

## CONSOMMATION D'ALCOOL

### Objectif général

- **Réduire la consommation d'alcool :**
  - **Retarder l'âge moyen d'initiation de la consommation d'alcool (de 13 à 15 ans)**
  - **Diminuer de 20 % la consommation moyenne annuelle d'alcool par habitant**
    - **Vin : accélérer le rythme de décroissance de 50 % (de -20 à -30%).**
    - **Bière : doubler le rythme de décroissance (de -7 à -14%).**
    - **Spiritueux : amorcer une baisse d'au moins 10 % de la consommation.**
  - **Diminuer la prévalence des comportements d'ivresses répétées (nombre de personnes déclarant plus de 4 épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois parmi les personnes ayant déclaré au moins un épisode d'ivresse)**
    - **globalement de 29,2% à 25% chez les hommes et de 20,1% à 15% chez les femmes, et**
    - **de 38,5% à 30% chez les hommes de 18 à 25 ans**
    - **de 26,7% à 20% chez les femmes de 18 à 25 ans**
  - **Diminuer de 25 % la proportion de femmes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse (objectif à terme 0% de consommation d'alcool pendant la grossesse).**
- **Cibler les contrôles préventifs routiers d'alcoolémie, notamment en les pratiquant à des moments appropriés aux situations de risque.**
- **Augmenter la perception de dangerosité d'une consommation excessive d'alcool, régulière ou occasionnelle, en population adulte et chez les jeunes :**
- **Réduire les disparités sociales en matière de consommation.**
- **Prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance**
- **Améliorer le repérage des situations d'installation de la dépendance**
- **Améliorer la prise en charge des personnes alcoololo dépendantes.**

## **Mortalité, morbidité**

En dépit d'une relative stabilisation de la consommation, en 1999, la France se situait au 4<sup>ème</sup> rang européen pour la consommation d'alcool avec 10,7 litres d'alcool pur par habitant et par an, derrière le Luxembourg (12,2 l), l'Irlande (11,6), le Portugal (11,0) ; la place de tête occupée par le Luxembourg est considérée comme due à une part importante d'achats par des frontaliers. Le nombre de consommateurs à problème (usages à risque, nocif et dépendance) est estimé en France entre 4 et 5 millions de personnes, dont 2 millions de personnes seraient dépendantes de l'alcool.

La France est en première position pour la mortalité masculine en Union européenne (27 % de surmortalité par rapport à la moyenne européenne, données 1994). Le nombre de décès attribuable à l'alcool en France était évalué en 1995 à 45 000 décès dont 16 000 seraient dus à des cancers, 8 200 à des affections digestives, 7 600 à des maladies cardio-vasculaires, 7 700 à des accidents et traumatismes (2 860 décès par accidents de la route attribuables à l'alcool). Enfin, la mortalité est très inégalitaire en termes de catégories sociales et de disparités régionales.

Au total, l'alcool :

- contribuerait à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins.
- est une cause majeure de mortalité prématurée (par maladie), puisque à l'origine de 22% des décès des hommes dans la tranche d'âge 45-54, et 48,2% dans la tranche 45-64 ans ; les pourcentages correspondants pour les femmes sont de 20,3 et 40,8%. Les seules cirrhoses et psychoses représentent 6% de la mortalité prématurée, près de deux fois plus que celle liée au sida (3,9%, DREES, données sur la situation sanitaire et sociale en France, 2002). La moitié des décès liés à l'alcool surviendrait avant 65 ans.

La quasi-totalité de la mortalité par alcoolisme est évitable.

## **Stratégie d'action efficace ou recommandée**

Les objectifs des actions vont être de favoriser, de façon coordonnée et complémentaire :

- La réduction de la consommation d'alcool excessive pour diminuer les risques à court et long terme (information, éducation et réglementation),
- La prévention du développement de l'usage nocif et de l'installation de la dépendance liée à l'alcool,
- Le développement de la prise en charge (médicale et sociale) efficace pour les personnes en difficulté avec l'alcool,
- L'amélioration de la qualité du suivi des consommations et de leur retentissement épidémiologique.

Cette stratégie a pour principe de confronter chaque individu à sa consommation d'alcool tout au long de sa vie. Elle conjugue information des sujets, renforcement de la réglementation, intervention par des professionnels et observation épidémiologique.

## Indicateurs

On peut citer

- i. Consommation moyenne annuelle totale d'alcool : en litre par habitant et par adulte >15 ans
- ii. Consommation moyenne annuelle de vin : en litre par habitant et par adulte >15 ans
- iii. Consommation moyenne annuelle de bière en litre par habitant et par adulte >15 ans
- iv. Consommation moyenne annuelle de spiritueux en litre et par habitant par adulte >15 ans
- v. Nombre d'ivresses par an
- vi. Proportion de femmes consommant de l'alcool pendant la grossesse.
- vii. Alcoolémie (% de taux supérieurs au seuil légal) lors des contrôles routiers préventifs.
- viii. Niveau de perception de la dangerosité de la consommation quotidienne ou occasionnelle d'alcool
- ix. Consommation moyenne annuelle d'alcool des régions en litre par habitant et par adulte >15 ans
- x. Nombre de personnes ayant un usage à risque, un usage nocif ou un usage d'alcool avec dépendance

## Besoins d'information ou de surveillance non couverts, connaissances scientifiques à développer dans une perspective de santé publique

On peut citer :

Mettre au point d'un outil fiable de mesure de la consommation réelle afin de développer les connaissances sur le type de relation alcool - santé.

Mettre en place des études pour déterminer l'histoire naturelle des hépatopathies alcooliques.

Mettre au point des stratégies de dépistage de consommation d'alcool chez les femmes enceintes (dont les marqueurs biologiques).

Étudier les mécanismes de l'atteinte neuronale lors d'une consommation excessive d'alcool.

Étudier l'influence des modes de consommation d'alcool sur le développement de différentes pathologies.

Développer la recherche sur les traitements de la dépendance alcoolique.

Étude des variations pharmacocinétiques en fonction du sexe, de l'âge, des groupes de population.

Exploitation des cohortes existantes pour suivre la survenue de pathologies liées à l'alcool et déterminer les facteurs de risque associés.

Poursuite du développement des recherches sur les susceptibilités génétiques aux effets de l'alcool.

Étude des conséquences d'une exposition in utero par la recherche fondamentale, clinique et épidémiologique.

## 1. Description

### 1.1. Définitions :

La Société Française d'Alcoologie, dans ses recommandations pour la pratique clinique publiées en 2001, définit trois groupes de "consommateurs à problèmes" ou trois conduites d'alcoolisation problématique :

- L'usage à **risque** caractérise toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS (cf infra) et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, et/ou à une dépendance, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont prises dans une situation à risque et/ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier
- L'usage **nocif** de l'alcool, caractérisé par une consommation d'alcool induisant des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, en l'absence de dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10.
- L'usage **avec dépendance** de l'alcool (alcoolidépendance), caractérisé par la perte de la liberté de s'abstenir de consommer et par le fait de poursuivre la consommation tout en étant conscient des conséquences négatives. La dépendance se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt de la consommation (cf. ci-dessous la définition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Psychiatrique Américaine ou DSM IV de la dépendance à une substance)

#### ***Dépendance à une substance (DSM IV)***

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
  - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - syndrome de sevrage caractéristique,
  - la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis des recommandations pour une consommation à moindre risque ; elles s'appuient sur l' « unité alcool » qui équivaut à un verre standard, dont le contenu en alcool pur est égal à 10 g (un verre standard d'une quelconque boisson alcoolisée contient la même quantité d'alcool pur) :

- Consommation **régulière** : Pour les femmes : pas plus de 2 unités d'alcool par jour (maximum de 14/semaine). Pour les hommes : pas plus de 3 unités d'alcool par jour (maximum de 21/semaine). Au moins un jour par semaine sans boisson alcoolique
- Consommation **occasionnelle** : Pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion.
- Pas d'alcool dans les **circonstances** suivantes : Pendant la grossesse, pendant l'enfance, quand on conduit un véhicule, quand on conduit une machine dangereuse, quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance, quand on prend certains médicaments, dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale...), quand on est un ancien alcoolo-dépendant.

