

La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ?

Henri-Jean AUBIN

Professeur à la Faculté de Médecine Paris-Sud

Chef du Département de Psychiatrie et d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires Paris-Sud

Chef de l'Equipe de Recherche Addictologie, INSERM, Centre de Recherche en

Epidémiologie et Santé des Populations (CESP)

henri-jean.aubin@aphp.fr

Liens d'intérêt : H.-J. Aubin déclare avoir participé au cours des trois dernières années à des interventions ponctuelles (essais cliniques, travaux scientifiques, activités de conseil, conférences, colloques) pour les entreprises Bioprojet, D&A Pharma, Ethypharm, Lundbeck, Merck-Serono, Mundipharma, Novartis, et Pfizer. Il a également reçu des financements de recherche de l'Agence Nationale de la Recherche, du Programme Hospitalier de Recherche Clinique, et de l'Institut de Recherche en Santé Publique.

La réduction des risques et des dommages se veut une approche pragmatique visant à réduire les conséquences de l'usage de drogues, ainsi que d'autres conduites à haut risque, en incorporant diverses stratégies traversant un spectre allant d'une consommation à moindre risque à l'abstinence, en passant par le contrôle de la consommation[1]. En tant que politique de santé publique alternative à l'approche morale ou au modèle d'addiction-maladie, la réduction des risques, bien que reconnaissant que l'abstinence est un objectif ultime ou idéal, considère qu'il est avant tout nécessaire d'accepter les stratégies visant à réduire les dommages [2]. La politique de réduction des risques préconise la mise en place de structures de soins de type « bas-seuil » s'ajoutant aux structures classiques « haut-seuil », et se fonde sur un principe de pragmatisme compassionnel plutôt que sur celui d'un idéalisme moraliste[2]. Bien que la philosophie et les principes de la réduction des risques et des dommages se soient initialement développés dans le domaine des drogues illicites, notamment dans le contexte de l'épidémie de SIDA, une bonne partie de ses principes, de ses objectifs et de ses techniques peuvent également s'appliquer aux problèmes d'alcool[3].

Appliquée à l'alcool, la réduction des risques explore non seulement les moyens permettant de réduire la consommation dans les situations où l'abstinence est difficile à obtenir, mais inclut également une palette de mesures visant à prévenir ou réduire les dommages liés à l'alcool [4-6].

Considérations historiques

La nature de l'« alcoolisme » a été théorisée dans une série de modèles successifs (par exemple, le modèle moral, le modèle de la personnalité alcoolique, le modèle de l'alcoolisme-maladie, le modèle spirituel des alcooliques anonymes...)[1, 7]. Le modèle

d'alcoolisme-maladie est celui qui, parmi tous ces modèles, a eu la plus forte influence pour structurer les traitements[8, 9]. Cette conception d'une maladie primaire, évolutive, chronique, et fatale, qui ne trouve de répit que par l'abstinence complète, dérive des écrits de Benjamin Rush[10], de Magnus Huss[11] et plus tard de Jellinek[12]. Le modèle d'addiction-maladie repose sur quatre postulats cardinaux : la maladie est une entité unidimensionnelle, qualitativement discrète, clairement distinguée de l'absence de maladie (pas de zone grise intermédiaire) ; la cause de la maladie est essentiellement biologique ; la caractéristique clinique principale de la maladie est l'incapacité de contrôler la consommation d'alcool après la prise d'un premier verre ; la maladie est irréversible, incurable, et ne peut être l'objet que d'un traitement palliatif au moyen de l'obtention de l'abstinence[7]. La maladie serait également caractérisée par le déni, qui se manifeste par des efforts de minimisation et de dissimulation. Ces aspects de la maladie seraient idéalement traités par des approches thérapeutiques confrontationnelles[13]. On voit ainsi que les principales caractéristiques du modèle d'alcoolisme-maladie sont en opposition au modèle de réduction des risques, qui propose plutôt une approche collaborative et pragmatique, en explorant les moyens de réduire les dommages liés à la consommation excessive d'alcool, sans nécessairement mettre l'accent sur l'abstinence[13].

Ainsi, alors que pour les personnes non dépendantes, il est facilement admis que la seule réduction de la consommation en deçà d'un seuil de risque est le plus souvent satisfaisante[14], l'abstinence (définitive) a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation chez les personnes dépendantes[14-17]. Le dogme de l'abstinence a néanmoins commencé à être contesté dans les années 1970 et 1980. Les premières publications remettant en cause l'impossibilité de retrouver une consommation contrôlée, stable et durable, après un traitement pour « alcoolisme », ont déclenché une avalanche de contestations et d'enquêtes, qui, bien que n'ayant pu démontrer d'erreur ou de fraude, ont néanmoins jeté le discrédit sur la possibilité de retour à une consommation contrôlée après le développement d'une dépendance[18]. Sans refaire ici tout l'historique, on peut dire que les données infirmant le postulat de l'abstinence comme seule issue positive et stable de la dépendance à l'alcool se sont lentement accumulées, sans que l'essentiel des communautés médicales, soignantes et scientifiques ne révisent le dogme central des principes thérapeutiques, en tout cas pas avant le 21^{ème} siècle[9, 19-22].

Finalement, après plusieurs décennies de controverse –controverse largement inaperçue en France[9] -, il existe un corpus d'essais cliniques montrant que, dans l'alcoolodépendance, les résultats des traitements orientés vers la réduction de la consommation ont une taille d'effet comparable à ceux des traitements orientés vers l'abstinence[8, 13, 23, 24]. Plus encore, il est maintenant montré que la maladie n'est pas systématiquement progressive et fatale, et qu'une proportion substantielle de personnes souffrant de troubles de l'usage d'alcool, y compris d'une dépendance, vont évoluer vers une rémission, avec ou sans traitement, et avec ou sans abstinence [25-27].

