

3.3

Morbidité et mortalité liées à l'alcool

Christophe Palle

La consommation d'alcool peut être à l'origine de dommages pour la santé, avec un risque qui augmente suivant les quantités et la durée d'usage. La consommation chronique est particulièrement cancérigène, favorisant l'apparition de cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage et larynx), du côlon-rectum, du sein et du foie. Cette toxicité atteint également le système cardio-vasculaire, provoquant notamment de l'hypertension artérielle et des accidents vasculaires cérébraux. L'alcool est aussi toxique pour le foie (cirrhoses), pour le système nerveux (troubles des fonctions intellectuelles, atteintes du cerveau, atteintes des nerfs et polynévrites touchant surtout les membres inférieurs). Une absorption ponctuelle excessive provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication des erreurs lors de l'exécution de tâches, et d'un effet désinhibiteur pouvant induire des prises de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans les accidents (de la route, professionnels ou de la vie courante), dans les suicides et lors des rixes. La consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse expose l'enfant à des risques de troubles du développement. Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires et par diabète de type 2 est observée pour de faibles consommations quotidiennes, le rôle exact de l'alcool dans cette baisse de la mortalité restant cependant encore discuté [122].

MORTALITÉ : LES HOMMES PRÈS DE TROIS FOIS PLUS CONCERNÉS

Pour un certain nombre de maladies, la consommation d'alcool est le seul facteur de risque et la totalité des décès observés lui est attribuable.

C'est le cas, par exemple, des cardiomyopathies alcooliques, des maladies chroniques alcooliques du foie ou des polynévrites alcooliques (voir le tableau 2 pour la liste complète de ces maladies). Mais pour de nombreux autres décès, comme ceux provoqués par certains cancers ou certaines maladies du cœur et de l'appareil circulatoire, ou des décès par accidents, l'alcool n'est pas le seul facteur de risque et il faut alors calculer quelle part de ces décès (fraction attribuable) est provoquée par la consommation d'alcool. Ce calcul repose sur la connaissance de l'augmentation des risques de décès chez les buveurs relativement à des non-buveurs (risques relatifs).

Tableau 1 - Risques relatifs de décès suivant la pathologie et les quantités d'alcool consommées

Cause de décès		Dose en grammes par jour		
		25	50	100
Cancer	Cavité buccale	1,8	3,0	6,7
	Pharynx	2,0	3,8	11,6
	Œsophage	2,8	5,1	11,0
	Côlon et rectum	1,2	1,4	1,8
	Foie	1,2	1,4	1,8
	Larynx	1,5	2,1	3,8
	Sein	1,3	1,7	3,0
Maladies cardiovasculaires	Maladies hypertensives ♂	1,3	1,6	2,6
	Maladies hypertensives ♀	1,3	1,8	2,8
	Cardiopathie ischémique	0,8	0,9	1,1
	Arythmie cardiaque	1,7	2,1	3,1
	Accident vasculaire cérébral hémorragique	1,1	1,2	2,4
	Accident vasculaire cérébral ischémique	0,9	1,1	1,5
Maladies digestives	Cholélithiase	0,8	0,6	0,4
	Pancréatite	1,1	1,4	4,8
Diabète et épilepsie	Diabète de type 2	0,7	0,8	1,5
	Épilepsie et mal épileptique	1,4	1,9	3,4
Accidents et violences		1,1	1,3	1,6

Note : Un risque relatif supérieur à 1 signifie que les buveurs encourrent un risque de décès plus élevé que les non-buveurs. Une valeur inférieure à 1 indique à l'inverse un effet protecteur de l'alcool, le risque de décès étant alors inférieur chez les buveurs que chez les non-buveurs

Source : Guérin et coll. [113]

L'ensemble des risques relatifs utilisés dans la dernière étude sur les décès liés à l'alcool en France [113] figure dans le tableau 1. Ces données montrent que les surrisques de décès augmentent avec les quantités

mais qu'ils apparaissent aussi, le plus souvent, pour les doses les plus faibles du tableau (25 g, soit environ 2 verres et demi d'alcool par jour). Par ailleurs, ce surrisque existe également chez les personnes qui, sans boire quotidiennement, consomment une quantité équivalente, mais de façon concentrée, par exemple en fin de semaine. Les risques relatifs sont très supérieurs aux autres, quelle que soit la dose, pour les cancers de la cavité buccale, du pharynx et de l'œsophage, cancers pour lesquels tabac et alcool sont conjointement impliqués.

