

# Comment le niveau de consommation affecte-t-il le risque de décès dû à l'alcool en France?

J. Rehm & K. D. Shield\*

Institute for Mental Health Policy Research (IMHPR), Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada  
Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto (UofT), Canada  
Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine, UofT, Canada  
PAHO/WHO Collaborating Centre for Mental Health & Addiction  
Epidemiological Research Unit, Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie & Psychotherapie,  
Dresden, Germany

\* Section of Cancer Surveillance, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

# Merci!

Ce travail n'aurait pas été possible :

- ... sans nos co-auteurs pour the premier rapport: Gerrit Gmel et Charlotte Probst (*Risk of dying due to alcohol for different levels of average drinking in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines*)
- ... sans le soutien financier de la **National Institute for Health and Welfare, Finland, in the framework of Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)**
- ... sans le soutien financier de **Santé publique France** pour les calculs spécifiques pour la France.
- ... Sans certains des travaux préparatoires de ALICE RAP, le OMS et la *Global burden of disease study*.



Le problème et une solution possible

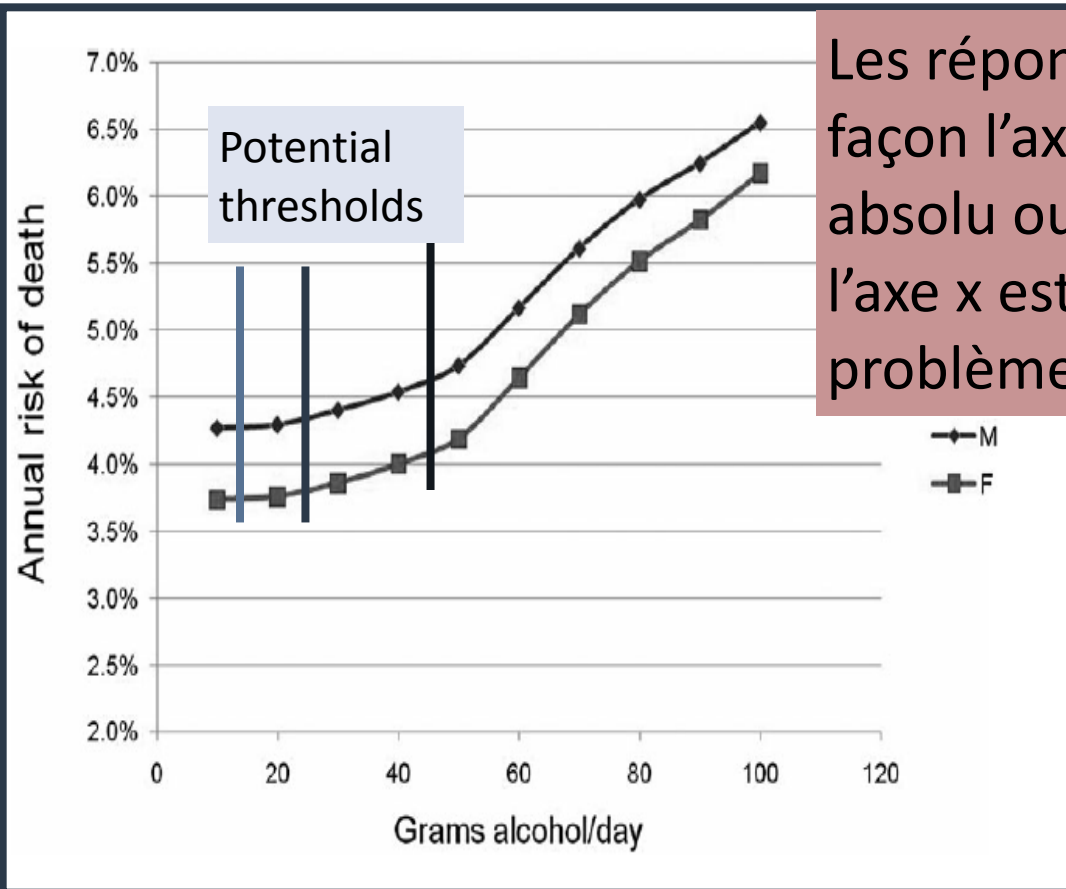
**QUELLE EST LA BASE SCIENTIFIQUE DES REPÈRES  
(DIRECTIVES) POUR UNE CONSOMMATION  
D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE?**