Parallèlement à la remise en cause de l'abstinence comme seule issue thérapeutique possible, il faut signaler le développement de l'approche thérapeutique centrée sur le patient, essentiellement représentée par l'Entretien Motivationnel, approche qui a eu un succès croissant depuis la première édition de l'ouvrage de référence en 1991[28, 29], plus tard en France, en attendant sa traduction[30]. Le DSM-5, paru en 2013, a adopté la

définition du trouble de l'usage d'alcool qui rassemble les manifestations d'abus et de dépendance du DSM-IV en une seule dimension pouvant prendre plusieurs niveaux de sévérité[31]. Cette définition introduit la notion d'un continuum, plus proche des réalités cliniques que l'approche strictement catégorielle qui prévalait jusque-là.

Alcool et santé

L'alcool est la cause d'une mortalité considérable, contribuant à 3,8% de la mortalité globale dans le monde [32]. L'organisation Mondiale de la Santé estime que l'usage nocif de l'alcool entraîne 2,5 millions de décès chaque année, en grande partie parmi les jeunes[5]. La consommation d'alcool est le troisième facteur de risque de maladie dans le monde[5]. L'alcool est à l'origine de problèmes très divers qui peuvent avoir des effets dévastateurs sur les individus et les familles et perturber gravement la vie des communautés [5, 33, 34]. L'usage nocif de l'alcool est l'un des quatre facteurs de risque de maladies non transmissibles les plus courants sur lesquels on peut agir et que l'on peut éviter[5]. Pourtant évitable, la consommation nocive d'alcool est un important facteur de risque de troubles neuropsychiatriques et d'autres maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, la cirrhose du foie et divers cancers[5, 35, 36]. L'usage nocif de l'alcool est aussi associé à plusieurs maladies infectieuses comme le VIH/sida, la tuberculose et la pneumonie. Les traumatismes intentionnels et non intentionnels, y compris ceux dus aux accidents de la circulation et à des actes de violence, ainsi que les suicides représentent une part importante de la charge de morbidité attribuable à l'usage nocif de l'alcool [33, 37]. Les accidents mortels imputables à l'alcool concernent le plus souvent des personnes relativement jeunes[5]. Le risque d'usage nocif de l'alcool varie en fonction de l'âge, du sexe et d'autres caractéristiques biologiques du consommateur et selon le contexte dans lequel la consommation d'alcool a lieu. Certains groupes et individus vulnérables ou à risque sont plus sensibles aux propriétés toxiques, psychoactives et addictogènes de l'alcool[5]. Il faut noter que, parmi toutes les drogues, licites ou illicites, il est estimé que l'alcool est celle qui induit le plus de dommages, notamment si on considère les dommages aux autres[34, 38].

La dernière édition du Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé [37] présente le profil de la consommation d'alcool dans les 194 États Membres de l'OMS, les répercussions de celle-ci sur la santé publique et les mesures prises dans ce domaine. Le profil de la France, tel qu'il y est rapporté, est présenté dans le tableau 1. La consommation d'alcool per capita dans la population de 15 ans et plus y est plus importante, chez l'homme comme chez la femme, que dans la moyenne de l'Europe. La prévalence de l'abstinence est de 2% sur la vie entière, et de 5,2% sur la dernière année. La prévalence de la consommation excessive au cours des 30 derniers jours est de 31% parmi les buveurs, et de 29,4% dans la population. Le score d'années de vies perdues attribuable à l'alcool est de 5, sur une échelle allant de 1 (faible) à 5 (élevé). La prévalence des troubles liés à l'usage de l'alcool est estimée à 5,5% (2,5% chez les femmes, 8,8% chez les hommes), plus faible que dans l'ensemble de l'Europe (7,5%). La prévalence de la dépendance à l'alcool est estimée à 2,9% (1,3% chez les femmes, 4,7% chez les hommes), également plus faible que dans l'ensemble de l'Europe (4%).

La figure 1 montre comment la France se situe en Europe en termes de mortalité attribuable à l'alcool, chez les femmes (8^{ème} rang) et les hommes (11^{ème} rang)[39]. Dans cette

publication, concernant la population française âgée de 15 à 64 ans en 2004, la mortalité liée à la consommation d'alcool était estimée à 15282 (2998 chez les femmes et 12084 chez les hommes), soit 13,6% de la mortalité globale dans cette tranche d'âge (8,7% chez les femmes et 15,8% chez les hommes). La part de cette mortalité liée à la consommation excessive (au moins 72 grammes d'alcool pur par jour en moyenne chez l'homme, 48 grammes par jour chez la femme) était estimée à 70,3% (60,5% chez les femmes et 72,7% chez les hommes). La part de cette mortalité liée à la dépendance à l'alcool était estimée à 61,6% (42,4% chez les femmes et 66,3% chez les hommes) [39]. Une autre publication, qui concerne cette fois toute la population française âgée de 15 ans et plus en 2009, estimait que 36500 décès étaient estimés attribuables à l'alcool chez les hommes (13% de la mortalité totale) et 12500 chez les femmes (5% de la mortalité totale)[40]. Ceci incluait 15000 décès par cancer, 12000 décès par maladie cardiovasculaire, 8000 par maladie digestive, 8000 par cause externe et 3000 par maladies mentales et troubles du comportement. Les fractions attribuables à l'alcool étaient estimées à 22% dans la population des 15-34 ans, 18% dans la population des 35-64 ans et de 7% dans celle des 65 ans et plus. Il était noté que l'alcool est nocif, même à la dose relativement modérée de 13 grammes par jour, qui causait 1100 décès annuels[40].