LE CALCUL DES FRACTIONS ATTRIBUABLES

Lorsque l'alcool est seul en cause dans une pathologie, la fraction attribuable est, par définition, égale à 100 %. Lorsque l'alcool n'est pas le seul facteur de risque, il faut alors déterminer la part de ces décès attribuables à l'alcool. Ce calcul repose sur la mesure de l'augmentation de risque de décès chez les buveurs et du nombre de buveurs qui s'exposent à ce risque.

Les valeurs des risques relatifs présentées dans le tableau I sont issues d'une compilation d'études de cohorte, ou cas témoin, qui permettent de comparer la mortalité pour une cause donnée parmi des personnes qui consomment de l'alcool (en distinguant différents niveaux de consommation) et des personnes qui ne consomment pas d'alcool. Le rapport entre le taux de mortalité chez les buveurs et chez les non-buveurs permet de mesurer si la consommation d'alcool se traduit par une surmortalité relativement à une population témoin, celle qui ne boit pas d'alcool.

Une fois connus ces risques relatifs, l'impact de l'alcool sur la mortalité dans une population dépend ensuite de la part de celle-ci concernée par les

différents niveaux de consommation, par sexe et par âge. Cette proportion est estimée en répartissant la quantité d'alcool mise en vente sur le territoire français en 2009 (source : INSEE), en fonction des quantités déclarées dans une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population française (enquête INSEE récente).

La notion de risque relatif compare la mortalité chez des buveurs et des non-buveurs sans chercher à faire apparaître le rôle des autres facteurs de risques. Pour de nombreuses causes de décès intervenant chez les buveurs d'alcool, par exemple les cancers de la bouche et de la gorge, le tabac est également un facteur de risque. L'association de ces deux facteurs, très fréquente chez les buveurs, fait courir un risque de décès particulièrement important, les deux risques se renforçant mutuellement. Une partie de la mortalité attribuable à l'alcool, est en fait liée à la consommation associée de ces deux substances. Il en résulte que les chiffres de mortalité attribuable à l'alcool et ceux de mortalité attribuable au tabac ne peuvent s'additionner, cette somme incluant des doubles comptes.

À partir de ces risques relatifs et de la proportion de consommateurs d'alcool dans la population, il est possible de calculer des fractions attribuables, c'est-à-dire les proportions du nombre total de décès recensés concernant chaque pathologie pouvant être attribuée à l'alcool. En utilisant les statistiques de mortalité par cause de décès, on obtient des nombres de décès par cause et, par sommation, le nombre total de décès attribuables à l'alcool (tableau 2).

Tableau 2 - Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivant la pathologie et le sexe en 2009

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	- 3 %	938	- 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arrythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	- 10 %	- 51	- 19	- 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	- 4 %	638	- 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrte alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à l'alcool	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Note : La proportion de consommateurs d'alcool, suivant différents niveaux, étant très différentes chez les hommes et chez les femmes, les calculs doivent être effectués séparément pour chaque sexe.

Source : Guérin et coll.

En 2009, l'alcool est responsable de 49 000 décès, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes.

Les décès liés à l'alcool sont majoritairement masculins (75 %). Pour la plupart des cancers dans lesquels l'alcool est impliqué, les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes (21 décès masculins pour 1 décès féminin pour le cancer du larynx, rapport de 15 à 1 pour le cancer de l'œsophage) sauf, bien entendu, pour le cancer du sein, qui représente à lui seul 22 % des décès féminins liés à l'alcool. Les hommes sont également beaucoup plus touchés que les femmes par les décès par accidents et suicides (10 hommes pour 1 femme). Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins sont attribuables à l'alcool. Cette différence est pour une large part le reflet de la proportion plus importante d'hommes consommateurs d'alcool que de femmes. Ainsi, en 2010, 18 % des hommes sont des consommateurs quotidiens d'alcool contre 6 % des femmes [12].

