

Le poids de l'alcool dans la santé publique en France

MODULE 4

Claude GOT

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 105 rue La Fayette, 75010 Paris.

TABLE DES MATIÈRES

QUEL « PÉRIMÈTRE » POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ?

LES MÉTHODES ET LEURS LIMITES

LE POIDS DE L'ALCOOL DANS LA MORTALITÉ

LE POIDS DE L'ALCOOL DANS LA MORBIDITÉ ET L'ACTIVITÉ MÉDICALE

LE COÛT DE L'ALCOOLISATION EN FRANCE

CONCLUSION

CONTENTS

The burden of alcohol on public health in France

WHICH AREA DOES PUBLIC HEALTH COVER?

THE METHODS AND THEIR LIMITS

THE BURDEN ON MORTALITY

THE BURDEN ON MORBIDITY AND HEALTH CARE ACTIVITY

THE COSTS OF ALCOHOL IN FRANCE

CONCLUSION

Quel « périmètre » pour la santé publique ?

Le but de cette présentation du poids collectif de l'alcoolisation excessive ou inadaptée n'est pas de tenter une approche élargie reprenant les caractéristiques socio-démographiques et géographiques de l'alcoolisation en France, plusieurs ouvrages récents ou à paraître au cours des prochaines semaines contiennent ces données [1-4]. L'analyse est limitée aux évaluations du rôle de l'alcool dans la mortalité et la morbidité, ainsi qu'à son coût social, dans le but de montrer les limites de nos connaissances et l'intérêt de les développer.

Pour des raisons assez difficiles à comprendre, la France n'a pas une culture de santé publique à la hauteur de son système de soins, alors qu'elle a eu un rôle majeur dans le développement des connaissances médicales, notamment dans le domaine de la pathologie infectieuse qui concerne directement la santé collective par l'intermédiaire du contrôle des épidémies. La priorité accordée à la relation individuelle avec chaque malade semble avoir provoqué une réaction de méfiance vis-à-vis de l'action publique, comme si elle constituait un risque permanent pour la liberté d'action du médecin. Cette conception est à la fois périmée et dangereuse. Périmée parce que c'est l'action collective qui a permis de mettre à la disposition du système de soins les moyens de sa technicité et de son développement, dangereuse parce qu'il n'y a pas de différences de finalités entre les deux types d'actions. Il s'agit toujours d'assurer à la totalité des membres de la collectivité les meilleures solutions possibles à leurs problèmes de prévention et de soins, compte tenu des ressources disponibles, c'est-à-dire des moyens que le groupe a décidé de consacrer à l'ensemble des actions de santé.

Le concept de santé publique dépasse largement l'organisation et le financement des actions de santé, sa dimension la plus intéressante est la relation qu'il introduit entre le comportement

individuel et l'action collective. Ce point est particulièrement important quand il faut agir sur des choix de vie individuels qui influencent le fonctionnement de la collectivité. Vivre dans un pays où il y a du vin, du cassoulet, un certain niveau d'emploi et donc de richesse collective, est très différent de la situation d'une population qui va consommer d'autres produits psycho-actifs, dans un contexte alimentaire différent, avec un revenu moyen plus faible ou plus élevé. Les interactions entre de très nombreux paramètres se traduisent par des difficultés importantes dans l'interprétation des différents facteurs de risques ou de protection. Malgré tous les progrès de l'analyse statistique des données, le manque d'investissement dans la recherche épidémiologique laisse fréquemment le champ libre aux hypothèses aventureuses et aux conflits passionnels, d'autant que les intérêts économiques, qui font partie intégrante des enjeux de santé publique, ont tendance à perturber la sérénité des débats.

La dimension qui était jadis qualifiée de « morale » (devenue « éthique » par le jeu de renouvellement du vocabulaire) est un des éléments importants de la gestion des risques comportementaux individuels, qu'il s'agisse de celui lié à l'alcool, au tabac, ou au dernier venu dans le champ limité des risques majeurs, le couple sédentarité-suralimentation. Ce dernier développe rapidement son influence sur la santé dans les pays qui ont la chance d'avoir des revenus par habitant élevés, donc un large accès à des aliments divers et séduisants, ainsi qu'à une énergie mécanique bon marché. Associer un apport calorique excessif à une réduction de l'activité physique dans le travail et au recours excessif à la voiture fait partie des risques comportementaux en développement. Dans un tel contexte, le médecin a des difficultés à s'intégrer comme expert-conseiller, il peut hésiter à intervenir dans la vie d'un individu, ne serait-ce que par la façon dont il va lui présenter des informations ou formuler des conseils. Le débat qui a suivi l'apparition progressive des connaissances sur la réduction de la pathologie coronarienne provoquée par des consommations modérées d'alcool a été et continue d'être

difficile et passionnant. Comment passer de ces notions récentes aux mécanismes encore incomplètement expliqués à un conseil ? Qui peut préciser actuellement ce qui va se passer à un niveau populationnel si des abstinentes initient une consommation régulière d'alcool sous l'influence d'une telle connaissance ? Quelle proportion de ces personnes va tirer bénéfice de ce nouveau comportement ? Quelle sera celle qui va développer une consommation à problèmes, soit par un excès chronique associant aux troubles comportementaux les pathologies liées à l'alcool, soit par des excès ponctuels générateurs d'accidents, de violences ou d'autres troubles du comportement ?

L'analyse des différents aspects de la relation entre l'action collective face à l'alcool et les attitudes des personnes et des professionnels fait partie de l'étude du poids de l'alcool dans notre système de santé publique. Elle permet de dépasser la simple énumération des dommages et de produire les références indispensables pour prendre un peu de recul face à des positions doctrinales ou simplistes et se donner les moyens d'agir. Nous n'avons pas à faire « la morale », mais nous devons avoir une attitude « morale », c'est à dire fondée sur un certain nombre de principes qui nous permettent d'affirmer que nous avons établi des connaissances les plus fiables possibles et qu'elles nous permettent d'agir au mieux dans notre système de références collectives.

Les méthodes et leurs limites

Qu'il s'agisse d'évaluer le coût social de la consommation d'alcool, ou ses effets sur la mortalité et la morbidité, la première étape des procédures utilisables est commune. Il est nécessaire de préciser le risque attribuable à ce produit [5], c'est-à-dire la proportion de cas d'une maladie qui peut lui être attribuée. Quand on connaît les incidences (pourcentages de nouveaux cas) d'une maladie parmi les sujets exposés à un facteur donné et ceux qui ne sont pas exposés à ce facteur, la différence entre ces incidences indique ce qui peut être attribué au facteur étudié. Utiliser la notion de risque relatif est une autre expression de cette évaluation, utilisant le rapport des incidences d'une pathologie chez les exposés et les non exposés. Elle permet d'introduire la notion de risque attribuable qui est égal au risque relatif moins un divisé par le risque relatif. Si une alcoolémie égale à 1,2 g/l multiplie par 10 l'incidence des accidents mortels, $(10-1)/10 = 0,9$ nous pouvons attribuer 90 % des accidents observés dans le groupe des conducteurs présentant ce niveau d'alcoolémie à leur alcoolisation. Le risque attribuable dans la population générale se déduit de ces notions en faisant intervenir la proportion de personnes exposées dans la population générale.

