Activités régionales

- 3.1 Coopérer sur le plan technique avec les pays aux fins de formuler des politiques, des plans et des programmes visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, en utilisant des données probantes.
- 3.2 Créer un pool régional d'expertise pour l'élaboration de programmes et de politiques de lutte contre l'usage nocif de l'alcool sous l'angle de la santé publique.
- 3.3 Formuler un cours de formation régionale sur l'alcool et la santé publique.
- 3.4 Assister les États Membres en définissant les priorités en matière de prévention, en tenant compte des capacités et des infrastructures existantes, des systèmes existants de surveillance de santé publique et de la rentabilité des stratégies d'intervention.

Activités nationales

- a) Leadership, sensibilisation et engagement
- 3.5 Mettre au point un plan d'action national et/ou sous-national pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale, en utilisant les indicateurs initiaux et ciblés recommandés par l'OPS/OMS.
- 3.6 Mettre sur pied ou identifier une entité nationale ou un centre de liaison qui sera responsable de formuler et de mettre à jour une politique nationale sur l'alcool et la santé publique par le biais d'actions intersectorielles.
- 3.7 Apporter un soutien adéquat à cette entité nationale ou ce centre de liaison par le biais d'un financement et d'une expertise en santé publique.
- 3.8 Sans porter préjudice au droit souverain des États de déterminer et d'établir leurs politiques fiscales, envisager de mettre en place des mécanismes de financement, par exemple réserver une partie des recettes fiscales provenant de la vente d'alcool, pour soutenir la prévention, le traitement et la réduction des effets nuisibles de l'alcool ainsi que la protection sociale pour les familles affectées par la violence liée à l'alcool.

⁵ Les plans sous-nationaux sont destinés aux États Membres dotés de systèmes fédéraux de gouvernement qui n'ont pas de plan national.

⁶ Basée sur les informations communiquées par 16 pays.

b) Réponse des services de santé

- 3.9 Développer et soutenir l'introduction et l'application de programmes de dépistage et d'interventions brèves pour les buveurs à haut risque, y compris les femmes enceintes, dans le cadre des soins de santé primaires.
- 3.10 Renforcer les capacités des personnels de santé pour dépister, traiter et rééduquer les hommes et les femmes souffrant de l'usage nocif de l'alcool et de troubles liés à la consommation d'alcool dans le cadre des soins de santé primaires et partout dans le système de santé, y compris pour les femmes enceintes.
- 3.11 Renforcer les capacités des personnels de santé qui prennent soin des victimes de la violence familiale et sexuelle pour dépister l'usage nocif de l'alcool en tant que facteur à risque et intervenir pour diminuer cette consommation excessive à l'aide de brèves interventions ou d'orientation vers le traitement des troubles liés à la consommation excessive d'alcool de pair avec des interventions sur d'autres plans.

c) Action communautaire

- 3.12 Promouvoir l'organisation et la mobilisation communautaires pour la prise d'actions locales visant à réduire la consommation novice d'alcool.
- 3.13 Promouvoir des programmes de prévention et d'intervention sur les lieux de travail, dans les campus universitaires et autres contextes avec une concentration élevée de problèmes liés à l'alcool.
- 3.14 Promouvoir la compréhension du public des effets nocifs de l'alcool, tout particulièrement pendant la grossesse, l'allaitement maternel, l'enfance et l'adolescence.
- 3.15 Créer des environnements positifs dans les écoles, les communautés et autres contextes sociaux qui protègent les gens contre l'usage nocif de l'alcool, comme des programmes de soutien familial, des programmes de soutien au système communautaire ou scolaire et un accès élargi aux boissons non alcoolisées.
- 3.16 Apporter une formation au secteur de l'hospitalité et au secteur des ventes au détail sur l'offre responsable d'alcool, notamment en respectant l'âge minimum légal pour la vente de boissons alcoolisées.
- 3.17 Apporter un soutien aux organisations civiles, y compris les organisations non gouvernementales pertinentes pour qu'elles sachent prévenir et dépister les conséquences négatives de l'usage nocif de l'alcool sur la santé et la vie sociale et mettre en place une réponse efficace.
- 3.18 Apporter une information au niveau local sur les liens entre la violence familiale et la violence sexuelle et l'usage nocif de l'alcool et encourager la prévention et le traitement intégrés de ces problèmes.

d) Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant

- 3.19 En concordance avec les meilleures pratiques internationales, fixer un taux d'alcoolémie toléré faible pour les infractions dues à l'alcool au volant.
- 3.20 Mettre en place et appliquer, dans les cas appropriés, un système d'alcotest fréquent réalisé de manière aléatoire et ponctuelle.
- 3.21 Mettre au point et appliquer un système de suspension ou de révocation administrative des permis de conduite pour garantir une rétribution rapide et efficace contre ceux qui conduisent en état d'ivresse avec des taux d'alcoolémie au-dessus des limites légales.

e) Offre d'alcool

- 3.22 Fixer et veiller à l'application d'un âge légal minimum pour l'achat et la vente de boissons alcoolisées et l'interdiction de servir de l'alcool à des personnes en état d'ivresse.
- 3.23 Réglementer la vente d'alcool pour limiter les heures de vente et les endroits où les boissons alcoolisées peuvent être vendues.
- 3.24 Mettre en place et veiller à l'application d'un système d'autorisation de vente d'alcool pour réglementer la production, l'importation et la vente en gros et au détail des boissons alcoolisées.

f) Marketing de boissons alcoolisées

- 3.25 Nommer un organisme gouvernemental qui sera chargé de veiller à l'application des réglementations sur le marketing des boissons alcoolisées.
- 3.26 Promouvoir les réglementations officielles afin de limiter ou interdire, selon le cas, le marketing de boissons alcoolisées, surtout pour les jeunes et les groupes vulnérables.
- 3.27 Encourager une plus grande responsabilité parmi les groupes commerciaux, par exemple par le biais de codes de conduite transparents pour les pratiques de vente et de marketing de boissons alcoolisées.
- 3.28 Lorsque de tels codes sont en place, assurer un suivi gouvernemental du respect de ces codes de conduite de la part de l'industrie.

g) Politiques de prix et/ou imposition

- 3.29 Mettre en place ou revoir le système de fixation du prix et/ou de taxation de l'alcool en tant que mécanisme efficace pour diminuer l'usage nocif de l'alcool.
- 3.30 Envisager la fixation du prix et/ou la taxation des boissons alcoolisées en fonction de leur teneur en alcool et imposer des taxes spéciales sur les boissons alcoolisées ciblant des groupes vulnérables comme les jeunes.

- 3.31 Envisager de consacrer une partie des recettes provenant de l'impôt sur l'alcool pour la prévention et le traitement des problèmes liés à l'alcool, y compris la contre-publicité de santé publique.
- h) Réduire les conséquences négatives de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique
- 3.32 Promouvoir la responsabilité du propriétaire du bar face à la violence et aux blessures liées à l'ivresse qui a lieu dans ses locaux.
- 3.33 Restreindre ou interdire la promotion de l'usage nocif de l'alcool dans les bars et restaurants et autres endroits (par exemple, deux boissons pour le prix d'une, prix unique pour les boissons toute la nuit).
- 3.34 Revoir la législation en vue d'inclure la consommation nocive d'alcool en tant que facteur aggravant dans la violence à l'égard des femmes et des enfants et lier les sanctions pénales contre les agresseurs dans le cadre du traitement des troubles liés à l'alcool.
- i) Réduire les conséquences pour la santé publique provenant de l'alcool illicite ou produit de manière informelle
- 3.35 Vérifier qu'il existe un système d'autorisation et de réglementation des boissons alcoolisées pour éviter la production, la distribution et l'importation illégales.
- 3.36 Mettre en place des normes minimales pour la production de boissons alcoolisées pour vérifier que les boissons alcoolisées fabriquées et importées répondent aux conditions sur la sécurité et l'innocuité des boissons et que les alcools produits et distillés à domicile sont interdits à la vente commerciale ou sous contrôle strict.
- j) Suivi et surveillance
- 3.37 Collaborer avec l'OPS/OMS en ce qui concerne la mise en œuvre et le suivi de la stratégie mondiale sur l'alcool, en utilisant des indicateurs acceptés internationalement selon le format adopté par le système d'information de l'OPS/OMS sur l'alcool et la santé .
- 3.38 Assigner un organisme chef de file chargé de la mise au point d'un système d'information sur l'alcool et analyser l'information aux fins de la formulation de politiques. Il pourra s'agir de la tâche principale confiée à une nouvelle institution spécialisée ou d'une nouvelle tâche venant s'ajouter à l'éventail d'activités d'un organisme existant, par exemple un institut national de santé publique.