Bénéfices de la réduction de la consommation

La plupart des courbes associant la consommation d'alcool moyenne et le risque de maladies ou d'accidents montre une réponse monotone, avec un risque de morbidité et de mortalité plus important pour les consommations les plus élevées. La courbe la plus commune a la forme d'une exponentielle [36]. Il y a cependant des exceptions, notamment pour les pathologies cardiovasculaires[41] et le diabète[42], où on trouve une courbe en J, avec un risque de mortalité réduit pour les consommations faibles à modérées par rapport à l'abstinence. Mais dans l'ensemble, si on considère toutes les causes de mortalité, les effets nocifs de l'alcool dépassent largement ses bénéfices; une méta-analyse a montré une augmentation continue et exponentielle du risque de mortalité (toutes causes) à partir d'une consommation moyenne d'alcool de 10 grammes par jour, avec une accélération dans les niveaux de consommation les plus élevés [43]. Mais pour certaines maladies, comme le cancer, rien n'indique un effet de seuil dans la relation entre le risque et la quantité d'alcool consommée. Des études, certaines combinant des données agrégées, mais d'autres proposant des analyses au niveau individuel, ont montré que la réduction de la consommation d'alcool aboutit à une réduction du risque de mortalité [44]. Les bénéfices de la réduction de la consommation se traduisent, non seulement en terme de diminution de la morbidité et de mortalité, mais également en terme de qualité de vie : il existe une corrélation significative entre le niveau de réduction de la consommation et l'amélioration de la qualité de vie[45]. La relation entre le risque dépressif et le niveau de consommation d'alcool semble prendre, comme pour le risque coronarien, la forme d'une courbe en J, avec un risque dépressif minimal pour une consommation d'alcool de faible niveau [46].

La réduction des risques : une politique de santé publique

Dans un rapport publié en 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé une stratégie globale visant à réduire les dommages liés à la consommation nocive d'alcool[5].

La Stratégie mondiale propose de soutenir et de compléter les politiques de santé publique appliquées par les États Membres. L'idéal recherché est une amélioration des résultats sanitaires et sociaux pour les individus, les familles et les communautés, et surtout une diminution considérable de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'usage nocif de l'alcool et de leurs conséquences sociales. Le tableau 2 récapitule les principaux éléments de la stratégie de l'OMS dans 10 domaines : leadership, prise de conscience et engagement ; action des services de santé ; action communautaire ; politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant ; offre d'alcool ; marketing des boissons alcoolisées ; politiques de prix ; réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication ; réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel ; suivi et surveillance. L'évaluation de la politique de la France pour réduire les dommages liés à l'alcool est décrite tableau 1.

La réduction des risques : une alternative clinique aux modèles fondés sur l'abstinence

L'abstinence d'alcool peut être vécue comme stigmatisant dans la culture occidentale[47]. Le refus de l'abstinence est le premier obstacle limitant l'accès aux soins rapporté par les personnes souffrant de problèmes d'alcool [47-49]. Des enquêtes américaines auprès de personnes qui, bien qu'admettant souffrir d'un trouble de l'usage de l'alcool sévère, rejettent l'idée de recourir aux soins, ont montré que, dans plus de 40% des cas, le refus de s'engager dans l'abstinence est le premier obstacle aux soins[49]. Ainsi, moins de 10 % des personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool sont traités dans l'année[50]. Parmi ceux se présentant vers un centre de soins spécialisé, la moitié seulement accepte l'abstinence en première intention [51, 52]. Au bout du compte, de nombreuses personnes souffrant d'un mésusage sévère d'alcool ne sont pas pris en charge.

Pourtant, l'impact qu'aurait l'augmentation de la part des personnes souffrant de dépendance recevant un traitement a été modélisé pour la France [39] : une couverture, par un traitement pharmacologique, de 40% des personnes affectées, induirait une réduction de la mortalité liée à l'alcool de 1311 morts par an. C'est l'intervention la plus efficace pour obtenir une réduction importante de la mortalité. Viennent ensuite l'augmentation du recours aux interventions brèves dans les hôpitaux, et du recours à des interventions psychosociales de type interventions motivationnelles ou thérapies cognitivo-comportementales, qui produiraient également des bénéfices importants[39].

Finalement, les recommandations les plus récentes reconnaissent la possibilité d'intégrer la réduction de la consommation en plus de l'abstinence dans les objectifs de consommation des sujets dépendants de l'alcool [53-57]. En particulier, les recommandations européennes pour le développement de nouveaux médicaments dans la dépendance à l'alcool ont représenté un véritable tournant en 2010, en proposant deux objectifs alternatifs : 1) maintenir l'abstinence après sevrage ; 2) réduire les dommages sans passer par le sevrage chez les patients qui refuseraient de s'engager dans l'abstinence. Les critères de réduction des dommages sont basés sur les seuils de sévérité proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire : soit de limiter le nombre de jours avec excès (> 60 g d'alcool par jour chez les hommes et > 40g/j chez les femmes), soit de ramener les patients à un risque faible (<40 g/j chez les hommes ou < 20g/j chez les femmes), ou soit de

diminuer la consommation d'alcool de deux niveaux de risque. Ces seuils sont un peu différents de ceux recommandés en France (jusqu'à présent de 30 g/j pour l'homme et 20 g/j pour la femme) (Tableau 3). Une palette d'approches thérapeutiques fondées sur les principes de la réduction des risques sont aujourd'hui disponibles, qu'elles soient psychothérapeutiques [13, 57, 58] ou pharmacologiques [57, 59-61]. L'efficacité médico-économique des traitements psychosociaux et pharmacologiques visant la réduction de la consommation est bonne, avec un coût de l'année gagnée en bonne santé bien inférieur à ce qu'offrent beaucoup de traitements dans d'autres pathologies [62].

Les nouvelles recommandations de la Société Française d'Alcoologie[57] concernant les objectifs de consommation reconnaissent la possibilité d'offrir le choix de l'objectif au patient, même s'il a un diagnostic de dépendance à l'alcool. Il est important de noter que, pour la Société Française d'Alcoologie, « dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la réduction de la consommation est plus acceptable que le *statu quo*, et mérite d'être valorisée » (tableau 4).