# Le problème

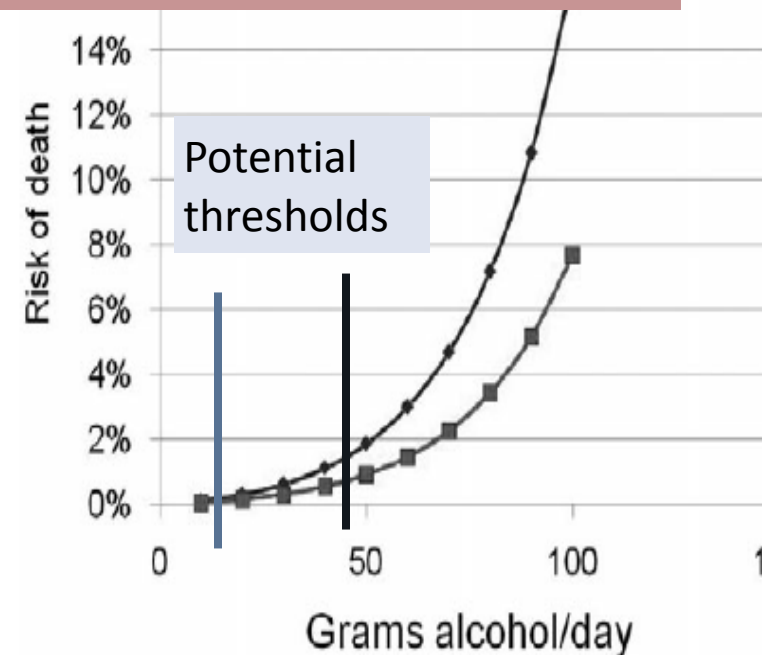
Les repères (directives) pour une consommation d'alcool à faible risque sont très demandées car elles s'intègrent bien dans l'idéal moderne de la société de consommation qui consiste en des consommateurs bien informés faisant des choix rationnels basés sur des bonnes connaissances.

- De nombreuses révisions des directives dans différents pays se fondent généralement sur des comités d'experts.
- Ces comités mènent des discussions inévitables sur l'endroit où établir un seuil sur une courbe continue.

Le problème de continuité:  
où est la valeur seuil?



Les réponses semblent changer la façon l'axe y est marqué (RR ou risque absolu ou taux) ou jusqu'à quel point l'axe x est montré (encadrement du problème -> Tversky and Kahneman)



Exemples de courbes de risque continu pour la maladie attribuable à l'alcool (côté gauche) ou blessure (côté droit)

# La solution

- La plupart des sociétés à revenu élevé modernes ont des normes claires pour les risques maximaux de mortalité sur une vie:
  - 1 pour 1 000 000 (un million) pour les risques involontaires (eau, sol, air) et 1 pour 1 000 (mille) pour les risques volontaires fondés sur le comportement (comme le tabagisme, le ski, etc.).
  - Si le risque dépasse le seuil qui s'applique à un certain comportement, la société prend des mesures pour réduire les risques!
- **Cette norme pourrait être adoptée pour la consommation d'alcool.**

Starr C.(1969) Social benefit versus technological risk. *Science*,165(3899):1232-8.

Rehm J, Lachenmeier DW, Room R.(2014) Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine*, 12:189.

# Conclusion

- La décision subjective et arbitraire sur l'endroit où mettre le seuil peut être répondu scientifiquement si des normes communes sur le risque acceptable dans les sociétés à revenu élevé ont été adoptées.
- Du point de vue du buveur, c'est un risque volontaire, donc la norme est de 1 sur 1 000 sur la durée d'une vie.
- Mais une personne en état d'ébriété peut causer du tort à autrui, et du point de vue de la tierce personne, le risque est involontaire, et la norme devient 1 sur 1 000 000 sur la durée d'une vie
- Jusqu'à présent, les lignes directrices à faible risque ont porté uniquement sur le préjudice causé au buveur
- En utilisant le seuil de risque acceptable ci-dessus, le problème de la mise en place de consignes de consommation à faible risque devient alors de trouver le niveau de boisson au cours d'une vie qui dépasse le risque de mortalité de 1 sur 1 000!

Un guide intuitif en cinq étapes

**MÉTHODOLOGIE POUR DÉTERMINER LE RISQUE DE MORTALITÉ  
SUR UNE VIE ATTRIBUABLE À LA CONSOMMATION D'ALCOOL**



Étape 0: Obtenir des données sur le risque de mortalité pour le pays considéré, selon le sexe et l'âge.