Dans les enquêtes épidémiologiques, la **fréquence** de consommation est décrite selon quatre niveaux : l'expérimentation (au moins une fois dans sa vie), l'usage occasionnel (au moins une fois dans l'année), l'usage répété (au moins 3 fois par semaine) et l'usage quotidien (au moins un verre par jour au cours des douze derniers mois).

Le terme alcoolisme englobe différentes notions : la définition restreinte concerne les troubles comportementaux de dépendance vis-à-vis de l'alcool alors qu'une vision plus large inclut les effets nocifs organiques causés par l'alcool. Pour notre part, **l'alcoolisme est une maladie chronique induite par la consommation excessive répétée de boissons**

## 1.2. La consommation d'alcool et son évolution :

**Historique.** Des années 1950 aux années 1990, la consommation d'alcool nationale a considérablement diminué (25,9 litres d'alcool pur par habitant et par an en 1953-54 à 14,7 en 1993-95), diminution entièrement imputable à la baisse de la consommation de vin ; en corollaire, la gravité de l'alcoolisme, évaluée par sa mortalité (hors accident et violence), a également diminué. Les origines de cette diminution sont complexes, néanmoins cette dernière est survenue parallèlement à de profondes modifications socio-économiques du pays: urbanisation massive, montée en puissance du secteur des services au détriment du secteur agricole, prospérité économique et développement des communications, changements ayant engendré une modification considérable des habitudes de vie et, en corollaire, du boire.

Au cours de la première moitié des années 1990, les ventes d'alcool ont poursuivi leur mouvement de baisse engagé à la fin des années 1950. Néanmoins, cette décroissance a été de moindre ampleur par rapport à celles relevées les décennies précédentes et la consommation d'alcool semble s'être stabilisée depuis la deuxième moitié des années 1990. La mortalité a suivi à peu près le même mouvement : ralentissement de la baisse et même une légère augmentation des taux de décès entre 1997 et 1998.

En 1999, l'alcool est la substance psychoactive déclarée comme la plus souvent consommée chez les 18-75 ans : seuls 2,5 % des français déclarent n'en avoir jamais bu, 29 % en consomment occasionnellement, 42 % régulièrement et 21 % tous les jours<sup>1</sup>. L'alcool le plus fréquemment consommé est le vin, puis la bière et les alcools forts.

**Fréquence :** La fréquence de consommation est fortement liée à l'âge et au sexe. La consommation quotidienne est essentiellement masculine et d'autant plus fréquente que l'âge augmente : ce n'est qu'après 45 ans chez les hommes que cette consommation quotidienne devient majoritaire ; chez les femmes elle s'élève aussi régulièrement avec l'âge pour atteindre 33 % entre 65 et 75 ans. Entre 20 et 45 ans, le rythme de consommation est majoritairement hebdomadaire, la consommation augmentant le week-end dans tous les groupes d'âge (le samedi chez les moins de 35 ans et le dimanche chez les plus âgés).

---

<sup>1</sup> consommateurs occasionnels = au moins une fois dans l'année, consommateur réguliers = au moins 3 fois dans la semaine, consommateurs quotidiens = au moins un verre par jour au cours des douze derniers mois (OFDT 2002)

Quatorze pour cent des adultes déclarent avoir connu un épisode d'ivresse au cours de douze derniers mois. Ces épisodes sont plus fréquents chez les hommes (22 %) que chez les femmes (7%) et se produisent le plus souvent entre 18 et 25 ans (51 % des hommes et 22 % des femmes). L'ivresse est déclarée plus fréquemment par les consommateurs hebdomadaires (24 %) que par les consommateurs quotidiens (11 %). De plus, 4 à 6 % des 18-75 ans font des ivresses répétées.

Chez les jeunes, l'évolution des consommations au cours de la dernière décennie a été relativement stable. A 16 ans, 86 % des garçons et 85 % des filles déclarent avoir déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie ; l'usage répété (ici, au moins 10 fois dans le mois) concerne 14 % des garçons et 5 % des filles. La moitié (51 %) des garçons et 42 % des filles ont connu un épisode d'ivresse et 5 % des garçons et 2 % des filles des ivresses répétées (10 et plus par an). Chez les jeunes, l'initiation à l'alcool est de plus en plus précoce : alors que 28,8% des garçons nés en 1981 avaient expérimentés l'alcool à un âge inférieur ou égal à 15 ans, ce pourcentage était de 34,4% chez ceux nés en 1983 ; l'expérience est plus tardive chez les filles puisque à l'âge de 15 ans, seul 21% d'entre elles ont été en contact avec l'alcool. La première ivresse survient environ 2 ans après l'initiation au produit.

**Quantité :** dans la population française, les seuils maximums de la consommation à faible risque (OMS) sont dépassés par une proportion importante de la population, d'autant plus que les consommations déclarées lors des enquêtes sont considérées comme largement sous-estimées. Parmi les 18-75 ans, les quantités déclarées consommées la veille (de l'enquête) dépendent du sexe mais relativement peu de l'âge. En moyenne, la veille, les hommes et les femmes, tous âges confondus, ont bu respectivement 3,0 verres 1,7. La quantité bue la veille est maximale entre 18 et 25 ans (3,2 verres chez les hommes et 2,0 chez les femmes). Par ailleurs, les consommations du week-end sont plus importantes que celles de la semaine. La quantité moyenne bue le samedi diminue nettement avec l'âge : 5,6 verres entre 18 et 25 ans contre 1,9 à plus de 55 ans. Ainsi, le samedi soir, les 18-25 ans consommateurs hebdomadaires boivent en moyenne plus que les consommateurs quotidiens du même âge.

**Vente :** en 1998, les ménages ont dépensé environ 12,2 milliards d'euros (80 milliards de francs) pour les boissons alcoolisées, dont 60 % pour le vin. L'Etat a perçu un peu plus de 25 % de cette somme sous formes de taxes.

**Polyconsommation :** la consommation d'alcool est souvent associée à celle d'autres substances psychoactives (tabac, drogues illicites). L'association "alcool - tabac" est la plus fréquente, près de 80% des consommateurs « à problème » adultes étant également fumeurs, alors que la consommation de cannabis est marginale. En milieu scolaire, la polyconsommation répétée<sup>2</sup> croît entre 14 et 18 ans (pour les garçons de 2 à 28 % et pour les filles de 2 à 15 %), correspondant principalement à "alcool - tabac - cannabis" et "tabac - cannabis".