Objectif 4 : Partenariats renforcés.

Indicateur : Création et fonctionnement d'un réseau régional d'homologues nationaux, avec divers pays et autres parties concernées. (Référence : 0. Cible : un réseau formé en 2012 et fonctionnant régulièrement durant toute la période jusqu'en 2021.)

Activités régionales

- 4.1 Mettre en place un réseau régional d'homologues nationaux, nommés par les gouvernements des États Membres, servant à l'échange d'informations et au soutien de la mise en œuvre de la stratégie mondiale.
- 4.2 Collaborer et coordonner avec l'OMS dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie mondiale.

Activités nationales

- 4.3 Mettre en place des mécanismes nationaux et sous-nationaux durables qui permettent une coopération intersectorielle appropriée avec des ministères des finances, de la santé et du commerce et des groupes communautaires, des jeunes et des instituts de recherche, aux fins d'assurer une coordination et une mise en œuvre efficaces de la politique.
- 4.4 Promouvoir une étroite collaboration entre les secteurs de la santé et les forces de l'ordre, pour disposer d'une approche de santé publique et de sécurité du public face aux effets dommageables de l'alcool.
- 4.5 Encourager les forces de police à veiller plus strictement au respect des réglementations visant à lutter contre l'usage nocif de l'alcool.
- 4.6 Vérifier que les forces de l'ordre appliquent la réglementation sur les boissons alcoolisées.

Objectif 5 : Systèmes perfectionnés de suivi et de surveillance à des fins de sensibilisation, d'élaboration de politiques et d'évaluation.

Indicateur : Nombre de pays qui fournissent des données nationales au système régional d'informations sur l'alcool. (Référence : 35. Cible : 35.)

Activités régionales

- 5.1 Renforcer le système régional d'information sur l'alcool pour la collecte et l'analyse de données sur l'usage nocif de l'alcool et les conséquences sociales et pour la santé.
- 5.2 Intégrer les indicateurs sur l'usage nocif de l'alcool dans le système central d'informations sanitaires au niveau régional.

Activités nationales

5.3 Intégrer les indicateurs sur l'usage nocif de l'alcool et les méfaits de l'alcool dans le système central d'informations sanitaires au niveau national.

11. Les gouvernements pourront appliquer ou envisager d'appliquer les activités, y compris celles qui ne sont pas mentionnées spécifiquement, en fonction des opportunités disponibles et des situations spécifiques et tel qu'indiqué dans leurs contextes nationaux individuels.

12. Si l'inclusion de toutes les activités mentionnées ne constitue pas un impératif pour aboutir à une stratégie efficace en vue de réduire les problèmes liés à l'alcool, il est toutefois essentiel de comprendre que la mise en œuvre de mesures isolées n'a guère de chances d'être efficace. L'efficacité du plan d'action régional dépend en grande partie de la conjugaison d'autant de mesures que possible au niveau national, en donnant la priorité aux stratégies qui comportent le meilleur potentiel bénéfique aux moindres coûts possibles.

Suivi et évaluation du Plan

13. Le présent Plan d'action contribue à la réalisation des Objectifs stratégiques 3⁷ et 6⁸ du Plan stratégique de l'OPS. Les résultats escomptés sur l'ensemble de la Région auxquels contribue ce Plan d'action sont détaillés à l'annexe B. Le suivi et l'évaluation du présent Plan seront alignés sur le cadre de la gestion fondée sur les résultats de l'Organisation ainsi que sur ses procédures de performance, de suivi et d'évaluation. A cet égard, des rapports sur l'état d'avancement seront préparés sur la base de l'information disponible à la fin de la période biennale.

14. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale seront faites en vue de déterminer les forces et les faiblesses de la mise en œuvre générale, les facteurs à l'origine des réussites et des échecs ainsi que les actions futures.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

15. Le Conseil directeur est prié de considérer comme une priorité de santé publique la réduction de l'usage nocif de l'alcool et de soutenir les mesures conçues pour renforcer les réponses régionales et nationales au problème. Le Comité est également prié de revoir

⁷ OS 3 : Prévenir et réduire les maladies, les infirmités et les décès prématurés imputables aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.

⁸ OS 6 : Promouvoir la santé et le développement et prévenir et réduire les facteurs risques tels que l'usage du tabac, des drogues et autres substances psychoactives, les régimes alimentaires peu sains, le manque d'exercice physiques, les rapports sexuels à risques, qui se répercutent sur l'état de santé.

l'information contenue dans ce plan d'action et d'envisager l'adoption de la résolution à l'annexe A.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève, Suisse: OMS; 2011 [cité 7 avril 2011]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/fr/index.html.
2. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève, Suisse : OMS: 2009 [cité le 24 mars 2011]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html.
3. Jette S, Sparks R.E.C., Pinsky I, Castaneda L, Haines RJ. Youth, sports and the culture of beer drinking: global alcohol sponsorship of sports and cultural events in Latin America. In: Sport, beer and gender: promotional culture and contemporary social life. Wenner L, Jackson S, editors. New York: Peter Lang International Academic Publishers; 2009. XII, 317 pp.
4. Organisation mondiale de la Santé. Atlas sur la toxicomanie (2010): ressources pour la prévention et le traitement des problèmes liés à la toxicomanie, Genève, Suisse: OMS; 2010 [cité le 24 mars 2011]. Disponible à l'adresse : <http://addictionrepsgp.canalblog.com/archives/2011/02/13/20374974.html>.
5. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé. Genève, Suisse: OMS; 2011 [cité le 24 mars 2011]. Disponible à l'adresse : <http://addictionrepsgp.canalblog.com/archives/2011/02/24/20478647.html>.
6. Pan American Health Organization. Brasilia Declaration on Alcohol Public Policies. Approved at the First Pan American Conference on Alcohol Public Policies; Brasilia, Brazil, 2005 Nov. 28-30. OPS: 2005 [cité le 24 mars 2011]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/substance_abuse/activities/brasilia_declaration_alcohol_policies.pdf.
7. Monteiro M. Alcohol and Public Health in the Americas: a case for action. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2007. Disponible à l'adresse : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/A&PH.pdf>.
8. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity - research and public policy. New York: Oxford University Press Inc.; 2010 (seconde édition).

9. World Health Organization. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. [Internet]. Geneva, Switzerland. WHO; 2000 [cité le 24 mars 201]. Disponible à l'adresse :
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_msb_00.4.pdf.
10. Babor, TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria [Internet]. Genève, Suisse. Organisation mondiale de la Santé; 2001 [cité le 24 mars 201]. Disponible à l'adresse :
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2442&Itemid=.
11. Babor, TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria [Internet]. Genève, Suisse. Organisation mondiale de la Santé ; 2001 [cité le 24 mars 2011]. Disponible à l'adresse :
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2386&Itemid=.
12. Monteiro MG. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problema [Internet]. Washington (DC), US. ISBN 978-92-75-328569. Organisation panaméricaine de la Santé; 2008 [cité le 24 mars 2011]. Disponible à l'adresse :
http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Alcohol_Aten_prim_web.pdf.
- 13 Pan American Health Organization. Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas. In: Scientific Publication No. 631. Graham K, Bernard, S, Munné M, y Wilsnack, SC, editors. Washington (DC), US; PAHO; 2010 (ISBN 978-92-75-11631-9)



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



51^e CONSEIL DIRECTEUR

63^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011

CD51/8, Rév.1 (Fr.)
Annexe A
ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉOLUTION

PLAN D'ACTION VISANT A RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool* (document CD51/8) ;

Reconnaissant le fardeau de morbidité, de mortalité et d'incapacité associé à l'usage nocif d'alcool dans le monde et dans la Région des Amériques, ainsi que les lacunes actuelles sur le plan du traitement et des soins pour les personnes affectées par l'usage nocif de l'alcool ;

Envisageant le contexte et le cadre d'action offert par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA63.13 (2010) sur une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et fixant des objectifs pour traiter ce problème ;

Observant que la *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* délimite les principaux domaines d'intervention et identifie les domaines de la coopération technique en vue de répondre aux besoins divers des États Membres sur le plan de la consommation nocive de l'alcool ;

Tenant compte des recommandations de la réunion de l'OMS des homologues nationaux pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et la réunion de consultation sur l'avant-projet du plan d'action régional ;

Reconnaissant la nécessité d'une coordination et d'un leadership au niveau régional venant soutenir les efforts nationaux en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool,

DÉCIDE :

1. De mettre en œuvre la *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* par le biais du plan d'action régional proposé, dans le contexte des situations spécifiques de chaque pays, afin de répondre adéquatement aux besoins actuels et futurs concernant l'usage nocif de l'alcool et sa consommation en dessous de l'âge autorisé.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de retenir au titre d'une priorité de santé publique l'usage nocif de l'alcool et sa consommation en dessous de l'âge autorisé et de formuler des plans et/ou mettre en place des mesures pour réduire son impact sur la santé publique ;
 - b) de reconnaître que l'usage nocif de l'alcool survient tant chez des personnes avec que celles sans accoutumance à l'alcool et que la diminution des problèmes liés à l'alcool demande des politiques variées s'appliquant à la population dans son ensemble et des interventions destinées à des groupes particuliers, ainsi qu'un accès à des services de santé de qualité ;
 - c) de promouvoir des politiques publiques qui protègent et préservent les intérêts de santé publique ;
 - d) de promouvoir des politiques et des interventions reposant sur des données probantes et déployées dans un esprit d'équité, et qui sont soutenues par des mécanismes de mise en œuvre durables engageant les diverses parties concernées ;
 - e) de promouvoir des programmes qui éduquent les enfants, les jeunes et ceux qui décident de ne pas boire sur la façon de résister à la pression sociale à consommer d'alcool et de les protéger de cette pression ainsi que de supporter le choix de ne pas boire ;
 - f) de vérifier que des services efficaces de prévention, de traitement et de soins soient disponibles, accessibles et d'un prix abordable pour ceux affectés par l'usage nocif de l'alcool ;
 - g) d'octroyer des ressources financières, techniques et humaines envers la mise en œuvre des activités au niveau national telles que décrites dans le plan d'action.

3. De demander à la Directrice :
 - a) de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du plan d'action régional lors de sa cinquième année et à la fin de la période de la mise en œuvre ;
 - b) de soutenir les États Membres au niveau de la mise en œuvre de leurs plans et/ou interventions nationaux et infranationaux pour réduire l'usage nocif de l'alcool, dans le cadre de leurs politiques sociales et de santé publique, en tenant compte de la *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* ;
 - c) de collaborer à l'évaluation des politiques et services de lutte contre la consommation nocive de l'alcool dans les pays, en vue de vérifier que les mesures correctives appropriées, fondées sur des données probantes, soient adoptées ;
 - d) de faciliter la diffusion de l'information et le partage d'expériences positives et novatrices et de promouvoir la coopération technique entre les États membres ;
 - e) de promouvoir des partenariats avec des organisations internationales et l'OMS, organisations gouvernementales et non gouvernementales et la société civile, prenant en considération tout conflit d'intérêt qui pourrait exister pour certaines organisations non gouvernementales.
 - f) établir le dialogue avec le secteur privé sur la meilleure manière qu'il pourrait contribuer à la réduction des méfaits liés à l'alcool ; il sera tenu compte des intérêts commerciaux et le possible conflit avec les objectifs de la santé publique.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD51/8, Rév.1 (Fr.)
Annexe B

**Rapport sur les incidences financières et administratives
qu'aura pour le Secrétariat le projet de résolution**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool

2. Lien avec le programme et budget 2012-2013 :

a) Domaine d'activité : Développement durable et santé environnementale

b) Résultat escompté :

RER 6.4 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique en vue de formuler des politiques, stratégies, programmes et directives éthiques, reposant sur des données probantes, en vue de prévenir et de réduire l'usage de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives et les problèmes qui en découlent.