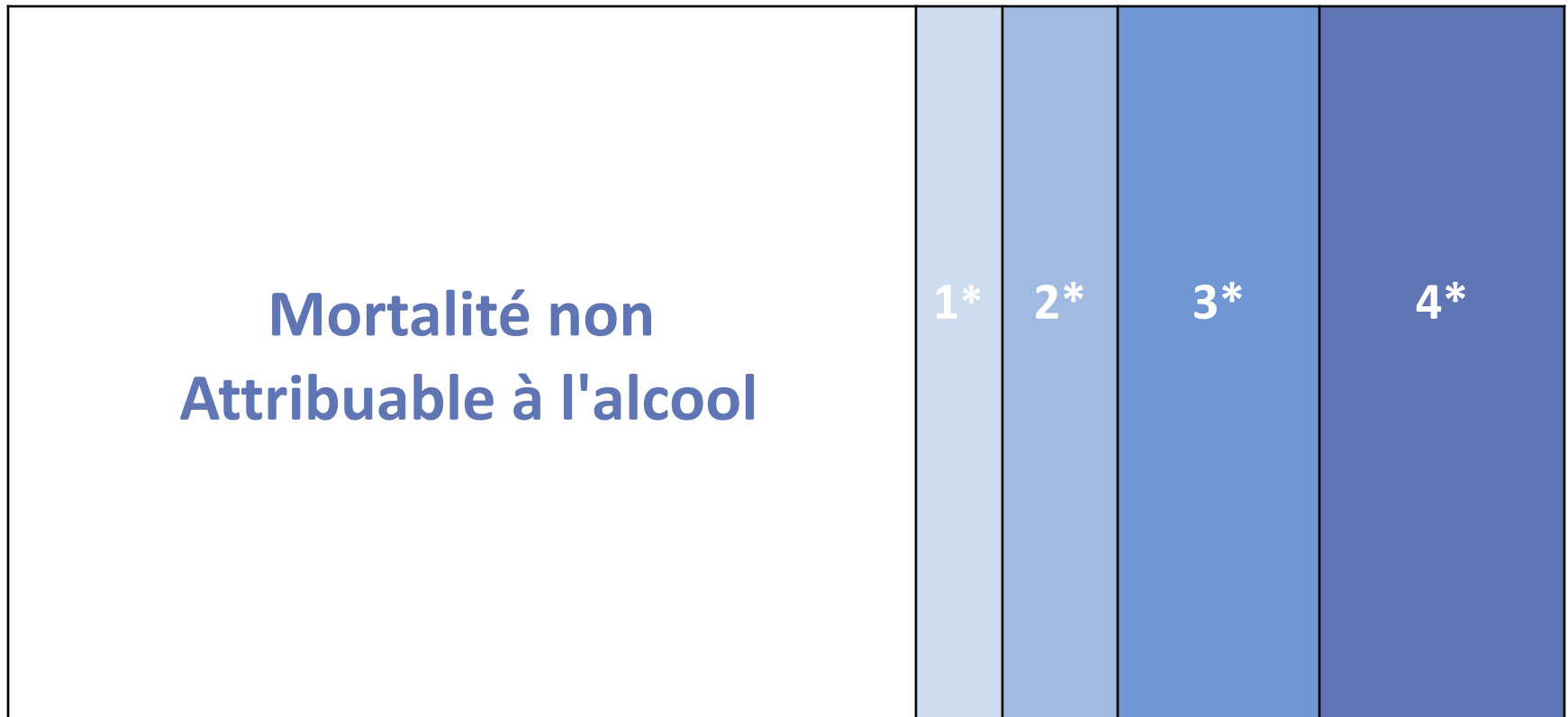
**Mortalité non-attribuable à  
l'alcool**

**Mortalité attribuable  
à l'alcool**

Étape 2: Extraire la portion de mortalité non attribuable à l'alcool (c'est-à-dire, simuler le pays dans le scénario fictif sans consommation d'alcool).

**Mortalité non attribuable à  
l'alcool**

## Étape 3: Ajouter la mortalité qui résulterait de différents scénarios de consommation



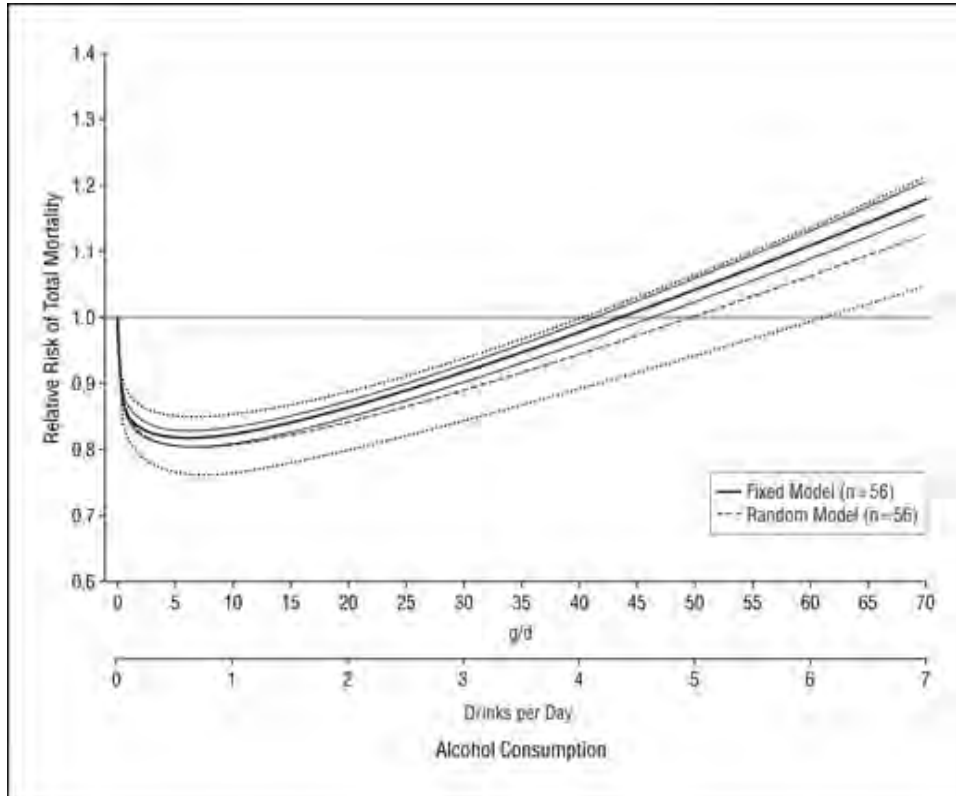
\* Mortalité ajoutée pour 1 boisson ou x grammes par jour, 2 boissons par jour, etc.