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ LIÉE À LA CONSOMMATION

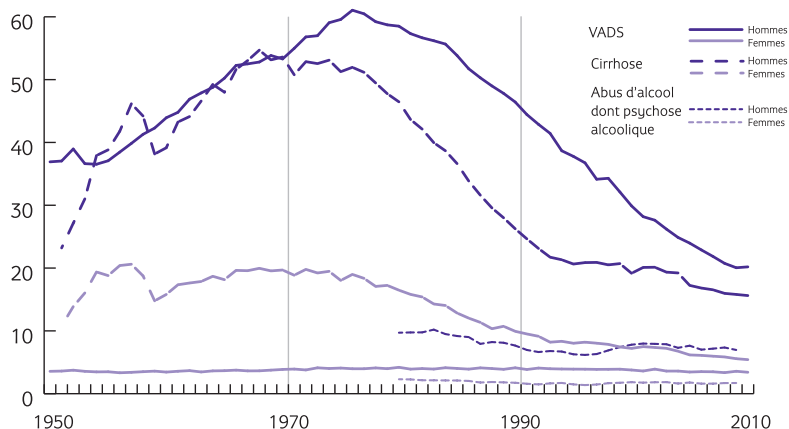
Les résultats de ce type sont souvent difficiles à comparer dans le temps. L'amélioration des connaissances a conduit à intégrer de nouvelles pathologies parmi celles dont l'alcool constitue un facteur causal, et, dans certains cas, à réviser les valeurs des risques relatifs. Il faudrait alors refaire les calculs du nombre de décès attribuables à l'alcool pour les périodes précédentes. Mais de tels chiffres « revisités » ne sont en général pas disponibles. Par ailleurs, les progrès thérapeutiques qui parviennent à réduire la mortalité peuvent également rendre plus complexe l'interprétation des évolutions.

Pour avoir malgré tout une idée des modifications de la mortalité liée à la consommation d'alcool au cours du temps, on peut se limiter à l'observation des causes de décès dont l'alcool est l'unique ou le principal facteur de risque. Trois causes sont en général utilisées : la cirrhose, le cancer des voies aérodigestives supérieures (conjointement lié au tabac et à l'alcool) et les maladies mentales liées à l'alcool.

Les taux de mortalité par cirrhose ont augmenté, chez les hommes comme chez les femmes, entre les années 1950 et la fin des années 1960, pour chuter fortement depuis (graphique 1). La consommation d'alcool a également rapidement augmenté en France depuis 1945 jusqu'à la fin des années 1950, sans toutefois revenir au niveau d'avant-guerre,

pour décroître ensuite régulièrement jusqu'à aujourd'hui. Il existe ainsi un décalage d'une dizaine d'années entre la baisse de la consommation d'alcool et celle de la mortalité par cirrhose, délai qui peut s'expliquer par le temps d'évolution de cette pathologie dans le contexte d'une lente évolution des consommations. Le rythme de diminution des taux de mortalité par cirrhose est devenu moins soutenu au début des années 1990, vraisemblablement en raison du rôle croissant des hépatites B et C dans la mortalité par cirrhose. Les taux de mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) ont augmenté chez les hommes jusque dans les années 1970. Le délai entre la baisse de la consommation d'alcool et de la mortalité s'explique là aussi par le temps d'évolution des cancers, mais également par l'augmentation de la consommation du tabac, à la même période, responsable conjointement avec l'alcool de la plupart de ces décès. Chez les femmes, beaucoup moins buveuses et fumeuses que les hommes, le taux de mortalité est resté plus stable, avec une lente tendance à l'augmentation qui se poursuit dans les années 2000, en raison de l'augmentation jusqu'au début des années 1990 puis de la stabilisation de la proportion de fumeuses dans la population française.

Graphique 1 - Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et les psychoses alcooliques, chez les hommes et chez les femmes, 1950-2010



INCIDENCE DES CANCERS DES VADS EN HAUSSE CHEZ LES FEMMES

Ainsi, l'alcool, conjointement avec le tabac, est le principal facteur de risque pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Le taux d'incidence pour ces cancers a fortement baissé chez les hommes entre 1980 et 2005, passant de 68 cas pour 100 000 habitants à 37 [23]. D'après les projections réalisées par l'InVS, ce mouvement de baisse devrait se poursuivre entre 2005 et 2011 [131]. Comme pour la mortalité, cette évolution est liée à la diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes. Le taux d'incidence, beaucoup plus faible chez les femmes, a en revanche progressé entre 1980 et 2005 de 5 pour 100 000 à 7,7, conséquence de l'augmentation passée de la proportion de fumeuses puis de sa stabilisation. Entre 2005 et 2011, ce taux devrait s'être stabilisé ou augmenter légèrement. En ce qui concerne les autres cancers pour lesquels l'alcool est impliqué, sans être le seul facteur de risque, les taux d'incidences entre 1990 et 2006 ont fortement progressé pour les cancers du foie et les cancers du sein et sont restés stables pour les cancers du côlon-rectum. L'alcool n'étant à l'origine que d'une partie de ces cancers, il est difficile de faire un lien entre l'évolution de l'incidence et celle de la consommation de ce produit.