**Comparaisons européennes :** en 1999, la France se situait au 4<sup>ème</sup> rang européen avec 10,7 litres d'alcool pur par habitant et par an, derrière le Luxembourg (12,2 l), l'Irlande (11,6), le Portugal (11,0). Une étude récente, réalisée sur les données 1994 de mortalité, place la France en première position en Union européenne pour la mortalité masculine liée à la consommation d'alcool (27 % de surmortalité par rapport à la moyenne européenne). Le taux de mortalité féminine est un peu en dessous de la moyenne européenne.

### **Attitudes et perception :**

#### *De la population générale*

Les risques associés à une consommation aiguë d'alcool sont ceux liés à la conduite automobile auquel le public est très sensibilisé.

Les risques associés à une consommation régulière d'alcool reconnus par la population générale sont la dépendance (cité en premier ou second par 58% des répondants) puis les « problèmes de santé » (49%), la diminution de l'espérance de vie (33%), un risque accru d'accident (27%), les troubles relationnels (10%) ; 84% des répondants assimilent l'alcool à une drogue. Le danger de l'alcool reste figuré par la déchéance morale, sociale et physique de l'alcoolique.

---

<sup>2</sup> au moins 2 des 3 produits Alcool, Tabac ou Cannabis, avec au minimum 1 cigarette/jour, 3 consommations d'alcool au cours de la dernière semaine ou dix consommations de cannabis au cours des douze derniers mois.

Si la dangerosité de l'alcool est reconnue de longue date, elle est néanmoins sous-estimée et les représentations positives de l'alcool restent actuellement prépondérantes. Le discours sur la dangerosité est d'autant plus brouillé que de nombreux travaux épidémiologiques, largement repris dans les médias, ont montré le bénéfice pour la santé d'une consommation modérée d'alcool. La question est donc celle de la norme de la consommation excessive (quotidienne ou occasionnelle), celles proposées par l'OMS étant considérées comme trop basses. En effet, en France selon les médias, la norme de dangerosité dans l'usage quotidien est de 3,7 verres/j pour un homme et 3 pour une femme ; lors d'une soirée entre amis la consommation d'alcool n'est considérée comme excessive qu'au-delà de 3 verres d'apéritifs et de 4 verres de vin. Les consommateurs dépendants surestiment plus souvent que les autres les quantités quotidiennes d'alcool jugées "sans risque" (4 verres pour les hommes et 3 pour les femmes).

### *Du corps médical*

Derrière une conscience unanimement exprimée du fléau que représente l'alcoolisme pour l'être humain et la santé publique, les médecins sont confrontés à un malaise généré à la fois par : le produit alcool lui-même avec sa composante sociale et culturelle largement établie et ancrée dans les mœurs, son caractère légal, le flou des définitions de l'excès, leurs propres représentations du produit et des malades de l'alcool, dans lesquels seuls sont rangés les alcoolo-dépendants. Ces constats sont particulièrement valables chez les généralistes. Les médecins vivent donc, pour la plupart, dans un monde dans lequel la consommation d'alcool est soit très excessive et dangereuse, soit minime et sans conséquences. Cette logique binaire, qui ne correspond évidemment pas aux réalités de la santé publique, permet de mettre à distance la thématique de l'alcool en la réservant aux cas les plus désespérés. Selon certains auteurs, l'absence d'intérêt pour les phases précédant la dépendance (usage à risque, usage nocif) pourrait être en partie liée à une identification plus ou moins consciente à ces patients, car comment parler et mettre en question une consommation que l'on partage ?

**Coût** : il n'est guère possible de distinguer la consommation en soins hospitaliers de celle en soins ambulatoires. Le coût de l'hospitalisation pour alcoolisme en 1995 était estimé à 1,22 milliards d'euros et celui du dispositif spécialisé (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie + centres de cure/post-cure) à 76 millions d'euros (chiffre 1998). Dans une approche élargie, le coût du traitement de l'alcoolo-dépendance et des pathologies associées à l'usage excessif d'alcool a été récemment (en 1999) estimé à 9,9 milliards d'euros, soit 10 % du total des dépenses de consommation médicale. Le coût d'une hospitalisation pour sevrage est estimé varier entre 1326 to 1917Euros ; maintenir un patient abstinant pendant 1 mois a un coût estimé de 500Euros environ.

L'impact socio-économique, évalué par la perte de revenus, de production et de prélèvements obligatoires, a été estimée, pour l'année 1996, comme variant entre 8,3 à 10,7 milliards d'euros.

### ***Prévalence des consommateurs à problème :***

#### *En population générale*

Le nombre de consommateurs à problème (usages à risque, nocif et dépendance) est estimé entre **4 et 5 millions de personnes**. Dans cette population, **2 millions de personnes seraient dépendantes de l'alcool**.

Étant donné que la consommation est fluctuante au cours de la vie et que nul n'est en théorie à l'abri d'une surconsommation, toute la population, à partir de l'âge de 15 ans est à risque d'alcoolo-dépendance, soit plus de 40 millions d'individus ; toutefois à un temps donné, les plus exposés au risque de dépendance sont ceux(celles) qui font de l'alcool un usage à risque ou un usage nocif soit environ 2 à 3 millions de personnes.

En population générale, 9 % des 18-75 ans ont eu 2 réponses positives au test DETA<sup>3</sup>, outil permettant de dépister un « problème avec l'alcool ». Ces personnes, soit 14,6 % des hommes et 4,1 % des femmes avec des maxima dans le groupe des 45-54 ans, peuvent donc être considérées comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool, sans pouvoir le qualifier avec précision (baromètre Santé 2000).

---

<sup>3</sup> 4 questions : Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? , Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? , Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ? , Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Le nombre annuel de nouveaux cas pris en charge par les structures de soins ambulatoires est estimé à 20 000.

#### *En population médicalisée*

La prévalence des problèmes d'alcool parmi les usagers (âgés de 16 ans et plus) du système de soins a fait l'objet, depuis 10 ans, de plusieurs enquêtes dont les résultats sont superposables. Dans la plus récente, réalisée par la Drees en 2000, un mésusage d'alcool a été identifié chez environ **un cinquième des patients ayant recours au système de soins un jour donné**, pour quelque raison que ce soit : 20 % des patients hospitalisés (33,2 % des hommes et 9 % des femmes) et 18 % des patients consultant un médecin généraliste (31,7 % des hommes et 8,5 % des femmes). Parmi ceux-ci, les usagers avec dépendance<sup>4</sup> représentaient 7 % des personnes hospitalisées (12 % des hommes et 3,3 % des femmes) et 5 % des consultants en médecine générale (8,6 % des hommes et 2,3 % des femmes).

En 2000, le nombre de séjours hospitaliers pour ivresse alcoolique s'est élevé à 54233 et celui pour alcool-dépendance à 40017 (source PMSI). Parmi eux, 681 séjours pour intoxication aiguë et 32 pour alcoolisme chronique ont concerné des adolescents de moins de 15 ans (source PMSI 2000) ; même si ces derniers chiffres ne représentent qu'un pourcentage infime (1,26 et 0,08%) des séjours pour ces motifs, ils authentifient la précocité des conduites déviantes avec l'alcool.