Conclusion

Au terme de cette revue, on peut affirmer sans hésitation que la réduction des risques et des dommages est une voie qu'il faut résolument poursuivre, que ce soit sur le plan des politiques de santé publique ou sur le plan des principes de la prise en charge des patients souffrant d'un mésusage d'alcool, y compris chez ceux qui ont un mésusage sévère, notamment une dépendance à l'alcool. Concernant les soins, il faut avant tout déplorer le très faible niveau d'engagement dans les soins des personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool en France. Le refus ou le sentiment d'incapacité à s'engager dans l'abstinence est un obstacle majeur à l'engagement dans les soins. C'est pourquoi il faut espérer que la philosophie et les principes de la réduction des risques et des dommages soient mieux adoptés par les professionnels de santé, qui ont longtemps été formés à une approche confrontationnelle qui accompagnait une position dogmatique concernant l'impossibilité de suivre un patient dépendant de l'alcool dans une demande de contrôle ou de réduction de sa consommation. Les recommandations de bonne pratique sur le mésusage d'alcool de la Société Française d'Alcoologie, publiées en 2015, vont clairement dans le sens de la réduction des risques et des dommages, et devraient être largement diffusées chez les professionnels de santé [57]. Il a été montré que l'augmentation de la couverture thérapeutique des personnes alcoolodépendantes, notamment par des traitements pharmacologiques, mais également par des interventions brèves ou des interventions psychosociales, se traduirait par des bénéfices considérables en terme de réduction de mortalité [39].

Bien que l'expertise de l'auteur de ce rapport soit essentiellement clinique, et bien peu politique, il lui faut dire un mot sur les politiques de santé. Pour cela, il est sans doute utile de passer en revue les recommandations de politiques et d'interventions visant à réduire les risques et les dommages de l'OMS[5], exposées dans tableau 2. Il me semble que le cahier des charges concernant le premier domaine, sur le leadership, prise de conscience et engagement est assez bien rempli dans notre pays. Concernant les actions des services de santé, au-delà du changement de mentalité et de représentation des professionnels de santé que nous avons évoqué plus haut, et toujours en suivant les recommandations de

l'OMS, il faut sans doute renforcer considérablement le repérage et l'intervention auprès des femmes enceintes pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, qu'il faudra plus systématiquement dépister et prendre en charge. Je ne saurais me prononcer sur les domaines de l'action communautaire, des politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant, de l'offre d'alcool, de la réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication, de la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel, ou du suivi et de la surveillance. Il me semble toutefois que des progrès notables peuvent être faits concernant les domaines du marketing des boissons alcoolisées et de la politique de prix.

Références

1. Marlatt GA, Witkiewitz K: **Update on harm-reduction policy and intervention research.** *Annu Rev Clin Psychol* 2010, **6**:591-606.
2. Marlatt GA: **Basic principles and strategies of harm reduction.** In: *Harm reduction, pragmatic strategies for managing high-risk behaviors.* Edited by Marlatt GA. New York: Guilford Press; 1998: 69-121.
3. Single E: **Harm reduction as an alcohol-prevention strategy.** *Alcohol Health Res World* 1996, **20**:239-243.
4. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC: **Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol.** *Lancet* 2009, **373**(9682):2234-2246.
5. World-Health-Organization: **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol:** World Health Organization; 2010.
6. Casswell S, Thamarangsi T: **Reducing harm from alcohol: call to action.** *Lancet* 2009, **373**(9682):2247-2257.
7. Miller WR, Kurtz E: **Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused.** *J Stud Alcohol* 1994, **55**(2):159-166.
8. Willenbring ML: **The past and future of research on treatment of alcohol dependence.** *Alcohol Res Health* 2010, **33**(1-2):55-63.
9. Aubin HJ: **L'abstinence à tout prix ?** *Alcoologie et Addictologie* 2000, **4**:279-280.
10. Rush B: **An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: with an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them.** Boston: Published by James Loring; 1823.
11. HUSS M: **Alcoholismus chronicus, eller Chronisk Alkoholssjukdom; est bidrag till dyskrasiernas kännedom, etc;** 1849.
12. Jellinek EM: **The disease concept of alcoholism.** New Haven: Hillhouse Press; 1960.
13. Larimer ME, Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA, Blume AW, Hawkins EH: **Harm reduction for alcohol problems.** In: *Harm Reduction, Second Edition: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors.* Edited by Marlatt A, Larimer ME, Witkiewitz K. New York: Guilford Press; 2011: 62-105.
14. Société-Française-d'Alcoologie: **Recommandations de la SFA 2003 - Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque - Usage nocif.** *Alcoologie et Addictologie* 2003, **25**(4S):1S-92S.
15. **Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage** [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271905/modalites-de-laccompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage]

16. Société-Française-d'Alcoologie: **Conférence de consensus 1999 - Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.** *Alcoologie et Addictologie* 1999, **21**(2S):1S-220S
17. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ: **Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists.** *Alcohol Alcohol* 2011, **46**(5):586-591.
18. Edwards G: **A later follow-up of a classic case series: D. L. Davies's 1962 report and its significance for the present.** *J Stud Alcohol* 1985, **46**(3):181-190.
19. Polich JM: **Epidemiology of alcohol abuse in military and civilian populations.** *Am J Public Health* 1981, **71**(10):1125-1132.
20. Sobell MB, Sobell LC: **Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome.** *Behav Res Ther* 1973, **11**(4):599-618.
21. Sobell MB, Sobell LC: **Controlled drinking after 25 years : how important was the great debate ?** *Addiction* 1995, **90**:1149-1154.
22. Sobell MB, Sobell LC: **It is time for low-risk drinking goals to come out of the closet.** *Addiction* 2011, **106**(10):1715-1717.
23. Marlatt GA, Witkiewitz K: **Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment.** *Addict Behav* 2002, **27**(6):867-886.
24. Berglund KJ, Svensson I, Berggren U, Balldin J, Fahlke C: **Is There a Need for Congruent Treatment Goals Between Alcohol-Dependent Patients and Caregivers?** *Alcohol Clin Exp Res* 2016, **12**(10):13003.
25. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ: **Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002.** *Addiction* 2005, **100**(3):281-292.
26. Dawson DA, Li TK, Chou SP, Grant BF: **Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval.** *Alcohol Alcohol* 2009, **44**(1):84-92.
27. Sobell LC, Ellingstad TP, Sobell MB: **Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions.** *Addiction* 2000, **95**(5):749-764.
28. Miller WR, Rollnick S: **Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior:** Guilford Press; 1991.
29. Miller WR, Rollnick S: **Motivational interviewing: Preparing people for change. Second edition.** New York, NY: Guilford Press; 2002.
30. Miller WR, Rollnick S: **L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement:** InterEditions; 2013.
31. American-Psychiatric-Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®):** American Psychiatric Publishing; 2013.
32. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J: **Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders.** *Lancet* 2009, **373**(9682):2223-2233.
33. Caetano R, Cunradi C: **Alcohol dependence: a public health perspective.** *Addiction* 2002, **97**(6):633-645.
34. Nutt DJ, King LA, Phillips LD: **Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis.** *Lancet* 2010.
35. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, Leong DP, Dagenais G, Seron P, Rosengren A *et al*: **Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study.** *Lancet* 2015, **386**(10007):1945-1954.
36. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V *et al*: **The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview.** *Addiction* 2010.

