
Propositions d'évolution du discours public concernant les repères de consommation d'alcool en France¹⁵⁴

Pierre Ducimetière

Directeur de recherche Inserm honoraire

Un groupe d'experts¹⁵⁵ a été réuni par Santé publique France et l'Institut national du cancer à la suite d'une saisine des autorités de santé dans le but de proposer les éléments d'un renouvellement du discours public en France en matière de consommation d'alcool qui tienne compte de l'évolution des habitudes de consommation ainsi que de la connaissance des risques de santé qui leur sont associés. Le rapport du groupe d'experts a été rendu public en avril 2017 (INCa et Santé publique France, 2017).

Le rapport inclut les résultats d'une étude qualitative, commandée par Santé publique France au Département Opinions et Stratégies d'Entreprise de l'IFOP, effectuée à partir d'entretiens de 72 sujets répartis par quotas d'âge, de sexe et de catégorie socio-professionnelle dans 6 villes françaises. Ils montrent la très grande hétérogénéité des représentations liées à l'alcool dans la population conduisant à des profils de consommation diversifiés et une perception très variable des risques sanitaires. Dans l'ensemble, les recommandations des pouvoirs publics sont souvent mal comprises et leur impact réel dans la population est limité en particulier chez les jeunes.

La situation actuelle a fait l'objet d'un double constat de la part du groupe d'experts : le discours public actuel est très ambigu puisqu'il prône une réduction de la consommation tout en soutenant la promotion d'un patrimoine culturel national ayant un poids économique important ; le discours public

154. Les analyses et points de vue exprimés dans la communication n'engagent que son auteur.

155. Composition du groupe d'experts : Pierre Arwidson, Cathie Boehm, Antoine Deutsch, Pierre Ducimetière, Catherine Feart-Couret, Geneviève Gagneux, Jean-François Jusot, Philippe Nabukpo, Jacques Yguel, Marie Zins avec le soutien de Raphaëlle Ancelin, Chloé Cogordan, Corinne Le Goaster, Marion Torres.

est faiblement audible en face d'une communication promotionnelle des acteurs économiques particulièrement forte.

Le rapport propose aux pouvoirs publics un ensemble de recommandations visant à réaffirmer la nécessité d'une politique publique de prévention prônant une approche individuelle transparente et responsable de réduction des risques sanitaires et des mesures de prévention collective. Ces dernières concernent des évolutions souhaitables en matière réglementaire (étiquetage, vente aux mineurs, publicité sur internet...), en matière fiscale (harmonisation de la taxation...) ainsi que sur l'affectation de ressources spécifiques en faveur de la prévention, de son évaluation et de la recherche.

Dans cet exposé, repris à partir d'une synthèse parue dans le *BEH* en 2019 (Ducimetière et Arwidson, 2019), l'établissement de nouveaux repères de consommation d'alcool pour la population française est discuté.

Les très nombreux travaux scientifiques des vingt dernières années sont en faveur d'une absence de tout seuil de consommation d'alcool dans la population générale en dessous duquel il n'y aurait aucun risque sanitaire pour le consommateur (ou pour les autres). Ce point important sera discuté plus loin.

La notion de seuil devant être abandonnée, le consommateur rationnel est conduit à effectuer son propre arbitrage entre le degré de son acceptation du risque et le degré de satisfaction que cette prise de risque lui procure.

Il revient alors aux pouvoirs publics de fournir à chacun les outils de connaissance nécessaires pour effectuer cet arbitrage et plus spécifiquement de proposer à chacun un niveau de consommation repère associé à un risque faible. C'est autour de ce repère de consommation que chaque individu est en mesure d'ajuster son propre comportement.

Dimensions des risques sanitaires liés à la consommation d'alcool

Si ce schéma conceptuel de réduction des risques semble satisfaisant sur un plan théorique, son caractère simpliste et réducteur apparaît rapidement compte tenu de la complexité des situations à risque, même restreintes à la population générale.

Trois dimensions du risque ont été distinguées dans le rapport et un repère de consommation à bas risque a été proposé pour chacune d'entre elles :

- un niveau de consommation moyen au cours de la vie, exprimé par exemple en nombre de verres « standards » (contenant, par convention, 10 g d'alcool quelle que soit la nature de la boisson) consommés dans une semaine, associé au développement de pathologies le plus souvent chroniques, comme les cancers ou l'hypertension artérielle, etc. ;
- une consommation élevée certains jours de la semaine (alcoolisations ponctuelles ou API), responsable de risques à court terme souvent graves (accidents...) ;
- une consommation permanente non contrôlée pouvant conduire à des risques d'addiction avec des conséquences psychologiques et sociales importantes.