Étape 4: Les étapes 1 à 3 ont été menées (calculées) pour un an de risque de mortalité selon le sexe et l'âge. Afin de dériver le risque à vie, nous avons pris une cohorte hypothétique et les avons suivis artificiellement entre les 15 et 74 ans, en leur appliquant les risques de mortalité année par année séparément par âge et par sexe. (Le risque de survie à vie est donc déterminé en fonction de la multiplication de tous les risques annuels de survie).

Méthodologie suite

# DES DÉCISIONS PLUS FORMELLES

# Peut-on tirer des résultats des méta-analyses pour la mortalité toutes causes confondues?



Di Castelnuovo et al. (2006) *Arch Intern Med.*, 166(22): 2437-2445.

=> **Approche spécifique de la cause**

**(C'est-à-dire, l'agrégation de toutes les causes de décès attribuables à l'alcool)**

Non. Ces méta-analyses sont basées sur des cohortes, qui ont été créées pour faciliter le suivi. Bien que cette méthode soit acceptable pour tester les relations causales entre l'exposition et les résultats spécifiques (par exemple, l'alcool et le cancer du sein), elle ne peut pas être utilisée pour la mortalité toutes causes, étant donné que la répartition des causes de décès est problématique.

Rehm & Patra (2012). *Drug and Alcohol Review*, 31:156-161.

# Quelles maladies et blessures sont attribuables à l'alcool?

- Basé sur WHO Global Status Report on Alcohol and Health et sur le GBD



**Principaux groupes de maladies attribuables à l'alcool:**

- Cancer
- Diabète
- Maladies cardiovasculaires (maladies ischémiques)
- Maladies gastro-intestinales
- Troubles neuropsychiatriques
- Blessures