### **1.3. Conséquences :**

#### ➤ ***Risques immédiats : accidents (circulation, travail, domestiques), suicide, comportements sexuels à risque.***

L'absorption d'alcool, même à dose modérée, provoque des modifications du comportement apparaissant en général dès une alcoolémie<sup>5</sup> de 0,5 g/l ; les effets sont proportionnels à la dose ingérée. A faible dose, l'alcool a un effet psychostimulant excitant accompagné d'une désinhibition qui peut engendrer des comportements à risque; à plus fortes doses, l'effet est sédatif accompagné de troubles de la vigilance, à type de confusion, pouvant aller jusqu'au coma. On qualifie d'ivresses pathologiques les intoxications s'accompagnant de troubles graves du comportement, le plus souvent agitation et agressivité.

Les risques immédiats liés à la consommation excessive aiguë d'alcool sont dus à son effet désinhibiteur et sont représentés par les accidents (route, travail, domestiques), les suicides et les comportements sexuels à risque.

*Les accidents* : la fraction estimée attribuable à la consommation excessive d'alcool dans les accidents de la route mortels est de 30 à 40 %, pour les accidents du travail de 10 à 20 % et pour les accidents domestiques de 20 %.

Le rôle de l'alcool est certainement important dans la mortalité routière des jeunes, même si dans ce domaine, les adultes sont clairement plus souvent concernés. Tous âges confondus, on estime à plus d'un tiers la proportion d'accidents mortels de la circulation survenus dans un contexte d'alcoolisation avérée du conducteur (alcoolémie > seuil légal chez 35 %, chiffre le plus récent). Les accidents de la route sont la première cause de mortalité parmi les 15-24 ans (42,6 % en 1999). Les garçons représentent 80 % des tués. Sans remettre en cause le rôle causal d'une conduite sous l'emprise de l'alcool, on peut suggérer que les chiffres amplifient la réalité, essentiellement du fait de l'absence de prise en compte de facteurs de confusion<sup>6</sup> et de biais de sélection<sup>7</sup>. En 1999, environ 10 millions de contrôle d'alcoolémie ont été réalisés avec 80 % de contrôle préventifs et 20 % à la suite d'un accident. On note un dépistage positif dans 1,4 % des cas préventifs et 15,9 % pour les conducteurs impliqués dans des accidents mortels.

<sup>4</sup> par réponse positive à la 4<sup>ème</sup> question DETA ou consommation actuelle quotidienne > ou = 7 verres ou signes de dépendance physique notés par le médecin

<sup>5</sup> L'alcoolémie est le taux d'alcool mesuré dans le sang (en g/l).

<sup>6</sup> Par exemple, le non port de la ceinture est 5 fois plus fréquent chez les conducteurs alcoolisés que chez les autres.

<sup>7</sup> Pour plus de 16 % des accidents corporels et de 37 % des accidents mortels, on ne sait pas si l'accident est avec ou sans alcool. Il est par ailleurs admis que, dans les accidents impliquant seulement un véhicule, les forces de l'ordre établissent plus volontiers une procédure en cas d'alcoolémie positive. La question de la représentativité des dépistages de routine se pose aussi, ainsi que celle de la sensibilité des techniques utilisées.

*Les suicides* : pour les suicides, la fraction attribuable à l'alcool se situe de 5 à 25 %. La littérature sur le suicide des jeunes décrit l'alcool comme un facteur de risques bien repéré. Là encore, il s'agit d'un risque au sens probabiliste du terme et la relation de causalité est complexe, l'alcool pouvant être tout à la fois un des symptômes réponse au mal-être sous-jacent ou un facilitateur du passage à l'acte. Par ailleurs, l'expérience des urgences montre que certains états d'ivresse d'adolescents peuvent être considérés comme d'authentiques tentatives de suicide.

*Les conduites à risque en matière de sexualité* : on ne dispose pas de données sur ce sujet en France. Cependant, en Suède, le premier rapport sexuel serait sous influence de l'alcool chez 1/4 des adolescents. Ce constat reflète probablement en partie la recherche de l'effet désinhibiteur qui peut entraîner une modification des comportements de prévention. De plus, des données internationales font état d'une fréquence élevée d'alcoolisation corollaire de violences sexuelles subies par les adolescents. Ainsi selon une étude nationale américaine en cours de publication portant sur les adolescentes ayant déjà consommé de l'alcool (soit les 2/3), presque la moitié de celles ayant été abusées sexuellement avaient consommé de l'alcool juste avant.

➤ ***Risques différés pour les jeunes et âge d'exposition***

Beaucoup d'enquêtes s'accordent sur le fait que la précocité de consommation d'un produit représente un facteur de risque important en terme de prédiction d'une future consommation abusive ou dépendante. En ce qui concerne l'alcool, il existe quelques données contradictoires, néanmoins la majorité des travaux suggèrent que moins l'âge auquel est pris le premier verre est élevé, plus grand est le risque ultérieur d'usage nocif ou d'usage avec dépendance ; certains auteurs pointent le groupe des initiateurs de 11-14 ans comme particulièrement vulnérable pour l'avenir.

➤ ***Complications :***

Les principales complications liées à la consommation excessive chronique d'alcool sont, par ordre de fréquence décroissante :

- Les cancers : cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (action synergique alcool - tabac), cancer du foie chez les patients ayant une cirrhose alcoolique, liaison probable avec le cancer du sein et le cancer colo-rectal.
- Les complications digestives :
  - hépatiques : stéatose, hépatite alcoolique et cirrhose alcoolique.
  - pancréatiques (pancréatite aiguë ou chronique, diabète),
  - œsophagiennes (RGO, œsophagite, ...),
  - gastriques (gastrite alcoolique aiguë...).
- Les complications neurologiques : troubles cognitifs, syndromes spécifiques et encéphalopathies (Wernicke et Korsakoff), delirium tremens, épilepsie, démence alcoolique, syndrome de dépendance (sevrage) et alcool-dépendance, neuropathies périphériques, névrite optiques.
- Les complications cardio-vasculaires : cardiomyopathie, hypertension artérielle (HTA), troubles du rythme cardiaque, accidents vasculaires cérébraux (potentialisés par l'âge, le diabète, le tabagisme et l'HTA, également au décours de intoxication aiguë).
- Les complications embryo-foetologiques dont le syndrome d'alcoolisation fœtale (malformations cranio-faciales, retard de croissance global, anomalies du système nerveux, malformations), mortalité périnatale et prématurité.

➤ **Implications en termes de mortalité attribuable et /ou évitable :**

**Mortalité attribuable**

La mortalité attribuable à l'alcool peut être estimée de deux façons :

- Estimation "restreinte" ne prenant en compte que la mortalité directe par maladie : en 1998, 23 000 décès étaient liés totalement ou très majoritairement à la consommation régulière et excessive d'alcool dont environ 10 % par psychose, 40 % par cirrhose du foie et 50 % par cancer des VADS. Ils concernaient dans 80 % des cas des hommes. Plus d'un décès sur deux touchait une personne de moins de 65 ans.
- Estimation "élargie" prenant en compte la mortalité directe et indirecte : d'après l'expertise collective de l'Inserm, le nombre de décès attribuable à l'alcool en France en 1995 était évalué à 45 000 décès<sup>8</sup>, dont 16 000 seraient dus à des cancers, 8 200 à des affections digestives, 7 600 à des maladies cardio-vasculaires, 7 700 à des accidents et traumatismes (2 860 décès par accidents de la route attribuables à l'alcool). Au total, l'alcool contribuerait à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins.