Pour établir l'incidence d'un événement pathologique, il est possible de surveiller prospectivement des populations complètes (ou un échantillon représentatif) comportant des personnes exposées et des non exposées au facteur de risque étudié (étude de type I). Cette forme d'étude a l'avantage de permettre le calcul direct d'un risque relatif puisque les incidences des pathologies seront disponibles pour les deux groupes. Les inconvénients de la méthode sont la longueur des délais nécessaires avant de pouvoir conclure si le facteur de risque a des effets différés, et la taille de la population qui doit être observée si ce facteur est peu répandu. Ce dernier inconvénient peut être pallié par les études prospectives portant sur deux groupes équilibrés en nombre, l'un de sujets exposés, l'autre de non exposés (étude de type II), mais la méthode ne réduit pas le délai avant l'obtention de la réponse. Si l'on souhaite un résultat dans des délais courts et pour un coût réduit, la meilleure méthode consiste le plus souvent à comparer les caractéristiques d'un groupe présentant la pathologie étudiée à celle d'un groupe témoin non atteint (étude de type III dite aussi « étude cas-témoins »). En contrepartie, il est impossible dans ce

type d'étude d'obtenir deux incidences et de calculer directement le risque relatif puisque l'on ne compare pas un groupe d'exposés à un groupe de non exposés, mais un groupe de malades à un groupe de sujets sains. Le résultat est un risque relatif approché dit « odds-ratio ». Dans l'exemple du risque routier lié à l'alcoolisation, si l'observation d'un groupe témoin hors accident représentatif de l'exposition au risque indique que 4 % des conducteurs ont une alcoolémie dépassant 0,5 g/l, alors que le groupe des conducteurs victimes d'accidents mortels avec un seul impliqué (perte de contrôle) présente dans 40 % des cas une alcoolémie dépassant ce seuil d'alcoolémie, nous disposons alors des quatre valeurs utiles pour les comparer. Si a est le nombre de conducteurs accidentés à plus de 0,5 g/l, b celui des accidentés non alcoolisés, c le nombre de témoins alcoolisés et d celui des témoins au dessous du seuil retenu, le risque relatif approché est $ad/bc = (40 \times 96)/(4 \times 60) = 16$. Il y a seize fois plus de risque d'être impliqué dans une perte de contrôle avec une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l qu'avec une alcoolémie inférieure à ce seuil. Bien entendu, les conducteurs alcoolisés peuvent avoir une alcoolémie à des niveaux très différents et le risque relatif calculé l'a été pour l'ensemble du groupe, il est possible de calculer le risque relatif approché pour des classes d'alcoolémie et d'observer une relation dose-effet (le risque croît avec le niveau d'alcoolisation), ce qui est un argument important pour affirmer que la relation est de nature causale.

Les bases théoriques et pratiques de ces évaluations étant rappelées, il faut insister sur les difficultés que nous rencontrons pour les réaliser. La première est la faiblesse des investissements dans ce type de recherche. L'alcoolisme est une pathologie si répandue qu'elle est paradoxalement peu étudiée, comme si l'ancienneté d'un problème impliquait que sa connaissance est assurée. La difficulté est maximale quand le but est d'apprécier le poids dans la mortalité ou la morbidité de pathologies qui ne sont pas directement produites par l'alcool, mais dans lesquelles la présence d'une intoxication alcoolique chronique est un facteur de risque identifié, pour lequel on peut calculer un risque relatif approché. Il est parfois difficile, voire impossible, de distinguer des faits relevant du comportement de l'individu de ceux relevant de l'alcool lui-même. Tous les médecins qui ont eu à prendre en charge des alcooliques chroniques développant une pneumopathie infectieuse bactérienne ont été confrontés à cette association très particulière d'une pathologie qui évolue plus rapidement et avec une gravité accrue sur un tel terrain à un comportement de ces malades inadapté à la gravité de la situation. Dans de nombreux cas leur désocialisation va retarder la prise en charge, ce qui peut constituer un facteur de gravité majeur s'ajoutant au précédent. Une telle situation est à la fois cause et conséquence de l'alcoolisme chronique et l'attribuer à l'alcool est en partie un abus dans l'usage de la notion de risque attribuable. Evaluer le poids de l'alcool dans des tentatives de suicide, mortelles ou non, relève de la même ambiguïté, l'alcool est-il un facteur de désinhibition qui facilite le passage à l'acte ? un facteur de dommages et de difficultés physiques et psychiques qui peuvent conduire au suicide ? ou simplement un fait d'accompagnement d'un trouble psychologique antérieur à l'intoxication alcoolique et qui n'a fait que faciliter son aggravation ?

L'identification des pathologies dont une fraction des cas est attribuable à l'action de l'alcool peut se faire par des études spécifiques utilisant les méthodes décrites ci-dessus. Il est également possible d'utiliser des méthodes d'analyses de données recueillies dans une démarche d'épidémiologie générale, à partir du moment où l'on dispose d'une « porte d'entrée » dans le domaine étiologique spécifique de l'alcool. Nous avons signalé que la limite de la méthode est liée à l'incertitude de la nature étiologique du lien éventuellement mis en évidence. Il est possible par exemple d'évaluer des consommations d'alcool au niveau départemental ou régional et de comparer les taux de morbidité ou de mortalité observés pour un ensemble de pathologies,

incluant d'une part des maladies liées directement et exclusivement à l'alcool (alcoolisme et cirrhose alcoolique du foie) et d'autre part des affections dont une partie seulement peut être considérée comme attribuable à l'alcool. Les consommations d'alcool au niveau local sont documentées par les études de l'INSEE sur la consommation alimentaire, ou par les données produites par les sociétés de marketing concernant les ventes de boissons alcooliques. Ces études ne documentent pas les consommations des individus, il est impossible de les utiliser pour établir des distributions de consommations dans une population, la seule variable disponible est la consommation moyenne. Il est également possible d'établir les corrélations entre les différentes pathologies dont on envisage le lien avec la consommation d'alcool et les données concernant les décès par alcoolisme ou cirrhose alcoolique établies au niveau départemental ou régional [6].

Les différentes méthodes conduisent à retenir comme principaux dommages partiellement liés à l'alcool :

- les cancers des voies aéro-digestives supérieures (bouche, pharynx, larynx, œsophage),
- d'autres cancers (estomac, sein, pancréas, rectum),
- des infections (tuberculose, infections respiratoires notamment la grippe et la pneumonie),
- des pathologies vasculaires (hypertension, maladies dégénératives des parois vasculaires, maladies cérébro-vasculaires ou coronariennes),
- des pathologies cardiaques (myocardites),
- des pancréatites aiguës et chroniques,
- le diabète,
- les accidents,
- les suicides, les homicides, les coups et blessures volontaires.

Le poids de l'alcool dans la mortalité

Le nombre de décès attribuables à l'alcool en France se situe entre 23 000 et 60 000 ; le nombre de morts par année y est proche de 540 000 (541 805 en 1979, 534 003 en 1998), soit une variation entre 4,25 % et 11,1 % de l'ensemble des décès. Cet écart est produit à la fois par des différences dans les méthodes utilisées et par l'insuffisance d'études capables de produire avec une précision suffisante les variables pertinentes.