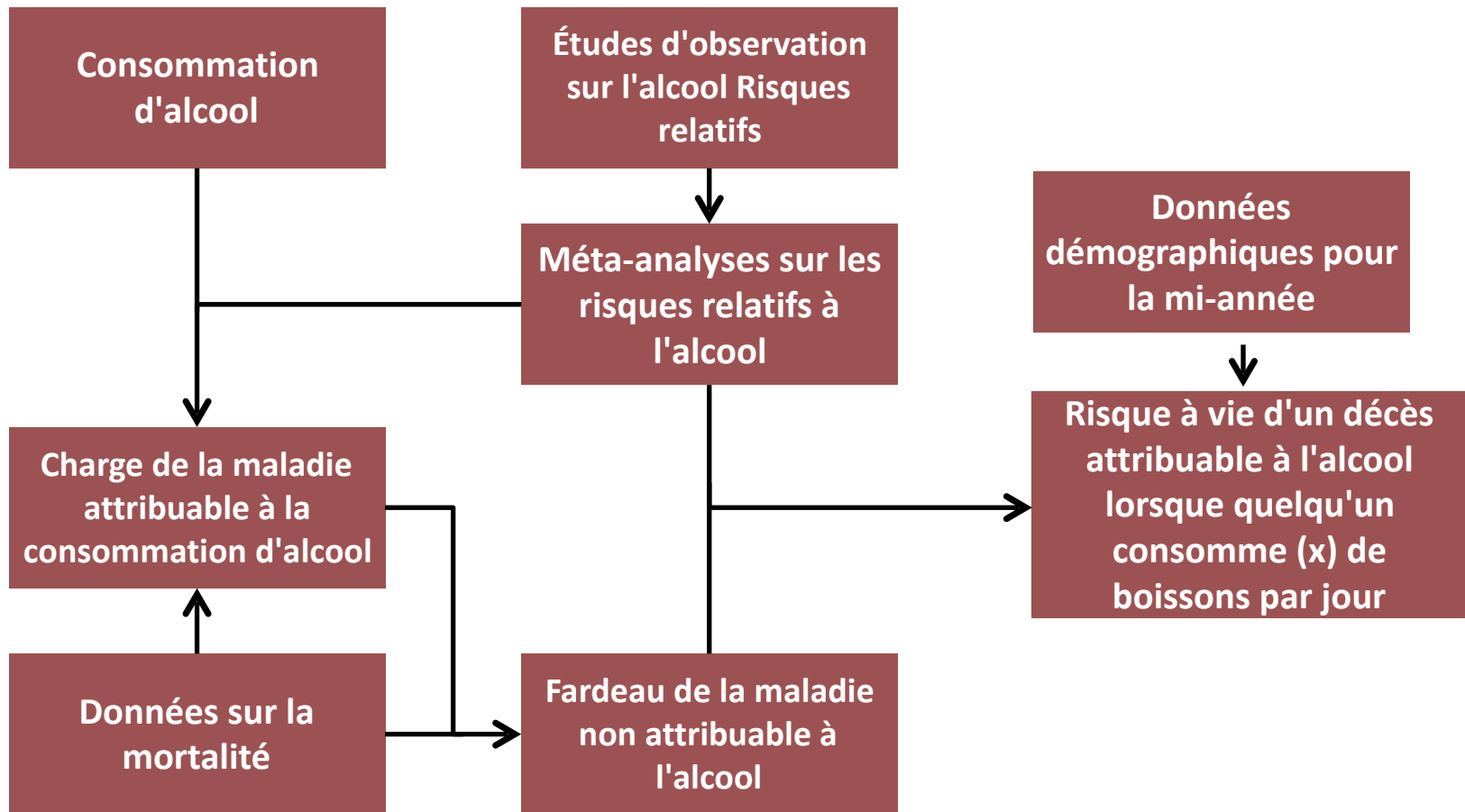
# Différents scénarios

- Pour les lignes directrices sur l'alcool à faible risque, nous ne devrions probablement pas inclure les différences selon le sexe du risque absolu de mortalité(-> utiliser la consommation globale nulle ou le risque non attribuable à l'alcool par pays comme scénario principal; Voir étape 2 ci-dessus)
- Cependant, nous avons effectué une analyse de sensibilité avec un risque de mortalité selon le sexe dans le report RARHA.