En termes de mortalité prématurée, **la moitié des décès liés à l'alcool surviendrait avant 65 ans**. La consommation d'alcool excessive est une cause majeure de mortalité masculine prématurée puisque à l'origine de 22 % des décès des hommes dans la tranche d'âge 45-54 ans et 48 % dans la tranche 45-64 ans ; les pourcentages correspondants pour les femmes sont respectivement de 20 et 40 %. Près de 60% des décès par cirrhose alcoolique surviennent chez des hommes et des femmes âgés de moins de 65 ans. Les seules cirrhoses et psychoses représentent 6 % de la totalité de la mortalité prématurée.

**Mortalité évitable**

**La quasi-totalité de la mortalité par alcoolisme est évitable**, la condition étant d'obtenir une utilisation "sage" du produit par les consommateurs. De fait, la mortalité a baissé régulièrement en France depuis 50 ans compte tenu de la baisse continue de la consommation d'alcool ; ainsi, **le nombre de décès attribué à l'alcool a diminué de 13 % entre 1985 et 1995 (7 000 décès en moins)**. Cette diminution a été due à la très forte baisse des décès par cirrhose et par cancer des VADS chez les hommes.

Le taux de mortalité par cirrhose est stable depuis 1992, année qui a mis fin à une baisse constante observée depuis les années 70. De fait, le taux de mortalité par cirrhose (pour 100 000 sujets de 15 ans et plus) est passé de 60 chez les hommes et 20.2 chez les femmes en 1979 à respectivement 28.5 et 10.4 en 1992. Il n'est guère possible de savoir si cette baisse a été due à une moins grande fréquence de cirrhose ou à une meilleure prise en charge de l'insuffisance hépato-cellulaire et de ses complications, toutefois, la baisse de mortalité se superposait à la diminution de la consommation d'alcool globale.

L'arrêt de la baisse de la mortalité par cirrhose observée depuis environ 10 ans suggère que les traitements disponibles ont atteint leur efficacité maximale. L'ultime issue, la transplantation hépatique n'est toutefois pas suffisamment envisagée pour des raisons qui restent à éclaircir : en effet, la cirrhose alcoolique, hépatopathie la plus fréquente en France et en Europe, ne représente qu'un peu plus d'un quart des indications de la transplantation hépatique pour cirrhose.

En sus de la réduction de la surmortalité, la baisse de la consommation jusqu'à des doses modérée ou faible (< 10 à 20 g/jour) pourrait également diminuer la mortalité globale des populations âgées de 40 à 60 ans, en raison des effets bénéfiques d'une faible dose d'alcool sur le risque de maladie cardio-vasculaire.

**Implications en termes de morbidité évitable :**

La consommation d'alcool au-delà de 20 g/jour entraîne très vite une forte augmentation du risque relatif de maladies organiques.

---

<sup>8</sup> Chiffre calculé en ajoutant aux décès directement liés à l'alcool une fraction des décès de diverses pathologies et accidents favorisés ou aggravés par la consommation d'alcool.

*Maladies cardio-vasculaires.* La réduction du risque cardio-vasculaire observé pour des consommations faibles disparaît très rapidement lorsque la consommation s'élève. La fréquence de l'hypertension artérielle augmente rapidement à partir d'une consommation supérieure à 20 g d'alcool/jour, aussi bien chez l'homme que chez la femme et indépendamment du type de boisson ; il en est de même pour le risque cardiovasculaire au sens large au delà de 25 g/jour chez la femme et 40 g/jour chez l'homme. Alors que la consommation d'alcool entraîne, d'une part, une baisse modérée de l'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques, elle augmente d'autre part, de façon plus soutenue, celle des AVC hémorragiques ; la résultante est une augmentation du risque global d'AVC, avec 24% de fraction attribuable à l'alcool.

*Cancers.* D'une façon générale, une consommation élevée d'alcool entraîne un accroissement du risque d'apparition des cancers et ceci d'autant plus que cette consommation est associée à celle d'autres facteurs comme le tabac ; certaines prédispositions génétiques seraient également impliquées. En pratique, le risque de cancer augmente dès les consommations faibles à modérées mais le seuil n'est pas connu. En revanche, il est prouvé qu'il existe une relation dose/effet. Le risque relatif de survenue d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) est multiplié par environ 3 chez les buveurs excessifs et par plus de 10 lorsqu'il existe un tabagisme associé. Le cancer primitif du foie survient dans l'évolution de 20 % des cirrhoses alcooliques. Pour le cancer du sein, le risque relatif augmente de 10 % par dose de 10 g d'alcool ingérée par jour et se stabilise au-delà de 60 g. Pour le cancer colorectal (troisième rang de la mortalité par cancer), on estime une augmentation probable du risque de 10 % par 24 g d'alcool par jour mais les données disponibles sont très hétérogènes.

*Cirrhose.* Chez un individu indemne de tout autre facteur de risque, le seuil de consommation d'alcool à partir duquel le risque de cirrhose devient important se situe autour de 5 à 6 verres (50-60 g) par jour s'il s'agit d'un homme et 3 à 4 (30-40 g) s'il s'agit d'une femme pendant une durée d'au moins 15 et 10 ans respectivement. L'influence sur le risque de maladie alcoolique du foie et de cirrhose des modalités du boire, c'est à dire consommation quotidienne versus consommation aiguë de fin de semaine ainsi que la consommation au cours des repas, reste à préciser. La survenue d'une maladie alcoolique du foie est indépendante du type de boisson consommée. Le développement d'une cirrhose est favorisée par la malnutrition tout comme par le surpoids.

*Détérioration des fonctions cognitives.* Cette détérioration peut apparaître de façon aiguë dès une alcoolémie de 0,50 g. Elle est présente chez plus de la moitié des personnes alcoolodépendantes (troubles de la concentration et de la mémoire). Il faut noter que les troubles peuvent régresser en quelques semaines ou mois (y compris l'atrophie cérébrale) avec l'arrêt de l'alcoolisation.

*Enfant in utero et développement psychomoteur.* D'après les études expérimentales sur l'animal, l'alcool agit sur le développement du système nerveux central et cela dès les premières semaines de la grossesse. Il est difficile de définir les moments les plus à risque dans le développement du fœtus. Le risque existe tout au long de la grossesse et quelle que soit la dose administrée. Chez la femme la mortalité périnatale et la prématurité augmentent dès la consommation de 40 g d'alcool par jour et l'augmentation du nombre des enfants ayant un petit poids de naissance est retrouvée dès que la consommation dépasse 10 g/jour. La fréquence du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), conséquence d'une consommation élevée de la mère a été évalué à 0,5 à 3 pour 1 000 naissances aux États-Unis et à 2,3 pour 1 000 dans le nord de la France. Quant au développement psychomoteur de l'enfant, on constate une diminution du QI de 5 à 7 points à partir d'une consommation maternelle de 20 à 30 g/jour ou d'une consommation d'au moins 50 g en prise occasionnelle.

#### ***Implications en termes de qualité de vie :***

On ne dispose guère de données permettant d'évaluer le retentissement sur la qualité de vie chez les consommateurs excessifs. Par contre, chez des patients dépendants hospitalisés pour sevrage d'alcool, l'évaluation de la qualité de vie par questionnaire montre qu'il existe un effondrement du score psychique alors que le score physique est mieux préservé.