37. World-Health-Organization: **Global Status Report on Alcohol and Health**: World Health Organization; 2014.
38. Reynaud M, Luquiens A, Aubin HJ, Talon C, Bourgain C: **Quantitative damage-benefit evaluation of drug effects: major discrepancies between the general population, users and experts**. *J Psychopharmacol* 2013, **27**(7):590-599.
39. Shield KD, Rehm J, Rehm MX, Gmel G, Aubin HJ: **Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Related Harms in France: Increasing Public Health by Increasing the Availability of Treatment for Alcohol Dependence**. *J Addict Res Ther* 2013, **S7**:005.
40. Guerin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C: **Alcohol-attributable mortality in France**. *Eur J Public Health* 2013.
41. Roerecke M, Rehm J: **The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis**. *Addiction* 2012.
42. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, Rehm J: **Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis**. *Diabetes Care* 2009, **32**(11):2123-2132.
43. Rehm J, Zatonksi W, Taylor B, Anderson P: **Epidemiology and alcohol policy in Europe**. *Addiction* 2011, **106** Suppl 1:11-19.
44. Rehm J, Roerecke M: **Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality**. *Alcohol Alcohol* 2013, **48**(4):509-513.
45. Francois C, Rahhali N, Chalem Y, Sorensen P, Luquiens A, Aubin HJ: **The Effects of as-Needed Nalmefene on Patient-Reported Outcomes and Quality of Life in Relation to a Reduction in Alcohol Consumption in Alcohol-Dependent Patients**. *Plos one* 2015, **10**(6):e0129289.
46. Rodgers B, Korten AE, Jorm AF, Christensen H, Henderson S, Jacomb PA: **Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers**. *Addiction* 2000, **95**(12):1833-1845.
47. **Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies., April 9, 2009. The NSDUH report: Alcohol Treatment: Need, utilization, and barriers**. Rockville, MD [<http://www.samhsa.gov/data/2k9/AlcTX/AlcTX.htm>]
48. Chartier KG, Miller K, Harris TR, Caetano R: **A 10-year study of factors associated with alcohol treatment use and non-use in a U.S. population sample**. *Drug Alcohol Depend* 2016, **16**(16):00029-00026.
49. SAMHSA: **Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**. In. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 204.
50. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: **The treatment gap in mental health care**. *Bull World Health Organ* 2004, **82**(11):858-866.
51. Adamson SJ, Sellman JD: **Drinking goal selection and treatment outcome in outpatients with mild-moderate alcohol dependence**. *Drug and alcohol Review* 2001, **20**(4):351-359.
52. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R: **Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics**. *Addict Behav* 1997, **22**(2):247-255.
53. **Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence** [http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/03/WC500074898.pdf]
54. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (ed.): **Helping Patients Who Drink Too Much. A Clinician's Guide**. Washington, DC.: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services,; 2005.

55. National-Collaborating-Centre-for-Mental-Health-(UK): **Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence.(NICE Clinical Guidelines, No. 115.)**. In. Leicester (UK): British Psychological Society;; 2011.
56. REHM J, REHM M, ALHO H, ALLAMANI A, AUBIN H, BUHRINGER G, DAEPPEN J, FRICK U, GUAL A, HEATHER N: **Alcohol dependence treatment in the EU: A literature search and expert consultation about the availability and use of guidelines in all EU countries plus Iceland, Norway, and Switzerland**. *The International Journal of Alcohol and Drug Research* 2013, **2**(2):53 - 67.
57. Société-Française-d'Alcoologie: **Recommandation de bonne pratique - Mésusages de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement**. *Alcoologie et Addictologie* 2015, **37**(1):5-84.
58. Tatarsky A: **Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems**: Jason Aronson, Incorporated; 2007.
59. Aubin HJ, Luquiens A, Benyamina A: **Approches pharmacologiques du trouble de l'usage d'alcool**. *Alcoologie et Addictologie* 2015, **37**(3):205-211.
60. Aubin HJ, Daeppen JB: **Emerging pharmacotherapies for alcohol dependence: a systematic review focusing on reduction in consumption**. *Drug Alcohol Depend* 2013, **133**(1):15-29.
61. Rolland B, Paille F, Gillet C, Rigaud A, Moirand R, Dano C, Dematteis M, Mann K, Aubin HJ: **Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies**. *CNS Neurosci Ther* 2016, **22**(1):25-37.
62. Laramée P, Brodtkorb TH, Rahhali N, Knight C, Barbosa C, Francois C, Toumi M, Daeppen JB, Rehm J: **The cost-effectiveness and public health benefit of nalmefene added to psychosocial support for the reduction of alcohol consumption in alcohol-dependent patients with high/very high drinking risk levels: a Markov model**. *BMJ Open* 2014, **4**(9):e005376.
63. World-Health-Organisation: **International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm**. In. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf; 2000.