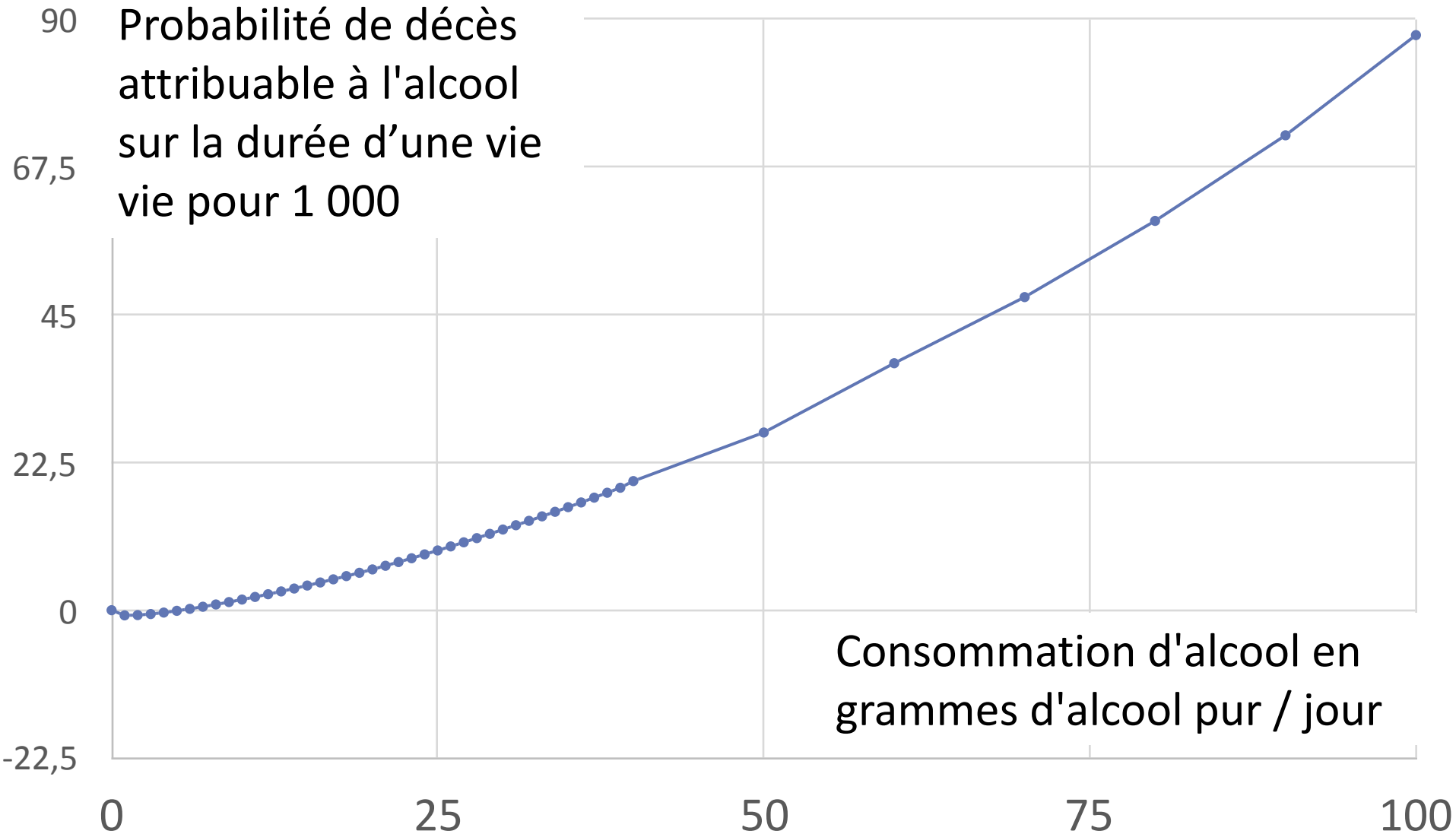


**RESULTATS POUR LA FRANCE**

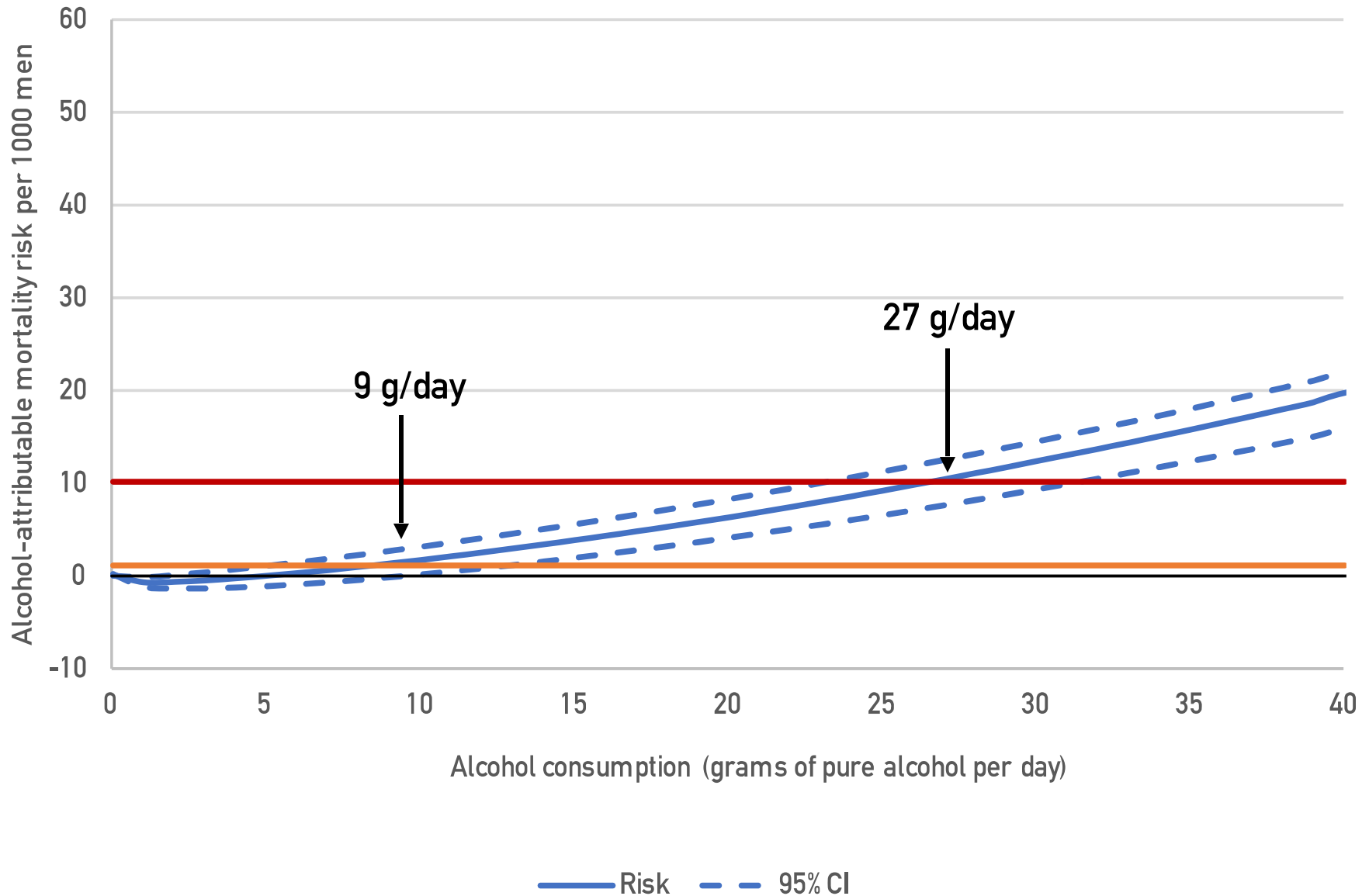
# Vers des directives pour une consommation d'alcool à faible risque fondées sur des données empirique: sources de données