Les certificats de décès collectés par le service spécialisé de l'INSERM (SC8 du Vésinet) permettent au médecin certificateur de distinguer trois notions importantes dans la survenue d'un décès. Il est en effet important de ne pas confondre les événements pathologiques contemporains de l'évolution terminale avec la maladie principale, ni avec les éventuels facteurs de risque qui ont pu la provoquer ou la favoriser. Dans certains cas la « maladie principale » comporte une définition incluant l'étiologie. « Alcoolisme », « psychose alcoolique » sont des formes de certification appartenant à ce domaine. Une cirrhose peut être qualifiée de cirrhose alcoolique du fait de la connaissance de l'intoxication alcoolique chronique par le médecin certificateur. Dans d'autres cas, la notion de cirrhose est précisée mais aucune précision sur son origine n'est indiquée. Des arguments épidémiologiques, notamment la forte corrélation au niveau départemental entre ces cirrhoses et celles déclarées d'origine alcoolique incitent à regrouper les deux groupes. Il est cependant probable que cette assimilation sera de plus en plus critiquable si la cirrhose alcoolique continue de régresser et la cirrhose post-hépatitique d'augmenter et si de nouvelles analyses ne confortent pas cette pratique. L'interprétation sera compliquée par l'influence d'une consommation élevée d'alcool sur l'évolution d'une atteinte hépatique d'origine virale. Les études qui permettraient de déterminer avec une précision suffisante la

fraction attribuable à l'alcool des cirrhoses se développant sur une infection chronique par l'hépatite C ne sont pas disponibles. Des cirrhoses plus rares sont provoquées par des affections génétiquement déterminées, atteignant les voies biliaires ou certains métabolismes, elles peuvent être favorisées par une consommation excessive d'alcool comme celles qui se développent après une hépatite virale. Pour l'année 1998 qui est la dernière publiée par l'INSERM, les cirrhoses alcooliques ou sans précision ont provoqué 8 863 décès (6 282 hommes et 2 581 femmes). Vingt ans plus tôt, en 1979 ce nombre était de 15 707 (11 182 hommes et 4 525 femmes). Il faut remarquer que la réduction proche de 43 % de cette mortalité n'est pas différente d'un sexe à l'autre. Cette constatation semble en contradiction avec l'idée reçue d'un développement important de l'alcoolisme féminin, sauf à considérer que cette évolution est très récente et que, comme pour le cancer du poumon lié au tabac, ce n'est que dans les années à venir que le taux de mortalité par cirrhose alcoolique va s'accroître chez les femmes. Je ne crois pas à cette hypothèse pour plusieurs raisons. Le temps de latence entre le début de l'intoxication à un niveau pathogène et le décès est plus court pour la cirrhose alcoolique que pour les cancers provoqués par le tabac. La forte reprise de la mortalité par cirrhose dans les années qui ont suivi la fin de la seconde guerre mondiale s'est faite dans des délais relativement courts ; dès 1955-1959 le taux de mortalité masculin dans la classe d'âge 45-64 ans était quatre fois plus élevé que celui de la période 1943-1944 (mais on peut soutenir qu'il s'agissait d'une reprise de l'intoxication à la fin de la guerre quand l'alcool a été à nouveau disponible et non de son début, les foies « pré cirrhotiques » de 1939 n'étaient peut être pas totalement normaux en 1945). Un autre argument est produit par l'analyse de l'accidentalité sous l'influence de l'alcool au cours des 25 dernières années ; elle ne montre pas d'évolution divergente dans les deux sexes alors qu'il y a peu de raisons d'imaginer que la fraction de femmes qui ont accédé à la conduite pendant cette période n'était pas représentative de la population. La documentation de l'accès au permis de conduire est disponible et elle met en évidence la généralisation progressive de son acquisition dans les deux sexes. Il est probable que le meilleur accès des femmes au système de soins pour des raisons diverses (développement des structures spécialisées, reconnaissance de l'alcoolisme comme une pathologie et non comme un comportement déviant que l'on cache) explique cette divergence entre la réalité de l'alcoolisme féminin et sa perception. Cette stabilité actuelle des dégâts physiques en fonction du sexe ne permet pas de prévoir une évolution.

L'influence des progrès thérapeutiques est souvent évoquée pour expliquer une partie de la réduction de la mortalité par cirrhose du foie. Il est difficile d'évaluer ce type d'effet en l'absence de système de surveillance de l'incidence des nouveaux cas. Une approche indirecte peut être tentée en comparant les distributions de l'âge du décès au cours des vingt dernières années (figure 1).

L'allure de cette distribution s'est très peu modifiée, certains interpréteront cette stabilité comme la traduction d'un effet des thérapeutiques indépendant de l'âge, réduisant le taux de mortalité à 50 ans comme à 80. Il est également possible de faire remarquer que l'évolution des consommations constatées dans les enquêtes devrait provoquer une réduction plus importante dans les catégories les plus jeunes, sauf à admettre une réduction simultanée de la consommation « cirrhogène » des adultes les plus âgés et des générations de consommateurs de boissons gazeuses sucrées qui ont abandonné la consommation régulière de vin. Cette dernière hypothèse relancerait le débat sur la relation entre la consommation moyenne et la consommation excessive d'alcool dans une population. Il est toujours aventureux d'interpréter des équations à plusieurs inconnues avec une seule série de valeurs ! La combinaison d'une relation dose-durée

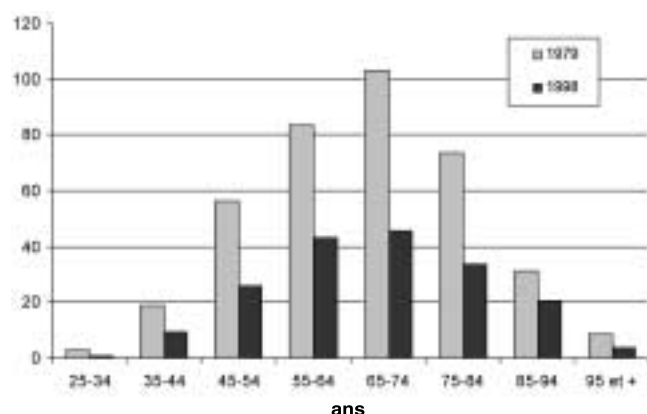


Fig. 1 – Evolution de la mortalité par cirrhose du foie (1979-1998).
Evolution of mortality due to liver cirrhosis (1979-1998).

d'intoxication, d'un effet cohorte traduisant l'évolution des comportements entre les générations, d'une modification de la distribution des consommations, et d'un effet thérapeutique, exige des comparaisons utilisant des analyses très spécifiques de ces facteurs pour pouvoir conclure.

Les pathologies mortelles dont seulement une fraction est attribuable à l'alcool constituent le groupe le moins bien évalué. Les proportions indiquées par Catherine Hill [7-8] après analyse des différentes sources de données disponibles sont regroupées dans un tableau (tableau I). Je les ai associées à des valeurs produites aux USA [9]. Les niveaux d'alcoolisation n'étant pas identiques dans les deux pays, ce ne sont pas les valeurs absolues de ces proportions qui doivent être comparées mais leur importance relative. Il faut également envisager la possibilité d'effets spécifiques de différentes boissons alcooliques, la France étant plus consommatrice de vin, les USA de bière et de whisky. Les comparaisons entre ces prises en compte d'une fraction attribuable permettent de mettre en évidence des convergences et des différences notables, par exemple l'intégration d'une pathologie dans une des études alors qu'elle n'est pas prise en compte dans l'autre (par exemple une fraction des cancers de l'estomac, des diabètes sont pris en compte aux USA mais non les cancers du rectum), ou des variations importantes dans la fraction attribuable qui sortent des limites de ce que l'on peut comprendre. Une analyse très complète des relations dose-effet pour les principales pathologies concernées a été produite par Peter Anderson [10], l'ampleur des variations d'un pays à l'autre, et souvent d'une étude à l'autre dans un même pays, met en évidence le rôle important des facteurs associés et des différences méthodologiques. C'est particulièrement net pour la pathologie vasculaire, mais aussi pour des pathologies dont le lien avec l'alcool est aussi bien assuré que la cirrhose du foie et le cancer de l'œsophage.