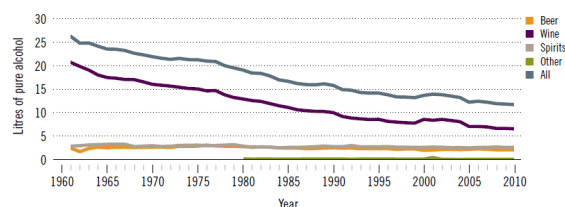
Tableau 1 France

Total population: 63 231 000 ➤ Population aged 15 years and older (15+): 82% ➤ Population in urban areas: 85% ➤ Income group (World Bank): High income

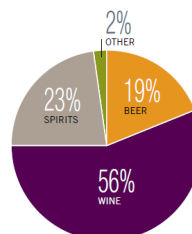
ALCOHOL CONSUMPTION: LEVELS AND PATTERNS

Recorded alcohol per capita (15+) consumption, 1961–2010

Data refer to litres of pure alcohol per capita (15+).



Recorded alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) by type of alcoholic beverage, 2010



Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	Average 2003–2005	Average 2008–2010	Change
Recorded	13.0	11.8	➔
Unrecorded	0.4	0.4	➔
Total	13.4	12.2	➔
Total males / females		17.8 / 7.1	
WHO European Region	11.9	10.9	

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010

Males (15+)	18.4
Females (15+)	7.7
Both sexes (15+)	12.9

Abstainers (%), 2010

	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	0.9	3.0	2.0
Former drinkers* (15+)	2.6	3.7	3.2
Abstainers (15+), past 12 months	3.5	6.7	5.2

*Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010

	Population	Drinkers only
Males (15+)	42.2	43.7
Females (15+)	17.7	19.0
Both sexes (15+)	29.4	31.0

*Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Patterns of drinking score, 2010

LEAST RISKY < 1 2 3 4 5 > MOST RISKY

HEALTH CONSEQUENCES: MORTALITY AND MORBIDITY

Age-standardized death rates (ASDR) and alcohol-attributable fractions (AAF), 2012

	ASDR*		AAF (%)	
	16.4	5.2	73.1	71.9
Liver cirrhosis, males / females				
Road traffic accidents, males / females	11.9	2.7	18.9	7.4

*Per 100 000 population (15+).

Prevalence of alcohol use disorders and alcohol dependence (%), 2010*

	Alcohol use disorders**	Alcohol dependence
Males	8.8	4.7
Females	2.5	1.3
Both sexes	5.5	2.9
WHO European Region	7.5	4.0

*12-month prevalence estimates (15+).

**Including alcohol dependence and harmful use of alcohol.

Years of life lost (YLL) score*, 2012

LEAST < 1 2 3 4 5 > MOST

*Based on alcohol-attributable years of life lost.

POLICIES AND INTERVENTIONS

Written national policy (adopted/revised) / National action plan	Yes (2008/—) / No
Excise tax on beer / wine / spirits	Yes / Yes / Yes
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
Restrictions for on-/off-premise sales of alcoholic beverages: Hours, days / places, density Specific events / intoxicated persons / petrol stations	No, No / Yes, Yes Yes / Yes / Yes

National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle (general / young / professional), in %	0.05 / 0.05 / 0.05 (0.02 public transport)
Legally binding regulations on alcohol advertising / product placement	Yes / Yes
Legally binding regulations on alcohol sponsorship / sales promotion	Yes / Yes
Legally required health warning labels on alcohol advertisements / containers	Yes / Yes
National government support for community action	Yes
National monitoring system(s)	Yes

210

Tableau 2

Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (Organisation Mondiale de la Santé)[5]

Les politiques et interventions dont se composera l'action nationale sont réparties en 10 domaines d'action recommandés, qui doivent être considérés comme complémentaires et se renforçant mutuellement.

Domaines	Politiques et interventions
1. leadership, prise de conscience et engagement	<ul style="list-style-type: none"> • mettre au point des stratégies, des plans d'action et des activités nationaux et infranationaux exhaustifs pour réduire l'usage nocif de l'alcool, ou à renforcer ceux qui existent déjà ; • créer ou désigner une institution ou un organisme principal, selon le cas, chargé de donner suite aux politiques, stratégies et plans adoptés au niveau national ; • coordonner les stratégies portant sur l'alcool avec l'action menée dans d'autres secteurs concernés, notamment à assurer la coopération entre les instances gouvernementales de différents niveaux, et avec d'autres stratégies et plans du secteur de la santé en rapport avec elles ; • rendre l'information largement accessible et à mettre en place des programmes efficaces d'éducation et de sensibilisation à tous les niveaux de la société portant sur l'ensemble des méfaits de l'alcool constatés dans le pays, sur l'existence de mesures de prévention efficaces et sur l'intérêt qu'elles présentent ; • sensibiliser aux conséquences néfastes de la consommation d'alcool pour les autres et parmi les groupes vulnérables, à éviter la stigmatisation et à dissuader activement d'exercer une discrimination à l'encontre des groupes et des individus affectés.
2. action des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • augmenter la capacité des systèmes de santé et de protection sociale à assurer la prévention, le traitement et la prise en charge des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, y compris à aider les familles affectées, à leur offrir un traitement et à soutenir les activités et les programmes d'entraide ou d'auto-assistance ; • soutenir les initiatives de dépistage de la consommation d'alcool dangereuse et nocive et les interventions de courte durée pour y remédier dans le cadre des soins de santé primaires et ailleurs ; ces initiatives doivent comprendre notamment le dépistage précoce et la prise en charge de la consommation nocive chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer ; • développer les moyens de prévenir et de dépister le syndrome d'alcoolisation foetale et toute une série de troubles associés, et d'appliquer des interventions à l'intention des individus et des familles qui en souffrent ; • élaborer des stratégies et des services intégrés et/ou couplés de prévention, de traitement et de prise en charge des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, y compris les toxicomanies, la dépression, le suicide, le VIH/sida et la tuberculose, et à bien les coordonner ; • garantir l'accès universel à la santé, notamment en rendant les