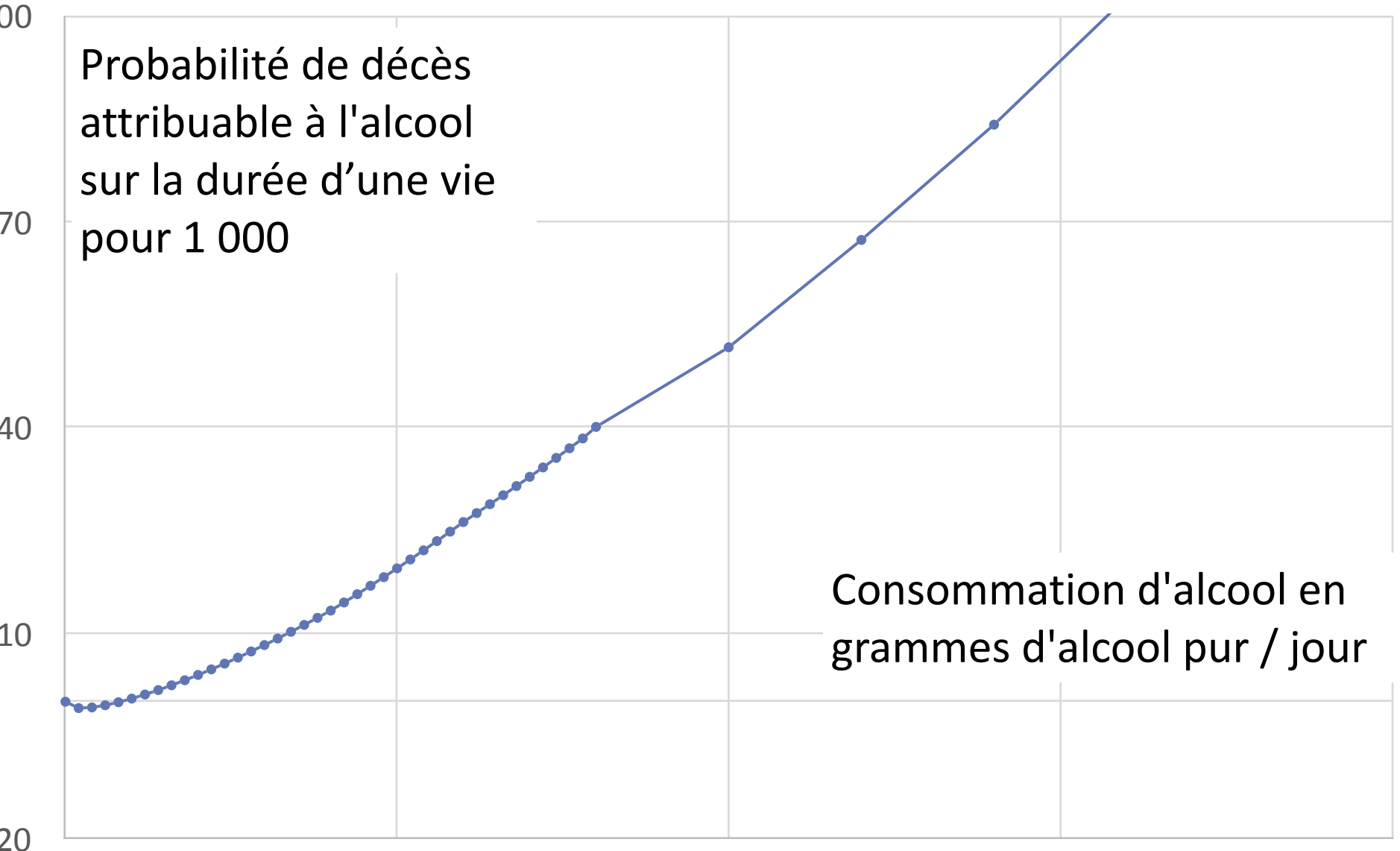
# Hommes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)