Nous pouvons utiliser comme indicateur le taux de cirrhoses alcooliques ou leur nombre en valeur absolue. La population et le nombre de décès annuels des USA sont environ 4,4 fois plus grands que leurs équivalents français. Le nombre de cirrhoses alcooliques du foie (codes 571-1 à 571-3 de la 9^e révision de la classification internationale des maladies qui est utilisée en France comme aux USA dans les dénombrements statistiques des décès) est proportionnellement 2 fois plus faible qu'en France, ce qui est cohérent avec une consommation d'alcool nettement plus faible que dans notre pays (environ 60 % de la consommation française par habitant au cours des 20 dernières années). La comparaison entre les cancers de l'œsophage produit également des résultats cohérents, les taux retenus en France de 86 % chez l'homme et 55 % chez la femme correspondent à 3 588 décès en 1998 alors que les 75 % dans les deux sexes pour l'étude américaine correspondent à 8 823 décès pour l'année 1998. En

Tableau I. – Evaluation de la fraction attribuable à l'alcool de différentes causes de décès, en France et aux USA.

Evaluation of the proportion of deaths attributable to alcohol in France and in the USA.

Pathologies	Hill et Pignon (hommes)	Hill et Pignon (femmes)	Harwood et al. (hommes)	Harwood et al. (femmes)
Psychose alcoolique	1	1	1	1
Alcoolisme	1	1	1	1
Cardiomyopathie alcoolique	1	1	1	1
Cirrhose alcoolique			1	1
Cirrhose sans mention d'alcoolisme			0,50	0,50
Toutes cirrhoses	0,91	0,69		
Pancréatite aiguë	0,40	0,40	0,42	0,42
Pancréatite chronique	0,70	0,55	0,60	0,60
Cancers de la bouche	0,84	0,24	0,50	0,40
Cancers du pharynx	0,89	0,30	0,50	0,40
Cancers de l'œsophage	0,86	0,55	0,75	0,75
Cancers de l'estomac			0,20	0,20
Cancers du rectum	0,12	0,05		
Cancer du foie	0,71	0,54	0,15	0,15
Cancer du larynx	0,79	0,15	0,50	0,40
Cancer du pancréas	0,20	0,20		
Cancer du sein		0,16		
Cardiopathies ischémiques	0,39	0,07		
Maladies vasculaires cérébrales	0,26	0,08	0,07	0,07
Hypertension			0,08	0,08
Pneumonie, grippe	0,36	0,07	0,05	0,05
Diabète sucré			0,05	0,05
Accidents de la circulation	0,34	0,33	0,42	0,42
Chute accidentelle	0,49	0,11	0,35	0,35
Suicide	0,53	0,13	0,28	0,28
Homicide	0,50	0,50	0,46	0,46

divisant par 4,4 les 8 823 cas attribués à l'alcool aux USA nous obtenons 2005, cette valeur est proche de la moitié de ce qui a été retenu comme imputable à l'alcool en France.

Pour certaines pathologies, le rapport entre les décès attribués à l'alcool dans les deux pays est différent. C'est le cas pour la mortalité par cancer primitif du foie qui a connu une croissance importante en France. Ils étaient au nombre de 2 595 cas chez l'homme et 1 415 chez la femme en 1979, soit 4 010 en réunissant les deux sexes, 5 250 chez l'homme et 1 507 chez la femme en 1998, soit un total de 6 757 si l'on retient tous les codes de la CIM commençant par 155. Cette évolution semble avoir une double origine, la prolongation de la vie des alcooliques cirrhotiques sous l'influence du traitement permettant le développement d'un cancer, et l'accroissement du nombre des hépatites d'origine virale évoluant vers la cirrhose puis le cancer du foie. Attribuer 71 % des cancers masculins et 54 % des cancers féminins observés en France à l'alcool fait évaluer à 4 541 le nombre relié à cette consommation. En ne retenant que 15 % de ces cancers, l'étude américaine évaluée à $12\,381 \times 0,15 = 1\,857$ cette fraction. Nous sommes alors très loin du double de 422 qui est la valeur obtenue en divisant 1 857 par 4,4 pour tenir

compte du rapport des populations. Si l'on analyse le détail des diagnostics utilisés pour ces calculs, la première surprise est de constater que les certificats de décès des deux pays produisent des résultats très différents pour les différentes rubriques du code 155 qui caractérisent respectivement le cancer primitif (155,0), le cancer des voies biliaires intra-hépatiques (155,1) et les cancers pour lesquels le caractère primitif ou secondaire n'est pas indiqué (155,2). En France, ces trois catégories représentent respectivement 71 %, 6 % et 23 % des cancers du foie et aux U.S.A. 46 %, 20 % et 34 %. Il est probable que la faible proportion de cancers considérés comme d'origine canalaire en France est liée à l'insuffisance de la prise en compte du diagnostic histopathologique dans la certification des décès. La plus faible proportion en France de cancers dont le caractère primitif ou secondaire n'est pas précisé ne permet pas de soutenir que le taux beaucoup plus élevé des cancers primitifs du foie dans notre pays est en partie lié à l'incorporation abusive de tumeurs secondaires dans le groupe des cancers du foie dont la nature primitive ou secondaire n'est pas précisée. Pour résumer, les cancers primitifs du foie sont proportionnellement plus rares aux USA qu'en France et en outre une fraction plus faible est attribuée à l'alcool dans leur production. Si le rapport entre les taux de décès par cirrhose alcoolique était reproduit dans le cancer du foie, il faudrait en attribuer deux fois plus à l'alcool que ne le font les épidémiologistes américains.

Plusieurs autres causes de décès attribués à l'alcool le sont dans des proportions là encore très divergentes, difficilement explicables par les différences entre les consommations moyennes d'alcool dans les deux pays. Nous savons que les décès par cardiopathie ischémique sont plus rares en France qu'aux USA, parmi les facteurs favorables à notre pays, le régime alimentaire et la consommation d'alcool ont été envisagés. Peut-on attribuer 39 % de ces cardiopathies ischémiques à l'alcool chez l'homme en France et ne pas même envisager de surrisque pour cette pathologie aux USA ? Si l'on tente de trouver un arbitrage dans une étude canadienne récente [11] la situation est encore plus radicale, alors que le niveau d'alcoolisation moyenne est très proche de celle observée aux USA, aucune fraction de la pathologie vasculaire cardiaque ou cérébrale n'est attribuée à l'alcool.

Les accidents mortels liés à l'alcool forment un groupe qui semble facilement accessible au dénombrement épidémiologique, ce type d'événement produisant habituellement une enquête de police ou de gendarmerie, ne serait-ce que pour évaluer les responsabilités quand des tiers sont concernés. En pratique la situation est confuse, chaque type d'accident initiant des investigations régies par des dispositions spécifiques différentes. Les accidents de la route provoquent une recherche systématique de l'alcoolisation des impliqués depuis 1970. Dans un certain nombre de cas la recherche n'est pas faite, la prise de sang sur le cadavre apparaissant difficile ou impossible pour des praticiens qui n'en ont pas la pratique, ou qui sont peu motivés pour aller faire un prélèvement sur le cadavre dans une morgue au milieu de la nuit. Le développement de l'intervention des SMUR dans les accidents, même quand la mort est immédiate et ne permet pas d'action thérapeutique, a réduit ce nombre d'impliqués non explorés mais il est encore excessif. Le second facteur d'incertitude est la gestion par des organismes différents des résultats de ces explorations. L'observatoire de sécurité routière n'est pas destinataire des résultats des prises de sang effectuées quand les impliqués ne peuvent subir le test et éventuellement la mesure dans l'air expiré. Les tribunaux ne font pas de statistiques de sécurité routière en fonction des typologies d'accidents et des impliqués, les données judiciaires concernent seulement les sanctions. Les derniers résultats concernant l'ensemble des accidents mortels de la route, avec recherche des résultats des prises de sang, datent de 1990 [12]. Dans 70 % des 8 119 accidents analysés, l'alcoolisation de tous les impliqués était

connue. Elle dépassait le taux légal (à l'époque 0,8 g/l) dans 44,8 % des cas d'accidents à un seul impliqué (3 141 accidents dont 2 363 explorés) et dans 27,7 % des accidents à deux impliqués (4 216 dont 2 779 explorés). La combinaison des différentes typologies d'accidents et des résultats obtenus dans les accidents totalement explorés permettait d'évaluer à 32 % la proportion de tués dans des accidents où l'alcoolisation était à un niveau illicite chez au moins un impliqué. La comparaison entre les taux d'hommes et de femmes responsables d'un accident mortel en étant sous l'influence d'une alcoolémie illicite met en évidence la très importante prédominance masculine de ce comportement : 3,4 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme quand on l'exprime pour un nombre identique d'accidents. Cette sous représentation féminine exprimée en fonction de la responsabilité présumée ne permet pas de calculer une fraction attribuable à l'alcool des accidents de la route par sexe car les victimes d'un accident peuvent ne pas être les conducteurs, cependant la proportion de 0,33 indiquée par Catherine Hill me semble élevée par rapport à la valeur de 0,34 retenue pour les hommes.