La fixation des repères de consommation correspondants a fait l'objet d'un consensus des experts du groupe : 10 verres standards par semaine, deux verres au plus le même jour, au moins un jour sans consommation dans la semaine.

La distribution de la population française en fonction de ces trois repères a été analysée par Andler et coll. en 2019.

Bien entendu, la situation de sujets présentant des risques particuliers a été également prise en compte, c'est tout particulièrement le cas des femmes enceintes pour lesquelles le seul repère recommandé est l'abstention de toute consommation d'alcool.

Détermination des repères de consommation

Le repère de consommation de 10 verres standards par semaine a été établi à partir d'une simulation quantitative du risque de décès « attribuable » à la consommation d'alcool au cours de la vie des individus réalisée par Jürgen Rehm et Kevin D. Shield pour la population française à la demande de Santé publique France (Rehm et coll., 2016).

Cette méthodologie, déjà appliquée dans le cas de sept pays européens (Shield et coll., 2017), permet explicitement de relier un niveau de consommation à la proportion de décès causés par cette consommation. Relativement simple dans son principe, sa mise en œuvre exige cependant, une puissance de calcul importante. Elle fait appel à un grand nombre de données empiriques issues de la littérature épidémiologique internationale (risques relatifs de décès...) et de bases de données françaises (statistique annuelle des causes de décès, Baromètre santé...), toutes présentant des limitations, mais qui, selon les analyses de sensibilité effectuées, ne devraient pas avoir d'importantes conséquences sur l'ordre de grandeur de l'estimation recherchée des risques.

La méthode consiste à simuler l'évolution de la population française âgée de 18 ans jusqu'au décès de chacun de ses membres (jusqu'à l'âge de 75 ans) en supposant que ceux qui consomment de l'alcool en consomment par jour une même quantité fixée. Chaque année d'âge, la probabilité de décès pour une cause donnée est obtenue à partir de la statistique nationale et la probabilité pour que ce décès soit « dû » à la consommation d'alcool de l'individu est calculée en tenant compte du risque relatif (par rapport aux non-buveurs) associé à ce niveau de consommation. La sommation de ces probabilités pour l'ensemble des causes de décès permet alors l'estimation de la proportion de sujets qui décèdent (avant 75 ans) attribuable à leur consommation d'alcool. Remarquons que cette simulation suppose connue la proportion de sujets non buveurs dans la population (obtenue à partir du Baromètre santé) mais ne fait pas intervenir la connaissance précise de la distribution de la consommation dans la population, connaissance qui fait encore l'objet de débats entre experts. On se référera à l'article de Kevin D. Shield et Jürgen Rehm (Shield et coll., 2017) pour plus de précisions concernant la méthodologie utilisée.

La simulation a été effectuée séparément pour les hommes (figure 1) et les femmes (figure 2), montrant que la proportion de décès attribuables à l'alcool s'élève avec le niveau de consommation mais plus rapidement chez la femme que chez l'homme.

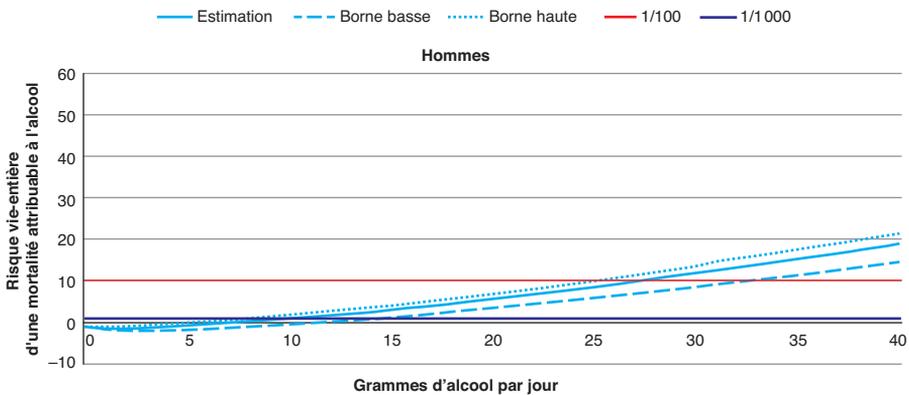


Figure 1 : Risque (en 1/1 000) durant la vie-entière d'un décès attribuable à la consommation d'alcool chez les hommes selon leur niveau de consommation