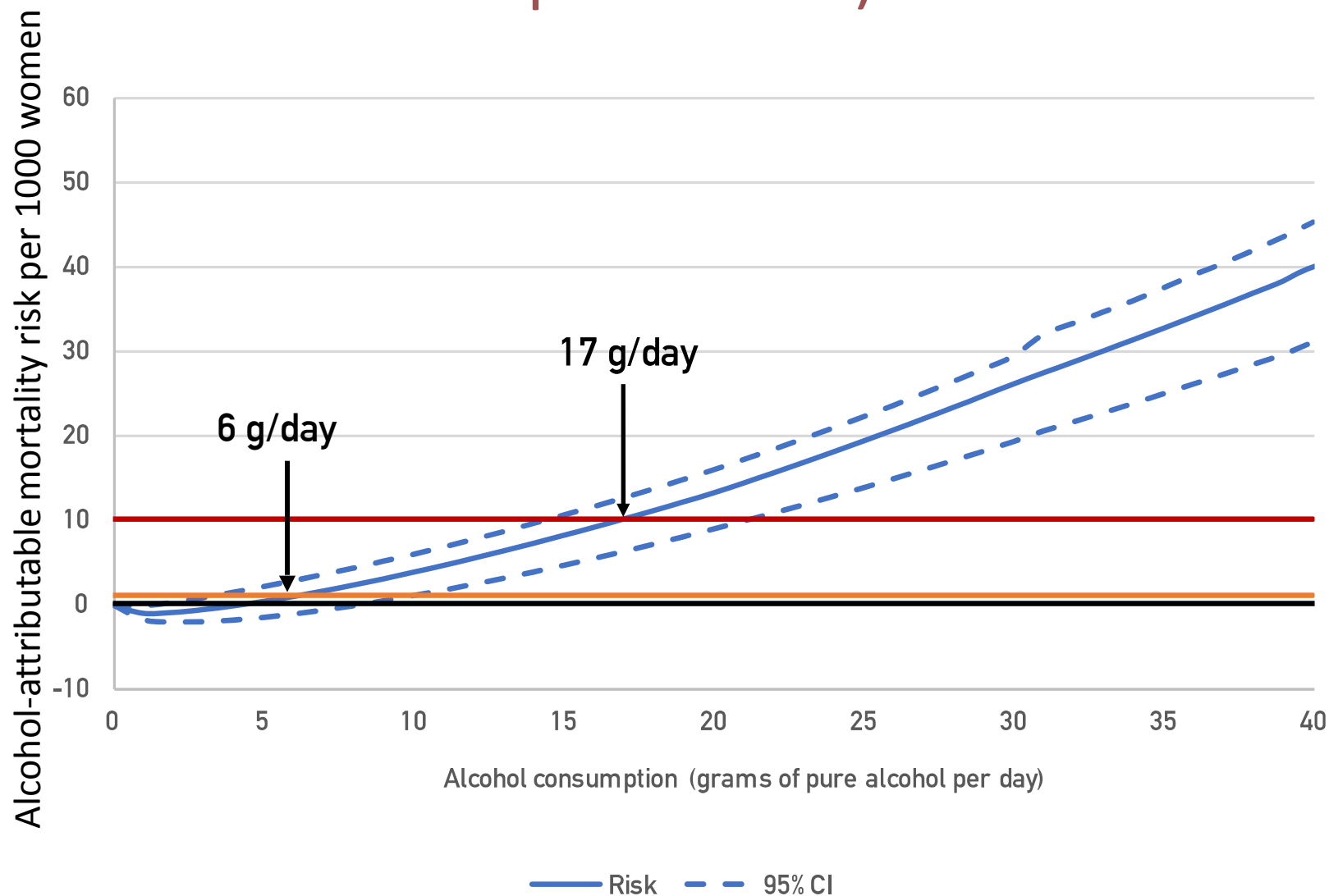
# Hommes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)



# Femmes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)



# Femmes (probabilité de décès sur la durée d'une vie pour 1 000)



## Conclusions concernant les repères (directives) de consommation d'alcool à faible risque pour la France

Selon les normes habituelles de risque acceptable pour les comportements volontaires dans nos sociétés, les repères (directives) de consommation d'alcool à faible risque devraient être fixés à 10g d'alcool pur pour les deux sexes (C'est-à-dire limiter la consommation quotidienne d'une boisson standard dans la plupart des pays européens). Avec un risque acceptable de 1 dans 100, les repères (directives) de consommation d'alcool à faible risque devraient être fixés à 1-2 verres standard pour les femmes et 2-3 verres standard pour les hommes.