Les autres types d'accidents mortels sont encore moins bien connus que ceux de la route. Aucun organisme n'a en charge l'évaluation du rôle de l'alcool dans leur production, aucun texte législatif n'organise la recherche d'une imprégnation alcoolique.

Assurer le dénombrement de décès liés à une pathologie alcoolique et exprimer leur nombre sous la forme d'un nombre de décès annuel ou d'un taux spécifique pour les différentes tranches d'âge n'est pas la seule forme d'expression du poids de l'alcool dans la mortalité. Il est possible de le faire en tenant compte de l'espérance de vie à l'âge du décès, ce qui permet de calculer le nombre d'années de vie perdues du fait d'une pathologie donnée. Il est en effet différent de mourir à 50, 70 ou 90 ans et l'on peut souhaiter privilégier ce type d'approche qui va placer les causes de mortalité dans un ordre très différent de celui qui est établi à partir du nombre de décès. L'accident de la route lié à l'alcool concerne des personnes dont l'âge moyen est plus faible que celui des malades atteints de cancers ou de lésions dégénératives liées à l'alcool. Il prendra donc un poids différent si l'on retient ce type d'approche. L'étude canadienne d'Eric Single [11] est particulièrement démonstrative dans cette optique, elle comporte une évaluation des années de vie perdues et sur ce critère, la mortalité liée à l'alcool sur les routes représente 17,6 % des tués par accident et 27,2 % des années de vie perdues.

Il est possible d'effectuer une comparaison globale entre ces estimations des décès attribuables à l'alcool en établissant un rapport entre le nombre de décès total attribué à l'alcoolisation et ceux provoqués par un cirrhose alcoolique. L'étude de Catherine Hill attribue 45 000 décès à l'alcool pour l'année 1995 alors que 5 691 décès par cirrhose alcoolique du foie ont été certifiées cette année là (cirrhoses alcooliques au sens strict, c'est à dire déclarées comme telles par les codes 571-0 à 571-3 de la CIM9), le rapport est donc de 7,9 alors qu'il est de 9 dans l'étude américaine (107 360/11 868) et de 6,3 dans l'étude canadienne (1 037/6 507). Ces valeurs ne sont pas très divergentes, malgré l'imprécision des coefficients utilisés pour calculer la fraction de décès attribuables à l'alcool et les différences dans les pathologies retenues.

L'apparition de nombreuses publications documentant les effets favorables de l'alcool absorbé en quantités modérées sur le risque de pathologie coronarienne et plus récemment l'apparition d'un nombre encore limité de publications concernant l'effet favorable de la consommation de vin sur la mortalité globale [13-14], ont encore compliqué la situation. Sommes-nous en mesure actuellement de mettre en face d'un nombre de décès attribuables à l'alcool un nombre de décès évités par sa consommation ou peut-être spécifiquement par le vin ? Je ne le crois pas pour plusieurs raisons :

— l'effet semble devoir être minime en termes de mortalité globale. Il suffit pour s'en persuader de comparer la mortalité en France dans les deux sexes. Notre pays a à la fois une des plus fortes consommations d'alcool par habitant et un différentiel de mortalité entre les deux sexes particulièrement élevé (8 années). La Russie est un autre pays possédant cette double caractéristique. Les pathologies ou les accidents liés à l'alcool en France demeurent de 3 à 4 fois moins fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ces faits constituent des arguments indirects pour affirmer que les effets négatifs de la consommation excessive d'alcool sont dans l'ensemble très supérieurs aux effets bénéfiques des faibles consommations. La rareté de l'abstinence chez les hommes devrait permettre aux effets favorables de s'exprimer avec plus d'intensité que chez les femmes, plus souvent abstinentes, mais ce fait ne parvient pas à compenser les effets défavorables des consommateurs « à problèmes », dans le sexe qui a la plus forte proportion de consommateurs excessifs,

— nous n'avons pas encore une bonne compréhension des mécanismes en cause, même si plusieurs pistes sont connues, qui ne s'excluent pas mutuellement. La notion de « modération » a toujours été une source de difficultés pour les épidémiologistes car elle comporte un très grand nombre de facteurs liés qui ne sont pas tous documentés avec rigueur dans les études observant les effets favorables de consommations faibles ou modérées d'alcool ou de vin. Plusieurs études, notamment britanniques, ont bien documenté le fait que les facteurs explicatifs identifiés de la mortalité différentielle entre les sexes ou entre des catégories socio-professionnelles, n'interviennent que pour une fraction des différences observées. Il y a donc bien des facteurs qui nous échappent encore et qui ne permettent pas d'affirmer qu'une étude a pu éliminer tous les facteurs de confusion.

Le poids de l'alcool dans la morbidité et l'activité médicale

Le développement des connaissances dans ce domaine est lent et encore très incomplet. Trois domaines différents sont concernés, la médecine ambulatoire, l'hôpital et les structures spécialisées. Des études préliminaires ont été effectuées, actuellement en cours de généralisation à l'initiative de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'emploi et de la solidarité (DREES).

Dans le premier champ d'observation, des structures de généralistes et les observatoires régionaux de la santé (ORS) ont développé des procédures originales qui permettent d'avoir une première appréciation quantifiée du problème. En 1991, une enquête « Patients, alcool et tabac en médecine générale » a été dirigée par Alain Trugeon de l'ORS de Picardie [15]. Les données provenaient de 63 médecins généralistes de la région. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude reposant sur le tirage au sort d'un échantillon aléatoire d'assurés sociaux, les analyses de cet échantillon de malades et des médecins généralistes qui ont assuré la collecte des données indiquent une bonne représentativité sur les principaux critères qui auraient pu traduire des biais de recrutement. L'alcoolisation était recherchée par un questionnaire DETA dont les résultats ont permis le classement de 5486 malades en trois groupes suivant que le risque alcoolique était considéré comme absent, possible ou existant. Pour les hommes, les proportions étaient respectivement de 19 %, 52,6 % et 28,4 %, pour les femmes de 47,9 %, 42,3 % et 9,8 %. Ces résultats indiquent la fraction exposée au risque dans les consultations des généralistes. Il conviendrait de compléter les études de ce type par une observation utilisant la même méthode dans l'ensemble de la population concernée pour calculer une

fraction attribuable à l'alcool des motifs de consultation dans ce contexte de soins ambulatoires. Une autre approche s'est intéressée au problème particulier de la consultation des généralistes au cours de laquelle le souhait de s'arrêter de boire était exprimé [16]. La référence était la semaine précédant l'enquête et la valeur moyenne observée en 1999 de 1,7 malade. Extrapolé à l'ensemble des médecins généralistes, ce chiffre équivaut à environ 92 000 personnes vues par semaine et ayant abordé cet objectif avec leur médecin.