LE RISQUE DU SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE

Ce syndrome d'alcoolisation foetale se traduit par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations, de la face et du crâne en particulier. Les formes modérées de ce syndrome peuvent ne pas être diagnostiquées à la naissance, mais se traduire ensuite par des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant. Le risque dépend étroitement de la vulnérabilité individuelle. Il semble avéré à partir d'une consommation quotidienne de 1 à 2 verres standards d'alcool ou d'une consommation ponctuelle de 5 verres, si celle-ci intervient à une période critique du développement du fœtus. Cependant, aucune quantité ne peut actuellement être garantie « sans conséquences » pour l'enfant. Il est donc recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant toute la grossesse.

L'incidence de ce syndrome se situerait entre 1 et 2 pour 1 000 naissances pour les formes sévères, soit environ 1 000 enfants touchés par an, et à 5 pour 1 000 pour les formes modérées (estimations réalisées sur la période 1986-1990) [75, 122, 217].

SÉCURITÉ ROUTIÈRE : LOURDES CONSÉQUENCES

En 2011, l'alcool est en cause dans 3 accidents mortels de la route sur 10. L'implication de l'alcool est mesurée par la présence dans un accident d'au moins un conducteur alcoolisé au-delà du seuil légal. Cette proportion est quasiment identique pour les personnes décédées dans un accident mortel : l'alcool est alors incriminé dans 31 % des cas, pourcentage qui, malgré des fluctuations, est resté à peu près identique depuis 2000. Au cours de cette décennie, cependant, le nombre global de décès dans les accidents de la route a diminué de moitié et il en va donc de même pour les décès avec implication de l'alcool. Il semble que, en dépit des campagnes d'information et de l'aggravation des peines encourues pour le conducteur alcoolisé en cas d'accident, les Français n'aient pas vraiment modifié leur comportement vis-à-vis de l'alcool au volant. Ces conducteurs alcoolisés semblent en revanche avoir bénéficié de la baisse de la vitesse de circulation, qui a entraîné une diminution générale des décès, même pour les accidents avec implication de l'alcool [154]. En 2011, près de 1 150 vies auraient pu être préservées si aucun conducteur n'avait conduit avec une alcoo-lémie illégale [81].

COMPARAISON EUROPÉENNE

Parmi 23 pays européens (Union européenne sans la Bulgarie, la Grèce, Malte ni la Lettonie mais avec la Norvège, la Suisse et la Croatie) pour lesquels les données sur le taux de mortalité par cirrhose alcoolique sont disponibles, la France se situe dans une position intermédiaire (dixième valeur la plus élevée), avec un taux de 13 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 4,5 pour les femmes. Le taux de mortalité en France est proche de celui observé au Portugal et en Grande-Bretagne et inférieur, par exemple, à celui de la République tchèque (16), de l'Allemagne (18) et de la Hongrie (98) (données OMS). Une analyse portant sur l'évolution des taux de mortalité par cirrhose du foie entre les années 1960 et le début des années 2000 fait apparaître une baisse continue de ces taux depuis les années 1970 dans les pays méditerranéens, dont la France, États qui se classaient alors largement en tête de tous les pays européens. Les taux de mortalité par cirrhose du foie ont en revanche augmenté sur cette période dans presque tous les autres pays de l'Europe, à l'exception des pays scandinaves. Cette double évolution explique ainsi la position moyenne supérieure de la France au sein de l'UE [113].

Les taux de mortalité par cancer de la bouche et de l'œsophage chez les hommes (pour 100 000) sont en France en 2010 parmi les plus élevés de l'UE : 17 contre 14 en moyenne dans l'UE. Les taux sont plus élevés dans seulement les six pays suivants : Hongrie, Slovaquie et Roumanie, ainsi que dans les trois États baltes. La France fait cependant partie des quatre pays ayant connu la plus forte réduction de ces taux entre 2001 et 2010 [56]. Les taux féminins de mortalité pour ces cancers se situent en France au même niveau que la moyenne de l'UE (respectivement 3,1 et 3,3).

Repères méthodologiques

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière ; Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; SAM ; Score-santé.