### ***Implications en termes d'inégalités :***

**La mortalité est très inégalitaire en termes de catégories sociales et de disparités régionales.** La surmortalité des employés et des ouvriers par consommation excessive d'alcool est 10 fois plus importante par rapport à celle des cadres supérieurs et des professions libérales. De plus, **alors que les différences régionales de consommation déclarée apparaissent faibles, les contrastes de mortalité, notamment la mortalité masculine, sont particulièrement forts sur le territoire national selon un axe nord-est / sud-ouest** (régions à forte mortalité liée à la fois à l'alcool et au tabac : Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Lorraine ; excès de mortalité liée à l'alcool : Bourgogne, Centre, Limousin, Auvergne). L'analyse de la mortalité à un niveau géographique plus fin révèle que certaines zones à l'intérieur d'ensembles géographiques plus vastes ont des excès de mortalité associés à des consommations d'alcool ou de tabac particulièrement élevés : par exemple pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures : la Seine-Saint-Denis, le Val de Marne et le Val d'Oise.

Enfin, il n'existe guère de superposition entre mortalité et consommation ; un bon exemple est celui de la région Languedoc-Roussillon, zone caractérisée par une mortalité due à l'alcoolisme nettement inférieure à la moyenne nationale alors que, avec 18 % de sujets dont le profil est à risque elle occupe le 7<sup>ème</sup> rang des régions françaises et le 2<sup>ème</sup> rang des régions françaises pour la prévalence d'affections en lien avec la consommation d'alcool

### ***« Coût social » de l'alcool***

Estimé selon une méthodologie standardisée et rigoureuse (même si elle reste discutable), le « coût social » brut de l'alcool en France a été estimé à environ 1,4 % du PIB. Dans la même étude, le coût social du tabac représentait 1,1 % du PIB, celui des drogues illicites 0,16 % du PIB<sup>9</sup>.

## **1.4. Objectifs envisageables à 5 ans**

- Réduire la consommation d'alcool :
  - Diminuer de 20 % la consommation moyenne annuelle d'alcool par habitant âgé de plus de 15 ans (HCSP 1994, stratégie alcool)
    - Vin : accélérer le rythme de décroissance de 50 % (passer de - 20 à - 30 %)
    - Bière : doubler le rythme de décroissance (passer de - 7 à - 14 %).
    - Spiritueux : amorcer une baisse d'au moins 10 % de la consommation.
  - Diminuer la prévalence des comportements d'ivresses répétées (nombre de personnes, adultes et jeunes, déclarant plus de 10 épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois, à quantifier)
  - Diminuer de 25 % la proportion de femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse.
- Cibler les contrôles préventifs routiers d'alcoolémie, notamment en les pratiquant à des moments appropriés aux situations de risque.
- Augmenter la perception de dangerosité de l'alcool en population adulte et chez les jeunes
- Réduire les disparités sociales en matière de consommation.
- Prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance.

## **1.5. Indicateurs souhaitables**

- Consommation moyenne annuelle totale d'alcool (source INPES)
  - Vin : Consommation moyenne annuelle en litre par habitant (1990 : 73,1 – 1998 : 58,1 = - 20,5%)
  - Bière : Consommation moyenne annuelle en litre par habitant (1990 : 41,5 – 1998 : 38,6 = - 7 %)

---

<sup>9</sup> Kopp P et P Fenoglio. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, Etude N°22, OFDT septembre 2000

- Spiritueux : Consommation moyenne annuelle en litre par habitant (1990 : 2,5 – 1998 : 2,43 = stable).
- Déclaration d'ivresses dans l'année, Baromètre Santé 2000 (48 % des hommes)
- Proportion de femmes consommant de l'alcool pendant la grossesse (en 1998, moins de 10 % des femmes enceintes consommaient de l'alcool au cours du 3e trimestre de la grossesse).
- Alcoolémie lors des contrôles préventifs routiers, Sécurité routière (données 2000 : 1,5 %).
- Consommation moyenne annuelle d'alcool des régions en litre par habitant.
- Nombre de personnes ayant un usage nocif d'alcool
- Nombre de personnes alcoolo dépendantes.

## 1.6. Besoins de recherche :

- Mise au point d'un outil fiable de mesure de la consommation réelle afin de développer les connaissances sur le type de relation alcool - santé.
- Mettre en place des études pour déterminer l'histoire naturelle des hépatopathies alcooliques.
- Mettre au point des stratégies de dépistage de consommation d'alcool chez les femmes enceintes (dont les marqueurs biologiques).
- Étudier les mécanismes de l'atteinte neuronale lors d'une consommation excessive d'alcool.
- Étudier l'influence des modes de consommation d'alcool sur le développement de différentes pathologies.
- Développer la recherche sur les traitements de la dépendance alcoolique.
- Évaluer l'ensemble du retentissement social de l'alcool en France

## 2. Facteurs associés à la prévalence ou aux conséquences (Cibles possibles pour des stratégies d'action)

Les différentes formes de conduites d'alcoolisation se distribuent sur un continuum allant de l'usage socialement admis jusqu'aux différentes formes de mésusage, incluant les formes pathologiques. De plus, un sujet donné peut au cours de sa vie passer d'une forme de comportement à une autre. Les conditions d'un tel passage (aggravation ou amélioration) sont encore mal établies mais il est certain qu'**un risque d'escalade existe, notamment vers l'alcoolo-dépendance. Toutefois de multiples variables individuelles et environnementales sont en jeu** et on ne dispose pas de modélisation mathématique de l'histoire naturelle du passage de la consommation faible à l'abus et à la dépendance.

### 2.1. Description

Trois phénomènes régissent la consommation d'alcool: l'appétence, l'accoutumance, la dépendance, cette dernière n'existant pas sans au moins l'un des deux autres. L'appétence est indiscutablement variable d'un individu à l'autre. Elle conditionne en grande partie la survenue des excès, surtout lorsqu'elle s'associe à une forte accoutumance. A l'inverse, une appétence modérée associée à une forte accoutumance peut aussi engendrer des consommations excessives d'autant plus dangereuses que l'accoutumance gomme les effets du produit. L'accoutumance étant elle aussi très variable d'un sujet à l'autre, l'infinité de combinaisons entre celle-ci et l'appétence rend compte de la variabilité du risque alcool entre les êtres. Au sein d'une population, certains seront donc plus exposés que d'autres que ce soit pour des raisons constitutionnelles ou environnementales.

La vulnérabilité à l'alcool, niveau de « tolérance » du produit et risque de dépendance, a une composante génétique dont la part dans la variabilité du risque de dépendance est estimée être de l'ordre de 30 à 50%. Il s'agit d'un déterminisme polygénique, multiples combinaisons de polymorphismes qui restent encore largement à identifier, et dont l'expression phénotypique n'a pas de limite très précise.

Le risque de dépendance dépend de 3 facteurs majeurs : la vulnérabilité individuelle, les caractéristiques du produit (son « pouvoir addictif ») et l'exposition au produit ; ce dernier facteur englobe la disponibilité et les pratiques de consommation et, de fait, il existe une association positive entre la consommation (quantité x fréquence) et la dépendance (Woody, Addiction 1993)

*Des facteurs liés aux comportements individuels et aux habitudes de vie*: au delà du caractère festif de l'alcool, il existe des différences dans l'approche culturelle de l'alcool, dont la traduction s'exprime plus dans le rythme de consommation que dans son niveau.