A l'hôpital, les études « un jour donné » sont bien adaptées à l'évaluation de la fraction de la population hospitalisée présentant des signes d'alcoolisation chronique. Celle qui a été réalisée dans les Yvelines le 11 avril 1995 [17-18] est un bon exemple de l'apport mais également des limites de ce type d'enquête. Reproduites au cours de l'année 2001 avec quelques modifications au niveau national, avec le concours des DRASS, elles vont permettre de mieux apprécier les variations régionales du problème et de croiser les résultats avec les autres sources de données, notamment de mortalité et de consommation. 7 626 personnes hospitalisées dans 311 unités différentes ont été concernées par l'étude faite dans le département des Yvelines, une alcoolisation excessive a été mise en évidence chez 13,4 % d'entre eux, atteignant 18 % si l'on excluait la population en soins de longue durée. La prédominance masculine bien établie dans cette intoxication était précisée par l'étude : 28,4 % d'hommes et 9,5 % de femmes ; la tranche d'âge 36-55 ans étant la plus touchée. Il est particulièrement important de remarquer que l'utilisation d'un questionnaire DETA permet d'observer la différence entre la notion d'alcoolisation excessive et celle d'hospitalisation pour un problème lié à l'alcool. Seulement 6 % des hospitalisés l'étaient pour une pathologie directement liée à l'alcoolisation excessive.

En 1997, le Centre de recherche, d'étude et documentation en économie de la santé (CREDES) a produit une étude de l'alcoolisme chez les malades hospitalisés en exploitant la deuxième enquête nationale sur les hospitalisés qui s'était déroulée en 1991/1992 [2, 19, 20]. L'échantillon de 4646 hospitalisés était représentatif de la population de la France métropolitaine. Les malades hospitalisés pour leur alcoolisme représentaient 2,9 % des hospitalisés et ceux qui présentaient un facteur de risque lié à l'alcool 9,7 % des hospitalisés. L'étude précise les caractéristiques démographiques de ces malades, les maladies concernées et la nature des consommations médicales. Elle produit des risques relatifs approchés (odds-ratio) pour différentes pathologies en comparant les malades à risque alcoolique au groupe qui ne présente pas ce facteur de risque.

Si les études concernant les accidents de la route sont relativement nombreuses [2], celles portant sur les autres types d'accidents sont exceptionnelles, la dernière tentant d'apprécier le rôle de l'alcool dans leur production, avec un minimum de représentativité géographique, date de 1983 [21]. Elle avait porté sur 22 établissements hospitaliers avec un échantillonnage représentatif des différents jours de la semaine et des heures de la journée. Un questionnaire documentait les caractéristiques socio-professionnelles des blessés et la nature de l'accident. L'alcoolémie, le dosage des gamma GT et le volume globulaire étaient utilisés pour établir un classement tenant compte à la fois de l'alcoolisation aiguë et chronique. Les apports les plus importants de cette étude ont été de préciser la grande variabilité de l'alcoolisation avec le type d'accident. Pour les hommes, les proportions de blessés dépassant 0,8 g/l étaient de 3,1 % dans les accidents de sport, 8,2 % dans ceux du travail, 15,5 % dans les accidents de trajet pour se rendre au travail, 36,2 % dans les accidents de la route survenant en dehors du travail et 56,4 % lors de blessures provoquées par des violences volontaires. Pour les femmes, ces proportions étaient de 1,4 %, 0,9 %, 2,4 %, 10,1 % et 28,4 %. La proportion de blessés présentant des signes caractérisés d'intoxication chronique et une alcoolémie dépassant

sant 0,8 g/l était de 14 % chez les hommes et de 8,3 % chez les femmes.

Ces rares études mettent en évidence la nécessité non seulement de leur généralisation et de leur répétition qui permettraient de comparer les situations régionales et leur évolution, mais également du développement d'études cas-témoins en utilisant un échantillon représentatif de la population non-hospitalisée, pour mieux évaluer la fraction attribuable à l'alcool des hospitalisations. La méthode à utiliser est bien définie, elle avait déjà été mise en œuvre il y a maintenant plus de 20 ans par Gérard Dubois [22] dans 9 services du CHU de Lille. Vingt-quatre pour cent des durées d'hospitalisation concernaient des malades présentant une alcoolisation excessive, le risque attribuable étant de 19 %. Un risque relatif standardisé avait été également calculé, il était égal à 2,3 ce qui signifie que le malade subissant une alcoolisation excessive avait 2,3 fois plus de risque de se retrouver dans un des 9 services étudiés que le non-buveur.

Si les dispositifs d'observation actuellement disponibles ne permettent pas d'évaluer dans sa totalité l'activité de soins attribuable à l'alcool par la réalisation d'études cas-témoins, il est cependant possible de connaître l'ampleur d'activités médicales spécialisées liées à l'alcool. Une partie est accessible par les rapports des unités spécialisées dans la prise en charge des personnes dépendantes d'une consommation d'alcool. Les centres d'alcoologie ont reçu 79 850 consultants en 1998 [3]. Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) prennent également en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Dans l'enquête faite en novembre de chaque année dans ces centres, leur nombre pour le mois de novembre 1999 était de 700 personnes consommant de l'alcool en produit primaire et 1 800 comme un produit secondaire.

Le coût de l'alcoolisation en France

Évaluer le coût d'un facteur de risque est une entreprise difficile ; d'une part du fait de la grande variété des méthodes utilisables qui ont toutes des fondements techniques indiscutables, mais ne mesurent pas les mêmes choses, également du fait de l'imprécision de l'évaluation des dommages attribuables à un facteur de risque, enfin à cause de l'intervention d'intérêts particuliers qui ne facilitent pas la tâche des chercheurs, leurs résultats étant souvent discutés en fonction de leur appartenance à une institution dont l'intérêt est de démontrer l'importance du risque, ou à l'opposé de le minimiser. L'évaluation du coût du tabagisme a fourni des exemples caricaturaux de ces conflits d'intérêt, certains affirmant que la consommation de tabac était bénéfique pour l'État, les recettes et les dépenses de retraite évitées par des morts prématurées dépassant de loin le coût des soins et les pertes de production liées à des décès avant l'âge de la retraite. D'autres évaluations semblent contredire de telles affirmations en établissant le coût social du tabagisme de 60 à 200 milliards de francs. Ces différentes évaluations peuvent être exactes, sans que cela signifie qu'elles aient le même sens et la même pertinence. La situation est identique pour l'alcool. Il s'agit d'un produit qui a un marché, ce dernier correspond à une production qui a une valeur commerciale, les ressources engendrées permettent à des gens de vivre. À l'opposé un certain nombre de consommateurs vont subir des dommages d'importance variable, allant des troubles relationnels familiaux ou professionnels aux accidents et aux pathologies les plus graves. Que devons nous évaluer dans un tel contexte ? Sommes-nous capables de donner une valeur monétaire au plaisir du consommateur ou à l'opposé à la souffrance de l'alcoolique dépendant, du cirrhotique à la phase terminale de sa maladie ? Avons-nous la capacité d'évaluer financièrement l'impact éventuellement positif d'une faible consommation d'alcool sur le risque de