RER 3.1 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique en vue de renforcer les engagements politiques, financiers et techniques pour traiter les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, la sécurité routière et les infirmités.

RER 3.2 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour la formulation et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations concernant les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, la sécurité routière, les infirmités et les maladies buccales.

RER 3.3 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour améliorer les capacités de collecte, d'analyse, de diffusion et d'utilisation des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les accidents de la route et les infirmités.

RER 3.4 : Le Bureau a compilé de meilleures données probantes sur le coût-efficacité des interventions pour traiter les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les accidents de la route, les infirmités et la santé buccale.

RER 3.5 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour la préparation et la mise en œuvre de programmes multisectoriels, destinés à la population en général, pour promouvoir la santé mentale et la sécurité routière et prévenir les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes ainsi que les problèmes de l'audition et de la vision, y compris la cécité.

- RER 3.6 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour renforcer leurs systèmes sanitaires et sociaux pour la prévention et la gestion intégrées des maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux et du comportement, violence, accidents de la route, et handicapés
- RER 4.6 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies en matière de santé et de développement des adolescents.
- RER 6.1 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour renforcer leurs capacités en matière de promotion sanitaire à l'égard de tous les programmes pertinents et pour forger des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour promouvoir la santé et prévenir ou réduire les principaux facteurs risques.
- RER 6.2 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des principaux facteurs risques, par l'élaboration et la validation de cadres, outils et procédures de fonctionnement ainsi que leur diffusion.
- RER 7.2 : L'OPS/OMS a pris l'initiative de fournir des opportunités et des moyens pour une collaboration intersectorielle aux niveaux national et international, afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.
- RER 7.4 : Approche à la santé, sous l'angle de l'éthique et des droits de l'homme, mise en avant au sein de l'OPS/OMS et aux niveaux national, régional et mondial.
- RER 7.5 : Analyse des questions liées au genre et mesures en réponse intégrées au travail normatif de l'OPS/OMS et à la coopération technique fournie aux États Membres pour la formulation des politiques et des programmes tenant compte de l'aspect genre.
- RER 7.6 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour formuler des politiques, des plans et des programmes qui appliquent une approche interculturelle fondée sur les soins de santé primaires et qui cherchent à forger des alliances stratégiques avec divers partenaires et autres parties concernées pour améliorer la santé et le bien-être des groupes autochtones et des groupes ethniques.
- RER 11.2 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour améliorer les systèmes d'informations sanitaires aux niveaux régional et national.
- RER 11.3 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour élargir l'accès équitable aux informations, connaissances et preuves scientifiques concernant la santé ainsi que leur utilisation pour la prise de décisions.
- RER 11.4 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour faciliter la création et le transfert des connaissances dans les domaines prioritaires, y compris la recherche en santé publique et sur les systèmes de santé, et pour vérifier que les produits répondent aux normes éthiques de l'OMS.
- RER 13.1 : Les États Membres sont soutenus par le biais de la coopération technique pour formuler des plans et des politiques de ressources humaines en vue d'améliorer la performance des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

3. Incidences financières : La stratégie a des implications financières pour l'Organisation

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

US \$500 000 par an pendant 10 ans, pour un total de \$5 000 000.

- b) **Coût estimatif pour l'exercice 2012-2013 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :** \$300 000.
- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :** \$180 000.

4. Incidences administratives

- a) **Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :** Niveaux régional, sous-régional et national.
- b) **Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :** Position professionnelle (demandant une maîtrise en santé publique) pour en vue d'apporter un soutien technique et coordonner et suivre la mise en œuvre de projets spécifiques dans les pays.
- c) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :** 2012-2021.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD51/8, Rév.1 (Fr.)
Annexe C

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.5 Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool.