	<p>services de traitement plus largement disponibles, plus accessibles et plus abordables pour les groupes défavorisés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • instaurer un système d'enregistrement et de suivi de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'alcool, qui comprenne des mécanismes de notification régulière, et à en assurer le bon fonctionnement ; • assurer des services sanitaires et sociaux culturellement adaptés, le cas échéant.
<p>3. action communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • favoriser les évaluations rapides afin de mettre en lumière les lacunes et les domaines où intervenir en priorité au niveau communautaire ; • contribuer à mieux faire prendre conscience des méfaits de l'alcool au niveau local et à promouvoir une action appropriée, efficace et rentable pour parer aux facteurs d'usage nocif de l'alcool et aux problèmes connexes ; • renforcer les moyens qu'ont les autorités locales d'encourager et de coordonner une action communautaire concertée pour favoriser et promouvoir l'élaboration de politiques municipales visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, ainsi que leurs moyens de développer les partenariats et les réseaux d'institutions communautaires et d'organisations non gouvernementales ; • fournir des informations sur les interventions communautaires efficaces et à renforcer les moyens disponibles au niveau communautaire pour les mettre en oeuvre ; • mobiliser les communautés contre la vente d'alcool aux personnes n'ayant pas l'âge minimum légal et contre sa consommation par elles, et à les mobiliser pour créer des espaces sans alcool ou favoriser leur création, surtout pour les jeunes et les autres groupes à risque ; • fournir des soins et un soutien communautaires aux personnes affectées et à leur famille ; • concevoir des programmes et des politiques destinés à des sous-populations particulièrement exposées comme les jeunes, les chômeurs et les peuples autochtones, portant sur des questions spécifiques comme la production et la distribution illicites de boissons alcoolisées ou leur production et leur distribution par le secteur informel et prévoyant des événements tels que manifestations sportives et festivals.
<p>4. politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fixer et à faire respecter une concentration maximale d'alcool dans le sang, l'alcoolémie autorisée devant être plus réduite pour les conducteurs professionnels et pour les jeunes conducteurs ou conducteurs débutants ; • encourager la mise en place de points de contrôle de l'alcoolémie et la réalisation d'alcotests aléatoires ; • prévoir la suspension du permis de conduire ; • instaurer l'acquisition progressive du permis pour les conducteurs débutants, avec tolérance zéro de l'alcool au volant ; • utiliser des coupe-circuit, dans des contextes particuliers et si cela est faisable économiquement, pour réduire les incidents dus à la conduite en état d'ivresse ; • mettre en place des programmes obligatoires d'éducation, de

	<p>conseil et, au besoin, de traitement ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • encourager la mise en place d'autres moyens de transport, y compris de services de transports publics jusqu'à la fermeture des débits de boisson ; • mener des campagnes de sensibilisation et d'information pour rallier l'opinion publique aux politiques et amplifier leur effet dissuasif ; • mener des campagnes médiatiques intenses, soigneusement conçues et bien exécutées visant des circonstances particulières comme la période des vacances, ou un public donné comme les jeunes.
<p>5. offre d'alcool</p>	<ul style="list-style-type: none"> • à instaurer, faire fonctionner et appliquer un système approprié de réglementation de la production, de la vente en gros de boissons alcoolisées et de la vente de boissons alcoolisées à consommer sur place qui impose des limites raisonnables à la distribution d'alcool et au fonctionnement des débits de boisson et conformes aux normes culturelles, par les mesures facultatives suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ instaurer, au besoin, un système de licences pour la vente au détail ou des monopoles d'État qui privilégient la santé publique ; ○ réglementer le nombre et l'emplacement des points de vente où l'on consomme sur place ou en dehors des locaux ; ○ réglementer les jours et les heures de vente au détail ; ○ réglementer les modes de vente au détail ; ○ réglementer la vente au détail dans certains lieux ou pendant certains événements ; • fixer un âge minimum légal approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées et à prendre d'autres mesures empêchant de vendre des boissons alcoolisées aux adolescents et ceux-ci d'en consommer ; • adopter des mesures contre la vente aux personnes en état d'ivresse ou n'ayant pas l'âge minimum légal et à envisager d'instaurer des dispositifs engageant la responsabilité des vendeurs et des serveurs conformément à la législation nationale ; • mettre en place des mesures relatives à la consommation d'alcool dans les lieux publics ou dans les services publics officiels et dans l'exercice de fonctions publiques officielles ; • adopter des politiques pour réduire et éliminer la production, la vente et la distribution illicites de boissons alcoolisées et à réglementer ou contrôler l'alcool produit par le secteur informel.
<p>6. marketing des boissons alcoolisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • instaurer un ou plusieurs cadres réglementaires, reposant de préférence sur une base législative et assortis s'il y a lieu de mesures d'autorégulation, pour le marketing de l'alcool, en : <ul style="list-style-type: none"> ○ réglementant le contenu et le volume du marketing ; ○ réglementant le marketing direct ou indirect dans certains médias ou dans tous les médias ; ○ réglementant les activités de parrainage qui font la promotion de boissons alcoolisées ; ○ restreignant ou interdisant la promotion en rapport avec des activités qui visent les jeunes ; ○ réglementant les nouvelles techniques de marketing de