pathologie coronarienne ? Face à un ensemble de difficultés de ce type il convient d'avoir une humilité certaine, de préciser de façon analytique les méthodes employées, et de se garder de vouloir utiliser une valorisation unique qui facilite un usage médiatique simplificateur, mais ne participe pas à la compréhension d'une situation aussi complexe. Un travail récent sur le « coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France » a été publié par Pierre Kopp et Philippe Fenoglio [23] avec le concours de l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Il est disponible dans son intégralité sur le site internet www.drogues.gouv.fr. Les données les plus récentes qui suivent proviennent de ce travail. Le principe sur lequel se fonde la notion de coût social est la prise en compte des dépenses engagées par l'ensemble des acteurs privés et publics, sans prendre en considération l'aspect « recette » qui fait partie des approches de type « coûts-bénéfices » utilisées dans d'autres domaines de la décision publique. Ce choix est de nature éthique, il privilégie le malheur humain et les dommages liés à l'interférence des maladies et de la mort avec la vie humaine et ce qu'elle peut produire. Raisonner autrement conduit inévitablement à privilégier des mécanismes de destruction des hommes qui « rapportent » à un compte particulier, qu'il s'agisse des bénéfices du producteur ou du vendeur de ce mécanisme, ou de la caisse de retraite qui réduit ses dépenses grâce à la mort prématurée. Le point le plus important dans cette compréhension de l'usage d'une telle méthode est que nous ne sommes pas face à un véritable choix. Quelle que soit notre conception de la liberté individuelle, il est impossible de soutenir que l'on choisit d'être dépendant de l'alcool, il n'y a pas non plus de possibilité sérieuse dans une société comme la nôtre d'interdire la consommation d'alcool. Nous devons accepter cette forme d'évaluation limitée aux dommages si nous privilégions le « poids » de l'alcool dans une optique de santé publique, ce qui n'est pas incompatible avec la réalisation d'études analysant l'économie de l'alcool et ses éventuels bénéfices.

Les dépenses engagées par les consommateurs pour acheter de l'alcool ne peuvent être raisonnablement prises en compte dans une évaluation « de santé publique ». En l'absence d'alcool, ils auraient utilisé leurs ressources à d'autres achats et ce comportement n'aurait pas eu d'incidence directe sur le fonctionnement du système de santé, sauf à imaginer que ces fonds auraient pu être mobilisés préférentiellement dans des activités comportant des dangers importants pour la santé, ou à l'opposé dans des actions favorables à la santé, qu'il s'agisse de prévention ou de soins.

Prendre en compte le coût des actions de prévention ou de soins des pathologies induites par l'alcool est l'élément le moins discutable dans ce type d'évaluation. La première étape peut être de déterminer le coût moyen d'une pathologie. Dans ce domaine, l'évaluation par Daniel Cattin en 1977 du coût de la cirrhose du foie en France, d'abord dans l'hôpital de Villeneuve Saint-Georges [24], puis dans un cadre collectif à l'initiative de la Société Nationale de Gastro-Entérologie [25] a conservé une valeur méthodologique indiscutable, même si les valeurs obtenues n'ont plus guère de sens du fait de l'évolution des thérapeutiques et de l'évolution de la maladie sous leur influence. La première de ces études avait pu montrer que cette population de malades cirrhotiques, qui représentait 7,3 % de la population hospitalisée et 13,4 % des journées d'hospitalisation, produisait 16,3 % des décès, consommait 17,8 % des actes de laboratoire et 30,6 % du sang transfusé. Le coût sanitaire direct s'élevait à 15 337 francs de 1975 par an et par malade. Dans l'étude coopérative concernant 236 services hospitaliers, l'hospitalisation des cirrhotiques représentait 19 % des journées d'hospitalisation dans les services de gastro-entérologie et 9,2 % dans les services de médecine générale.

L'étude précitée du CREDES [19, 20] comportait une évaluation des valeurs des consommations journalières des malades à

risque alcoolique, comparativement aux autres groupes d'hospitalisés ne présentant pas cette caractéristique. Les montants n'étaient pas différents dans les deux groupes, mais la nature des actes l'était, avec plus d'actes chirurgicaux et obstétricaux pour les non-alcooliques, et plus de dépenses de laboratoire, de pharmacie, de soins infirmiers et de nursing, de consultations médicales pour les patients à risque alcoolique. Dans l'étude de Pierre Kopp [23], les coûts sanitaires sont évalués à 21,850 milliards de francs.

L'évaluation du coût des dommages infligés aux personnes est nettement plus difficile. Les violences vis-à-vis de soi-même (suicide, blessures, autodestruction d'une activité professionnelle ou d'une relation familiale), ou infligées aux autres sont parfois évaluables quand un système d'assurance (accidents de la circulation ou mettant en cause une responsabilité civile de leur auteur) va assurer une réparation financière, éventuellement à la suite d'une décision judiciaire. La collecte des informations nécessaires à une évaluation exhaustive de ce type de dommages est actuellement très partielle. Dans le cadre des accidents de la route, les dommages corporels infligés aux personnes représentent actuellement environ 21 milliards de francs par an en France. Il est possible d'évaluer à 30 % la proportion liée à une consommation d'alcool. L'ensemble des dépenses des assureurs attribuées à l'alcool dans l'étude de Pierre Kopp s'élève à 23,120 milliards de francs.

Le stade suivant dans l'évaluation du coût social de l'alcoolisation consiste à apprécier l'étendue des coûts qui ne relèvent pas des dépenses directes payées par un organisme d'assurance sociale, un assureur privé ou un individu, mais sont de nature privée. Il s'agit d'une part de coûts sur le lieu de travail, incluant les conséquences de l'absentéisme et des pertes de productivité, d'autre part des pertes d'années de vie liées aux pathologies alcooliques. La fraction la plus difficile à évaluer, qualifiée par les économistes de coûts privés intangibles, est du domaine des dommages psychologiques subis par les consommateurs et leurs proches, du fait de l'alcool. Il s'agit en pratique de donner une valeur à la « vie humaine » dans ses différents aspects et les méthodes employées peuvent être regroupées en deux catégories, celles qui se limitent aux coûts tangibles et celles qui tentent d'approcher les coûts intangibles. Dans l'étude de Pierre Kopp, les pertes de revenus et de production sont évalués à 57,555 milliards de francs, soit la moitié du coût social total de 115,420 milliards de francs.

Une approche des coûts intangibles avait été tentée en 1981 par Gilles Orzoni et Antoine Roullier [26] en utilisant la méthode des « choix individuels explicites ». Elle consiste à questionner un groupe de personnes sur ce qu'ils seraient prêts à payer pour un programme capable de sauver d'un risque un certain nombre de vies humaines. Cette procédure peut sembler théorique, les gens ne paient pas réellement la somme qu'ils annoncent comme la valeur qu'ils accordent à cette action, et en conséquence à une vie épargnée, mais son développement a montré sa reproductivité dans plusieurs domaines et elle constitue une approche que l'on ne peut négliger. La valeur de 10 000 vies humaines épargnées par des actions de lutte contre l'alcoolisme était évaluée à 5,96 milliards de francs dans l'étude de 1981 (elle ne prenait pas en compte la prévention du coût des pathologies, mais seulement du décès).