*Des facteurs liés à l'environnement social* (milieu et conditions de vie) : la consommation d'alcool est socialement différenciée, surtout chez les hommes. Plus faible dans les catégories de cadres supérieurs et de professions intermédiaires, elle est élevée chez les employés et les artisans, et intermédiaires dans les catégories d'employés chez les hommes alors que chez les femmes les différences sociales sont faibles. Selon les résultats d'une étude nationale réalisée à la fin 2000<sup>10</sup> en milieu de soins, ambulatoire ou hôpital, l'alcoolisation excessive était nettement plus fréquente, quels que soient le sexe et l'âge, chez les patients chômeurs ou en emploi précaire (contrat à durée déterminée, intérim, stage) que chez ceux qui avaient un emploi stable. Il en était de même chez les personnes vivant dans des logements précaires ou sans abri aussi bien que chez les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou de la couverture maladie universelle (CMU) ; on ne peut toutefois pas savoir si les facteurs de risque identifiés sont cause ou conséquence de l'alcoolisation. Les caractéristiques sociales expliquaient en partie les écarts observés entre les régions ; toutes choses égales par ailleurs, le risque de dépendance à l'alcool parmi les patients inclus à l'hôpital restait significativement inférieur à la région de référence dans huit régions (Aquitaine, Haute Normandie, Ile de France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Provence Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

Chez les jeunes, les différences sociales sont abordées à travers les filières scolaires et se combinent aux parcours scolaires et aux modes de vie familiaux : autour de 17 ans, les adolescents des filières professionnelles ou non scolarisés ont un niveau de consommation d'alcool mais aussi de cannabis et de tabac plus élevé que les lycéens de l'enseignement général. La consommation des jeunes est fortement liée à celle prévalant dans le milieu familial.

*Des facteurs géographiques* : il existe de fortes disparités régionales de l'usage et des conséquences sanitaires ainsi que de la mortalité associée à des consommations d'alcool élevées. La fréquence de consommation quotidienne est élevée (environ 27 % des 12-75 ans) dans les régions Sud-Ouest et Sud-Est (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon), faible en Basse et Haute Normandie (14 %) ; elle est d'environ 20 % dans les autres régions.

*Des facteurs économiques* : offre et publicité, commerce, prix et réglementation.

*Des facteurs liés au système de santé* (accès au dépistage, au traitement, aux soins de confort...) : le dispositif de soins est peu organisé et peu efficace en raison du déni social de la gravité du problème. L'alcoolisme est résumé à l'alcool-dépendance, l'usage à risque et l'usage nocif étant totalement occultés. Or toute la période qui précède l'installation de la dépendance est primordiale (environ une quinzaine d'années selon l'expérience clinique) car s'installent les conséquences sociales, familiales, psychologiques et professionnelles de l'alcoolisation. Le système de soins ne remplit pas son rôle car il ne se donne pas les moyens de repérer les consommateurs excessifs à un stade précoce. En effet, moins de 20% des alcool-dépendants consultent un spécialiste pour ce motif. L'abord systématique de la consommation d'alcool à chaque consultation ou lors du bilan d'un nouveau patient est marginal (respectivement 8,7 % et 19,5 % des médecins). Les traitements médicamenteux sont peu nombreux et d'une efficacité relative. Aucun groupe pharmaceutique ne développe de recherches sérieuses en ce domaine. Les structures de soins sont insuffisantes en nombre.. L'impact des formations médicales continues, telles que pratiquées actuellement, apparaît limité ; la formation en alcoologie au cours du cursus médical est par contre organisée depuis peu.

---

<sup>10</sup> Mouquet, MC, Villet H : Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours au système de soins un jour donné. Etudes et résultats N°192

## 2.2. Objectifs envisageables à 5 ans

- Améliorer le niveau de formation en alcoologie des médecins en exercice et l'enseignement de l'alcoologie pendant le cursus médical
- Accroître le niveau de connaissance de la population sur l'alcool
- Informer des risques associés à une consommation problématique d'alcool en tenant compte des facteurs individuels.
- Dépister et informer les personnes qui sont dans des situations les exposant à des consommations problématiques.
- Agir dans les groupes sociaux ou les zones géographiques dont les indicateurs sanitaires liés à l'alcool sont les plus mauvais.
- Renforcer les restrictions réglementaires concernant l'accès à l'alcool pour les groupes à risque et renforcer la répression des infractions à la réglementation.
- Développer l'accessibilité à des modes de prise en charge efficaces pour les personnes en difficulté avec l'alcool sur le plan social (désinsertion, violences) et médical (dépendance et pathologies liées à l'alcool) et améliorer le dépistage et la prise en charge par le système de soins des problèmes liés à l'alcool :
- Disposer d'un centre spécialisé de prise en charge des problèmes liés à l'alcool pour 100 000 habitants
- Créer une équipe de liaison spécialisée pour les problèmes de substances psychoactives dans 30 % des établissements de santé comportant des urgences.
- Augmenter la proportion de médecins abordant systématiquement la consommation d'alcool pendant leur consultation. Porter à 90 % (73 % actuellement) la proportion de médecins généralistes documentant les consommations de substances psychoactives chez leurs patients
- Porter à 20 % (4,5 % actuellement) la proportion de médecins utilisant des instruments standardisés pour le repérage des consommations

## 2.3. Indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte des objectifs portant sur les facteurs :

- Habitudes de consommation d'alcool (fréquence, quantité).
- Impact des campagnes d'information sur les habitudes de consommation des groupes ciblés.
- Niveau de perception de la dangerosité de la consommation quotidienne d'alcool : Baromètre Santé 2000 (en moyenne 3,7 pour les hommes, 3 pour les femmes) en population adulte et chez les jeunes
- Niveau de perception de la dangerosité d'une consommation occasionnelle : Enquête DREES 1998 (7 unités d'alcool) en population adulte et chez les jeunes.
- Nombre de médecins ayant suivi une formation complémentaire en alcoologie
- Nombre de centres spécialisés de prise en charge des problèmes liés à l'alcool, et nombre de places ouvertes dans ces centres.

## 2.4. Besoins de recherche

- Étude des variations pharmacocinétiques en fonction du sexe, de l'âge, des groupes de population.
- Exploiter les cohortes existantes pour suivre la survenue de pathologies liées à l'alcool et déterminer les facteurs de risque associés.
- Continuer à développer des recherches sur les susceptibilités génétiques aux effets de l'alcool.
- Étudier les conséquences d'une exposition in utero par des recherches fondamentale, clinique et épidémiologique.

### 3. Stratégies d'action (« multi-cibles » ou vis à vis de chaque cible)

#### 3.1. Description

Les objectifs des actions vont être de favoriser, de façon coordonnée et complémentaire :

- La réduction de la consommation d'alcool pour diminuer les risques à court et long terme d'un mésusage (information, éducation et réglementation),
- La prévention du développement de l'usage nocif et de l'installation de la dépendance liée à l'alcool
- L'amélioration de la prise en charge (médicale et sociale) des personnes en difficulté avec l'alcool
- L'amélioration de la qualité du suivi des consommations et de leur retentissement épidémiologique.

Ces objectifs sont en accord avec ceux proposés dans la "stratégie ministérielle d'action alcool" (2002-2004) et avec les recommandations de l'OMS en matière de consommation à moindre risque.

D'une manière générale, les campagnes d'information et de prévention tiendront compte des *niveaux de consommation* (de 0 à 20 g/j, de 20 à 50 g/j et au-delà de 50 g/j) et des facteurs de vulnérabilité et de protection. La communication publique pour diffuser les normes de consommation basse sera intensifiée et diversifiée ; la notion de consommation faible est substituée à celle de consommation modérée.