2. Unité responsable : Développement durable et santé environnementale (SDE/AD).

3. Fonctionnaire chargée de la préparation : Maristela Monteiro

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

Institutions nationales de référence

- Health Canada, Direction des affaires internationales
- ANVISA
- National Institute on Alcohol and Drug Abuse (NIDA-NIH), Maryland, États-Unis
- Pacific Institute on Research and Evaluation (PIRE)
- Department of Community Health, University of Connecticut, États-Unis
- Mercer University, Atlanta, États-Unis
- Fundação Fiocruz, Rio de Janeiro, Brésil
- American Medical Association (AMA), États-Unis
- American Public Health Association (APHA), États-Unis
- Canadian Public Health Association, Canada
- CAMY- Bloomberg School of Public Health at John Hopkins University, Maryland, États-Unis
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Géorgie, États-Unis
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) Costa Rica

Centres collaborateurs

- Département de psychologie, Université fédérale de São Paulo, Brésil
- National Institute of Psychiatry, Mexique
- Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

5. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

La consommation d'alcool est liée à plus de 60 pathologies et représente le facteur principal de risque concernant le fardeau morbidité dans les Amériques. C'est un problème faisant intervenir les questions du genre et qui découle des inégalités, de l'absence d'équité, des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale. C'est un déterminant de la santé et un résultat de santé publique. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool demande que l'on réduise l'offre d'alcool en réglementant sa vente et son prix, en contrôlant sa commercialisation et en élargissant l'accès à des services de santé de qualité. Le renforcement des capacités des agents de santé est également un aspect fondamental d'une réponse efficace à l'usage nocif de l'alcool.

6. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Objectif stratégique 3 : Prévenir et réduire les maladies, infirmités et décès prématurés imputables aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.

Objectif stratégique 6 : Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risques tels que l'utilisation du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives, les régimes alimentaires peu sains, le manque d'activité physique et les rapports sexuels à risques, qui ont des répercussions négatives sur la santé.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

- Age légal pour la consommation et l'achat d'alcool relevé à 21 ans aux États-Unis.
- Expansion des services de traitement pour les problèmes liés à l'alcool au Brésil et aux États-Unis dans le cadre des systèmes nationaux de santé de ces pays.
- Intégration du dépistage et des interventions brèves pour les problèmes liés à l'alcool dans les soins de santé primaires et autres contextes non spécialisés en Bolivie, au Brésil, au Canada, au Chili et au Mexique.
- L'usage nocif de l'alcool est considéré comme un problème de santé publique selon la politique nationale de santé publique au Venezuela.
- Lois de tolérance zéro relative à la conduite sous l'influence de l'alcool au Brésil.
- Responsabilité des propriétaires de bar qui vendent de l'alcool à des clients intoxiqués et programmes de formation pour les serveurs au Canada.
- Décrets municipaux pour réduire les horaires de consommation d'alcool au Brésil, en Colombie, au Pérou et en République dominicaine.
- Les organisations de la société civile doivent prévenir les problèmes liés à l'alcool et recommander des changements législatifs aux États-Unis et au Canada, par exemple « Mothers Against Drunk Driving, Coalition for Drug Free America ».
- Organisations professionnelles qui préconisent des changements législatifs et des politiques de lutte contre l'usage nocif de l'alcool, comme l'Association médicale du Brésil, l'Association américaine de santé publique, l'Association de santé publique du Canada et l'Association de santé publique du Mexique.
- Contrôle du gouvernement sur la publicité sur l'alcool au Costa Rica et au Venezuela.
- Hausse des prix et des taxes sur les boissons alcoolisées.
- Prévention et traitement au Venezuela.
- Monopoles d'état pour les ventes au détail dans certaines parties du Canada, de la Colombie et des États-Unis.
- Réglementation de la densité des structures de vente d'alcool dans des municipalités aux États-Unis.

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question : Total de \$5 000 000 (Voir

- annexe B pour de plus amples détails).