Conclusion

Faute de données nouvelles et pertinentes, je n'ai pas tenté de produire une évaluation quantifiée des fractions attribuables à l'alcool de la morbidité et de la mortalité. J'ai rappelé les principaux documents qui ont contribué à l'élaboration de nos

connaissances imparfaites dans ces domaines. Dans un éditorial [27] qui accompagnait l'article de Jean-Pierre Pignon et Catherine Hill évaluant le nombre de décès attribuables à l'alcool en France en 1985, Bernard Rueff exprimait plusieurs remarques critiques sur les méthodes et les buts de tels dénombrements. Dix ans plus tard nous n'avons pas gagné en précision, et il suffit, avec des méthodes très rustiques mais robustes, de considérer l'évolution des ventes d'alcool et celle des décès par cirrhose alcoolique pour avoir une connaissance relativement précise de l'amélioration de la situation. Nous ne sommes cependant pas capables d'évaluer avec précision la fraction attribuable à l'alcool de la mortalité par des affections aussi répandues que le diabète, les pneumonies ou les accidents vasculaires cérébraux. Dans un tel contexte, il est préférable de ne pas tenter une évaluation dont la qualité ne peut être améliorée en l'absence de données nationales nouvelles, spécifiques, et adaptées méthodologiquement. Malgré leurs insuffisances actuelles, je crois que ce serait une erreur de ne pas prendre en compte les données disponibles pour au moins quatre raisons :

— ces études permettent de rappeler l'importance du facteur de risque que constitue l'alcool dans une société médiatisée qui a perdu le sens de la mesure et peut donner la même place aux trois morts de l'encéphalite spongiforme bovine transmise à l'homme en France et aux dizaines de milliers de morts provoquées par la consommation excessive ou inadaptée d'alcool. La vie politique et administrative étant de plus en plus dépendante des médias, il est important de développer et de vulgariser les évaluations quantifiées les plus précises possibles pour rétablir la hiérarchie des risques et donner un sens aux actions entreprises collectivement pour les réduire. Ces évaluations doivent porter sur la mortalité, la morbidité et le coût économique, en utilisant des méthodes diversifiées et complémentaires,

— les moyens alloués aux actions de soins et de prévention dépendent partiellement de ces évaluations des formes du risque et des différentes pathologies qu'elles induisent. Il convient de conserver un minimum de bon sens dans ce domaine et de fonder les décisions sur les réalités. La tendance irréversible à tout évaluer quantitativement ne peut être négligée sans que cela ait des conséquences graves pour l'équilibre des différentes parties de notre système de prévention et de soins. L'objectif est alors clairement politique. Si le système de prévention et de soins a pour but de réduire la morbidité et la mortalité prématurée évitables, il faut connaître ses déterminants et faire le bilan des dommages qu'ils produisent,

— la situation est évolutive, il n'est pas évident que la régression régulière de la consommation d'alcool et de ses conséquences pathologiques se poursuive au cours de la période à venir comme le souligne Alfred Nizard de l'Institut National d'Etudes Démographiques [28]. Il est important d'avoir des évaluations actualisées de ces faits pour adapter les politiques publiques,

— faute de moyens, mais également de motivations des chercheurs à développer leur action dans ces domaines, les résultats dont nous disposons sont encore largement insuffisants. C'est en documentant et en décrivant l'existant que nous pouvons pointer les lacunes dans la documentation du risque et faire connaître aux praticiens-chercheurs ces besoins non satisfaits. Les cloisonnements entre les disciplines font que des faits évidents pour les uns ne le sont pas pour les autres, y compris les sujets de recherche négligés.

Le problème ultime est bien entendu celui de la relation d'une population avec ses facteurs de risques. Une attitude pessimiste consistant à affirmer que toutes les populations consomment des produits psycho-actifs auxquels des risques sont liés, et que la réduction d'une de ces consommations s'accompagne de l'accroissement d'une autre n'est pas une vérité documentée par les méthodes de l'épidémiologie. Elle me semble plus liée à des

constats de soignants traitant des individus, observant leur passage d'un produit à l'autre et la fréquence des polyconsommations. A un niveau populationnel, il est possible d'obtenir une réduction de la consommation d'alcool ET de celle du tabac. Il n'est, de même, pas inévitable que le développement de la consommation des différents produits dérivant du cannabis puisse produire des dommages équivalents à ceux de nos deux drogues licites. Dans l'équilibre subtil entre les différentes formes de contraintes sociales concernant la consommation de ces produits, nous avons la possibilité de ne pas être trop simples ni trop désespérés. Il faut pour être convaincant sur de tels sujets disposer des moyens de la connaissance des interactions entre ces risques et de leur évolution. Ce n'est pas le cas actuellement en France, même si nous sommes loin d'être totalement ignorants.

RÉFÉRENCES

1. Reynaud M, Parquet PJ. Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions. Rapport de mission 1998. Vanves : CFES, 1999.
2. Got C, Weill J. L'alcool à chiffres ouverts — Consommations et conséquences : indicateurs en France. Paris : Seli Arslan, 1997.
3. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies : Indicateurs et Tendances. Paris, à paraître.
4. INSERM : Alcool, effets sur la santé. Paris : coll. Expertise collective, à paraître.
5. Dubois G. Risque attribuable, fraction étiologique. LARC médical 1982;3:238-42.
6. Damiani P, Massé H. Etude sur l'alcoolisme — Données générales et applications des méthodes d'analyse statistique. Archives et Documents INSEE 1986;186:1-129.
7. Pignon JP, Hill C. Nombre de décès attribuables à l'alcool en France en 1985. Gastroenterol Clin Biol 1991;15:51-6.
8. Hill C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en santé publique 2000;30:14-7.
9. Harwood H, Fountain D, Livermore G. The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States. US department of health and human services 1992.
10. Anderson P. Alcohol and risk of physical harm. In : Holder H, Edwards G. Alcohol and public policy. Oxford medical publications 1995:82-113.
11. Single E, Rehm J, Robson L, Van Truong M. The relative risk and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. CMAJ 2000;162:1669-75.
12. Got C. Alcool et accidents mortels de la circulation en France — Résultats de l'étude 1990/1991. Actualité et dossier en santé publique 1990;16:21-4.
13. Gronbaek M, Deis A, Sorensen T, Becker U, Schnohr P, Jensen G. Mortality associated with moderate intakes of wine, beer or spirits. Br Med J 1995;310:1165-9.
14. Renaud S, Guéguen R, Siest G, Salamon R. Wine, beer and mortality in middle-aged men from eastern France. Arch Intern Med 1999;159:1865-70.
15. Trugeon A. Patients, alcool et tabac en médecine générale — Enquête régionale de prévalence, de détection et de morbidité. ORS de Picardie 1991.
16. Arenes J, Guilbert P, Baudier F. Baromètre Santé médecins généralistes 98/99. Vanves : CFES, 1999.
17. DDASS des Yvelines : Hospitalisation et alcool dans le département des Yvelines — Résultats de l'enquête un jour donné le 11 avril 1995. Versailles : 1995.
18. Reynaud M, Bernoux A, Leleu X, Meyer L, Lery JF, Ruch M. Prévalence de l'alcoolisation excessive des patients hospitalisés. Alcoolologie 1998;20:231-8.
19. Com-Ruelle L, Dumesnil S. L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés. Paris : CREDES, 1997.
20. Com-Ruelle L. Hospitalisation et alcoolisme — différences de morbidité et de consommation médicale selon le motif d'hospitalisation. Alcoolologie 1998;20:5-16.
21. Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme : Approche des coûts sanitaires et sociaux de l'alcoolisation. Paris : la Documentation Française 1985.
22. Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme — Alcool et Accidents. Paris : La Documentation Française, 1985.
23. Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. Paris : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2000.
24. Cattan D, Garcia MT, Nurit Y, Belot JF. Les coûts de la cirrhose alcoolique du foie en milieu hospitalier. L'hôpital à Paris 1977;42:515-24.
25. Loygue J. Enquête préliminaire sur le coût de la cirrhose alcoolique en milieu hospitalier. Gastroenterol Clin Biol 1978;2:431-42.
26. Orzoni G, Roullier A, Le Net M. Quelles vies sauver ? Evaluation de programmes de sauvegarde de la vie humaine appliqués à l'alcoolisme. Paris : La Documentation française, 1982.
27. Rueff B. La mesure de la part de la mortalité attribuable à l'alcool : comment ? pour qui ? pourquoi ? Gastroenterol Clin Biol 1991;15:49-50.
28. Nizard A. Les effets sur la mortalité de quelques maux contemporains : sida, hépatite, alcool, et tabac. Population 2000;55:503-64.