La stratégie proposée ci-après a pour objectif de confronter chaque individu à sa consommation d'alcool tout au long de sa vie. Elle conjugue information des sujets, renforcement de la réglementation, intervention par des professionnels et observation épidémiologique.

- ***Informier et prévenir à tous les âges de la vie : en cours de grossesse, à la naissance, à la puberté, au collège et au lycée, à la majorité, à l'âge adulte***
- ***« Renforcement » de la réglementation***
  - Les seuils admissibles de consommation sont rappelés en permanence, car présents sur chaque contenant
  - La publicité est strictement encadrée par la loi « Evin » rétablie dans son texte original.
  - Pour réduire les *accidents de la circulation liés aux consommations festives* :
    - les règles relatives à la conduite automobile sous alcool sont claires, précises et incontournables (mesures déjà prises par le gouvernement).
    - les personnels des débits de boissons reçoivent une formation sur l'alcool, l'ivresse, la réglementation, leur responsabilité
  - La réglementation de la consommation d'alcool dans les entreprises est strictement appliquée.
  - Chaque consommateur contribue, par le paiement d'une taxe basée sur le titre en alcool de la boisson et le volume du contenant, au financement de la prévention, du soin et de la recherche sur le risque alcool
- ***Intervention des professionnels***
  - Intervention des médecins généralistes destinée à motiver et aider les buveurs à réduire leur consommation.
  - En cas d'hospitalisation, la prévention s'effectue à 3 niveaux . Premièrement, le lien entre alcool et maladie est rappelé par l'interdiction de consommation et d'introduction de boissons alcoolisées en ces lieux, l'hôpital ayant été déclaré comme un lieu « sans alcool » au même titre qu'il est « sans tabac ». Deuxièmement, un fascicule d'information comportant un auto-questionnaire de positionnement par rapport à l'alcool est remis à chaque entrant; certains services, dont on peut espérer que le nombre s'accroîtra avec le temps, sont formés au repérage du mésusage de l'alcool et à la pratique des interventions brèves. En cas d'alcool-dépendance, l'équipe de liaison en addictologie est appelée, si elle existe. Les adresses des structures du réseau extrahospitalier sont données aux patients concernés et les liens sont activés.

### ➤ **Prise en charge des alcoolo-dépendants**

La prise en charge des sujets alcoolo-dépendants et les modalités d'accompagnement après le sevrage ont fait l'objet de deux conférences de consensus de l'Anaes (1999, 2001) auxquelles on pourra se référer. Les propositions concernant le dispositif de soins formulées dans le rapport Reynaud-Parquet (Les personnes en difficulté avec l'alcool, rapport de mission 1998, Dossiers techniques, édition CFES) restent d'actualité :

- une unité d'alcoologie hospitalière par département de moyenne importance (avec à long terme l'objectif d'une unité par hôpital) ;
- une structure hospitalière de type hôpital de jour ;
- un centre de soins de suite et de réadaptation alcoologique ;
- un CCAA pour 100 000 habitants, ou au moins par département ;
- éventuellement des consultations spécialisées ;
- une équipe d'alcoologie de liaison (ou équipe de liaison) dans tous les hôpitaux ;

L'extension du dispositif de soins doit s'accompagner d'une amélioration de la qualité des soins et l'efficacité des techniques de traitement de prévention des rechutes. Le but principal du traitement des patients alcoolo-dépendants est d'améliorer leur qualité de vie globale. La prise en charge ne consiste pas à appliquer des procédures standardisées mais à négocier avec le patient un programme thérapeutique envisageant, dès la phase de sevrage, l'accompagnement médico-psychosocial qui permettra le rétablissement à long terme. En complément du soutien psychologique, des traitements peuvent être prescrits mais les ressources médicamenteuses sont dans le domaine de l'alcoologie très limitées et devraient être stimulées.

### ➤ **Formation médicale**

L'enseignement obligatoire en alcoologie et addictologie est intégré au cursus médical. Il aborde les aspects médicaux, psychologiques et sociaux de la problématique alcool. Il est sanctionné par un certificat, au même titre que les autres disciplines.

### ➤ **Observation épidémiologique et recherche**

Le recueil d'informations à la puberté (visite obligatoire), à la majorité (Enquête ESCAPAD) et à l'âge adulte (visite volontaire de médecine préventive et informative) pourrait permettre de constituer une banque de données épidémiologiques considérables et régulièrement actualisées sur la prévalence de la consommation et de son mésusage. De plus il pourrait autoriser un suivi longitudinal, par la collection des informations à la puberté, à la majorité et à l'âge adulte sous condition de valider un modèle informatique permettant d'actualiser la fiche sujet par sujet tout en préservant l'anonymat le plus strict. Cette base pourrait servir à analyser les nombreuses relations entre l'alcool et diverses pathologies comme le cancer, les maladies du foie ou les atteintes neurologiques et permettre de modéliser les conduites d'alcoolisation et préciser les probabilités de passage de l'usage au mésusage en tenant compte des facteurs de risque. Ces données pourraient être particulièrement utiles au futur Institut National du Cancer.

### ➤ **L'interministérialité**

Une stratégie de lutte contre les problèmes liés à la consommation d'alcool en France concerne l'ensemble des ministères en raison du poids de l'alcool au niveau sanitaire, fiscal, économique, agricole et culturel. Sa prise en compte dans les services impliqués dans l'éducation et la formation des jeunes est également nécessaire. Compte tenu de ses attributions, il revient à la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie d'assurer la concertation nécessaire.

### ➤ **L'articulation entre Etat et région**

Compte tenu des disparités régionales en matière de consommation et d'impact de l'alcool sur la santé et d'offre de soins en alcoologie, une programmation régionale est indispensable. Pour cela, il convient de potentialiser l'ensemble des outils existants afin de les articuler et favoriser ainsi l'égalité de tous dans l'accès aux soins.

### **3.2. Résultats attendus et impact prévisible**

Concernant l'efficacité des actions d'éducation pour la santé en direction des adolescents, il existe aujourd'hui un clivage entre les connaissances scientifiques et leur application.

### **3.3. Conditions préalables à la mise en œuvre (acceptabilité, impact sur le système de santé, coût)**

Éducation pour la santé en direction des adolescents : nécessaire organisation et coordination des actions de prévention.

Aspects favorables à la qualité et à l'efficacité des actions : ancrage communautaire, implication des divers acteurs de l'école, désir d'impliquer les parents, améliorer la qualité de vie dans l'établissement.

## **4. Documents utilisés**

Contributions au GTNDO (Janvier 2003) : Alcoolisme (Nalpas et Alvin), Dépendance à l'alcool (Nalpas), Cirrhose alcoolique (Nalpas), stratégie d'action (Nalpas), document alcool INPES (Arwidson), 3 documents ANPA (prévention en milieu scolaire, auprès des professionnels et par les centres de cure ambulatoire en alcoologie), MILDT

Données européennes OMS (alcool et maladies chroniques du foie et cirrhoses), Consommation d'alcool HCSP, Etudes et résultats de la Drees (n° 153, 192 et 78), "Stratégie d'action alcool : intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool" document DGS, "Drogues et dépendances : indicateurs et tendances" rapport OFDT 2002, "Alcool : effets sur la santé" Expertise collective de l'INSERM 2001. "Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance ", Expertise collective de l'INSERM 2003.