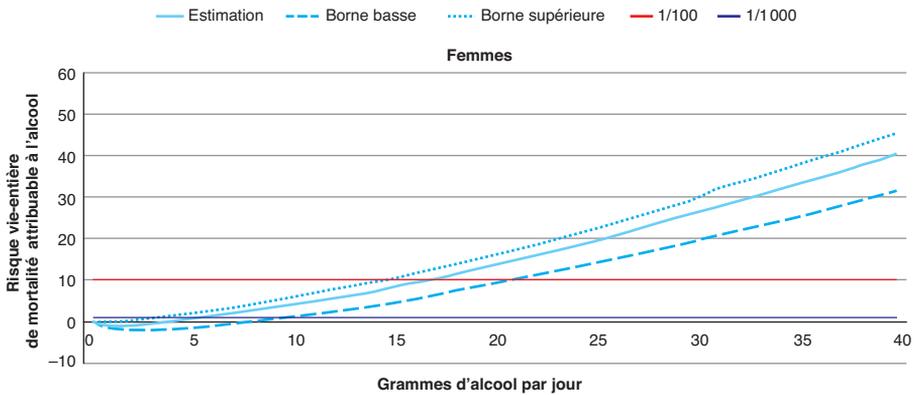


Figure 2 : Risque (en 1/1 000) durant la vie-entière d'un décès attribuable à la consommation d'alcool chez les femmes selon leur niveau de consommation

Proportion « acceptable » de décès « dus » à la consommation d'alcool

Les auteurs des simulations estiment que si l'exposition est décidée, au moins partiellement, par les individus eux-mêmes (comme dans le cas de la consommation de boissons alcoolisées), un décès supplémentaire dû à l'exposition compris entre 1 décès sur 1 000 et un décès sur 100 peut être considéré comme un risque faible. Ces niveaux de risque sont à mettre en parallèle avec l'exigence d'un risque de l'ordre de 1 décès sur 1 000 000 classiquement retenu lorsque l'exposition est imposée aux individus, comme par exemple dans le cas de la pollution atmosphérique.

Les résultats des simulations indiquent alors que l'ordre de grandeur d'un repère de consommation pourrait être fixé à 1 verre standard par jour chez les femmes et 2 verres standards par jour chez les hommes. Rappelons que les « seuils » de consommation journalière actuellement recommandés en France sont de 2 verres pour la femme et de 3 verres pour l'homme, plus élevés que les repères proposés dans le rapport. Cette tendance à l'abaissement des repères de consommation d'alcool est actuellement observée dans de nombreux pays, européens en particulier.

Dans la mesure où un repère de consommation unique pour la population française devait être retenu par les pouvoirs publics, la proposition d'un repère de consommation simple à retenir de 10 verres standards par semaine représente un compromis dont l'appropriation par la population permettrait de donner un sens concret à l'expression « consommer avec modération », aujourd'hui banalisée.

Limitations

Le repère associé à un risque faible (ou acceptable) dans la population est construit à partir d'un scénario théorique de consommation qui, ne dépendant que de la quantité d'alcool consommé par jour supposée constante pour chaque individu durant la vie entière, propose une standardisation des conditions d'exposition autorisant des comparaisons internationales (Shield et coll., 2017).

Les limitations méthodologiques de l'exercice sont cependant nombreuses, tout particulièrement en ce qui concerne les données épidémiologiques disponibles qui ne prennent en compte ni l'histoire individuelle de la consommation, ni ses spécificités culturelles comme par exemple le « *binge drinking* » (API). Elles sont le plus souvent issues de résultats de méta-analyses, certes relativement robustes mais par nature simplificatrices.

Causalité des associations

L'hypothèse la plus importante qui sous-tend le raisonnement épidémiologique concerne bien entendu « l'interprétation causale » des risques relatifs (et par conséquent des risques attribuables) qui associent une consommation d'alcool à une probabilité d'événement pathologique (ici le décès pour une cause donnée). Si la causalité de ces associations est maintenant bien documentée dans le cas des cancers, ce n'est pas le cas en ce qui concerne la pathologie cardiovasculaire. Cette hypothèse est à l'origine de controverses publiques qui, en un quart de siècle, ont gagné en intensité au fur et à mesure de leur médiatisation, soutenue par des motivations économiques évidentes.

De très nombreuses études de cohortes épidémiologiques prospectives réalisées dans le monde entier décrivent une relation biphasique (courbe en J) entre la consommation déclarée de boissons alcoolisées et la mortalité totale, vraisemblablement due à une surmortalité des sujets se déclarant non-buveurs. L'hypothèse d'un biais de sélection de ces sujets dont beaucoup sont des anciens buveurs se trouve confortée, au moins partiellement, par les résultats récents d'une méta-analyse (Wood et coll., 2018) portant sur plus de 500 000 sujets consommateurs d'alcool faisant partie de 83 études prospectives : la mortalité totale ne diminue pas pour les faibles consommations (<100 g alcool ou 10 verres standards/semaine) mais augmente exponentiellement aux doses supérieures. En revanche, le risque d'événements cardiovasculaires présente une relation en J typique, le risque diminuant puis augmentant régulièrement à partir d'environ 100 g alcool/semaine.

La taille de la méta-analyse a permis de montrer la grande hétérogénéité des affections cardiovasculaires en ce qui concerne leur association avec la consommation d'alcool. Alors que le risque d'accident vasculaire cérébral (quelle que soit son étiologie) et celui de l'insuffisance cardiaque entre autres, sont croissants avec le niveau de consommation, le risque d'infarctus du myocarde (particulièrement lorsqu'il n'a pas entraîné le décès) diminue pour les faibles consommations, conduisant à la relation en J décrite précédemment pour l'ensemble de la pathologie cardiovasculaire.

Afin de pallier, dans certaines situations, l'impossibilité de réaliser des essais contrôlés, la technique épidémiologique dite de « randomisation mendélienne » peut permettre d'avancer néanmoins, sur le plan de la causalité. Une première étude portant sur plus de 200 000 sujets d'origine européenne issus de 56 cohortes (Holmes et coll., 2014) n'avait montré aucune élévation du risque d'événement coronaire chez les porteurs du variant du gène *ADH1B* associé à une moindre consommation d'alcool. Ce résultat a été précisé en 2019 à partir de l'analyse des données de la *China Kadoorie Biobank* (500 000 sujets) de puissance statistique bien supérieure puisque deux variants génétiques qui, en modifiant le métabolisme de l'alcool (gènes *ADH1B* et *ALDH*) sont associés au niveau de consommation, sont présents dans les populations est-asiatiques (Millwood et coll., 2019). Schématiquement, alors que le risque d'accident vasculaire cérébral (de toute étiologie) croît de manière continue ($p < 10^{-4}$) avec le niveau de consommation estimé à partir des données génotypiques, aucune relation n'est observée avec le risque d'infarctus du myocarde ($p=0,69$) et d'événements coronaires ($p=0,40$).

Conclusion

Pour la population générale française, un repère de consommation à faible risque peut être fixé à 100 g d'alcool/semaine ou, plus précisément à 1 verre standard/jour chez la femme et 2 verres standards/jour chez l'homme. Ce repère est compatible avec l'observation d'une nette augmentation du risque de décès (toutes causes confondues) à partir d'une consommation de 100 g d'alcool/semaine. En dessous de cette valeur repère, la faible augmentation du risque de décès s'explique en grande partie par la diminution du risque d'événements coronaires et particulièrement d'infarctus du myocarde.

Alors que la causalité de l'effet délétère de la consommation d'alcool (même à dose faible ou modérée), sur le risque d'événements cardiovasculaires autres que ceux de nature coronaire (en particulier des accidents vasculaires

cérébraux), apparaît confirmée, la diminution du risque d'infarctus du myocarde pour les consommations en dessous de la valeur repère pourrait, selon les données actuelles, ne pas être de nature causale.

RÉFÉRENCES

Andler R. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de santé publique France 2017. *Bull Épidemiol Hebd* 2019 ; 10-11 : 180-6.

Ducimetière P, Arwidson P. Focus. Évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. *Bull Épidemiol Hebd* 2019 ; 10-11 : 178-9.

Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, *et al.* Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* 2014 ; 349 : g4164.

INCa, Santé Publique France. *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*. Saint Maurice : INCa, Santé publique France, 2017 : 1-153.

Millwood IY, Walters RG, Mei XW, *et al.* Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet* 2019 ; 393 : 1831-42.

Rehm J, Shield KD, Roerecke M, *et al.* Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview. *BMC Public Health* 2016 ; 16 : 363.

Shield KD, Gmel G, Gmel G, *et al.* Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction* 2017 ; 112 : 1535-44.

Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, *et al.* Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599,912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018 ; 391 : 1513-23.