	<p>l'alcool, par exemple les médias sociaux ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire en sorte que des organismes publics ou indépendants instaurent des systèmes efficaces de surveillance du marketing des produits alcoolisés ; • mettre en place des systèmes administratifs efficaces qui dissuadent de contrevenir aux restrictions en matière de marketing.
7. politiques de prix	<ul style="list-style-type: none"> • instaurer un système national d'imposition spécifique pour l'alcool, assorti d'un système de répression efficace, qui peut tenir compte, le cas échéant, de la teneur en alcool des boissons ; • revoir régulièrement les prix par rapport au taux d'inflation et aux revenus ; • interdire ou limiter les promotions directes et indirectes sur les prix, les rabais, la vente à un prix inférieur au prix de revient et les tarifs forfaitaires pour consommation illimitée ou les autres types de vente au volume ; • fixer, s'il y a lieu, un prix minimum pour l'alcool ; • mettre en place des mesures d'incitation par les prix à consommer des boissons non alcoolisées ; • réduire ou supprimer les subventions aux acteurs économiques du secteur de l'alcool.
8. réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication	<ul style="list-style-type: none"> • réglementer le contexte dans lequel l'alcool est consommé afin d'éviter le plus possible les actes de violence et les comportements perturbateurs, notamment en servant l'alcool dans des récipients en plastique ou en verre sécurisé et en gérant les questions liées à l'alcool lors des grandes manifestations publiques ; • appliquer des lois interdisant de servir de l'alcool jusqu'à causer l'ébriété et, en cas de préjudice causé par l'ébriété, à engager la responsabilité légale de ceux qui servent de l'alcool ; • adopter des politiques de gestion qui incitent les débits de boisson à servir les clients de façon responsable et à enseigner au personnel travaillant dans les secteurs concernés à prévenir l'ébriété, repérer les buveurs en état d'ébriété et adopter la bonne conduite face aux buveurs ivres et agressifs ; • réduire la teneur en alcool de différentes catégories de boissons ; • offrir des soins ou un abri aux personnes dans un état d'ébriété grave ; • informer le consommateur des méfaits de l'alcool et à les indiquer sur l'étiquette des boissons alcoolisées.
9. réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel	<ul style="list-style-type: none"> • assurer un contrôle de la qualité aux stades de la production et de la distribution des boissons alcoolisées ; • réglementer la vente d'alcool produit par le secteur informel et à l'intégrer dans le système de taxation ; • instaurer un système efficace de contrôle et de répression, y compris un système de timbres fiscaux ; • mettre en place des systèmes de traçabilité et de suivi de l'alcool illicite, ou à renforcer ceux qui existent ; • assurer la coopération et l'échange d'informations nécessaires entre les autorités aux niveaux national et international pour lutter contre l'alcool illicite ;

	<ul style="list-style-type: none"> publier des mises en garde contre les contaminants et autres dangers pour la santé que présente l'alcool illicite ou produit par le secteur informel.
10. suivi et surveillance	<ul style="list-style-type: none"> mettre en place des cadres efficaces de suivi et de surveillance, y compris des enquêtes nationales périodiques sur la consommation d'alcool et les méfaits de l'alcool ainsi qu'un plan d'échange et de diffusion des informations ; créer ou désigner une institution ou un autre organisme chargé de recueillir, de compiler, d'analyser et de diffuser les données, y compris de publier des rapports nationaux ; définir un ensemble commun d'indicateurs concernant l'usage nocif de l'alcool ainsi que les politiques et interventions appliquées pour le prévenir et le réduire, et à suivre l'évolution de ces indicateurs ; archiver les données au niveau des pays selon des indicateurs convenus sur le plan international et à communiquer des données sous la forme convenue à l'OMS et aux autres organisations internationales concernées ; mettre en place des mécanismes d'évaluation utilisant les données recueillies pour déterminer l'impact des politiques, des interventions et des programmes appliqués dans le but de réduire l'usage nocif de l'alcool.

Tableau 3

Niveaux de risque de consommation selon l'OMS

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la consommation d'alcool peut être catégorisée en différents niveaux de risque pour la santé [53, 57, 63]

Critères de l'OMS pour les risques aigus liés à une consommation un jour donné

	Consommation totale (g/j)	
	Hommes	Femmes
Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Elevé	> 60 à 100	> 40 à 60
Très élevé	> 100	> 60

Critères de l'OMS pour les risques chroniques liés à une consommation habituelle

	Consommation totale (g/j)	
	Hommes	Femmes

Faible	1 à 40	1 à 20
Modéré	> 40 à 60	> 20 à 40
Elevé	> 60	> 40

Définition des seuils de risque en France

L'unité de mesure servant à définir les seuils de risque en France sont les verres-standard. Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes, correspondant approximativement à 10 cl de vin, à 25 cl de bière à 5 % vol, ou à 3 cl d'alcool à 40 % vol.

Les seuils retenus sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne)
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

Tableau 4

Recommandations de la Société Française d'Alcoologie[57] concernant les objectifs de consommation dans le mésusage d'alcool

1. L'intervention thérapeutique vise un changement de la consommation d'alcool : l'abstinence ou la réduction de la consommation modérée (AE).
2. Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet (GRADE B).
3. L'abstinence est l'objectif de consommation le plus sûr pour la plupart des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, et pour celles ayant un mésusage de l'alcool associé à une comorbidité physique ou psychiatrique significative (par exemple une dépression ou une maladie du foie liée à l'alcool) (AE). Si elles ne souhaitent pas s'engager vers l'abstinence, il faut envisager un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages (AE).
4. Pour les sujets avec une consommation nocive ou une dépendance peu sévère, sans comorbidité significative, et si le soutien social est adéquat, il faut envisager l'objectif de réduction de la consommation, à moins qu'ils ne préfèrent l'abstinence ou qu'il y ait d'autres raisons de recommander l'abstinence (AE).
5. L'objectif de réduction de la consommation devrait idéalement viser à ne pas dépasser 21 verres-standard par semaine chez l'homme et 14 verres-standard par semaine chez la femme (AE).
6. Cependant, toute réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, comme de la proportion de jours de consommation excessive, est susceptible d'apporter un bénéfice substantiel au sujet (GRADE A). Ainsi, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la réduction de la consommation est plus acceptable que le *statu quo*, et mérite d'être valorisée. Certains patients n'arrivant à progresser que par étapes, le professionnel de santé est alors amené à adapter les cibles de réduction en fonction des ressources susceptibles d'être mises en œuvre.

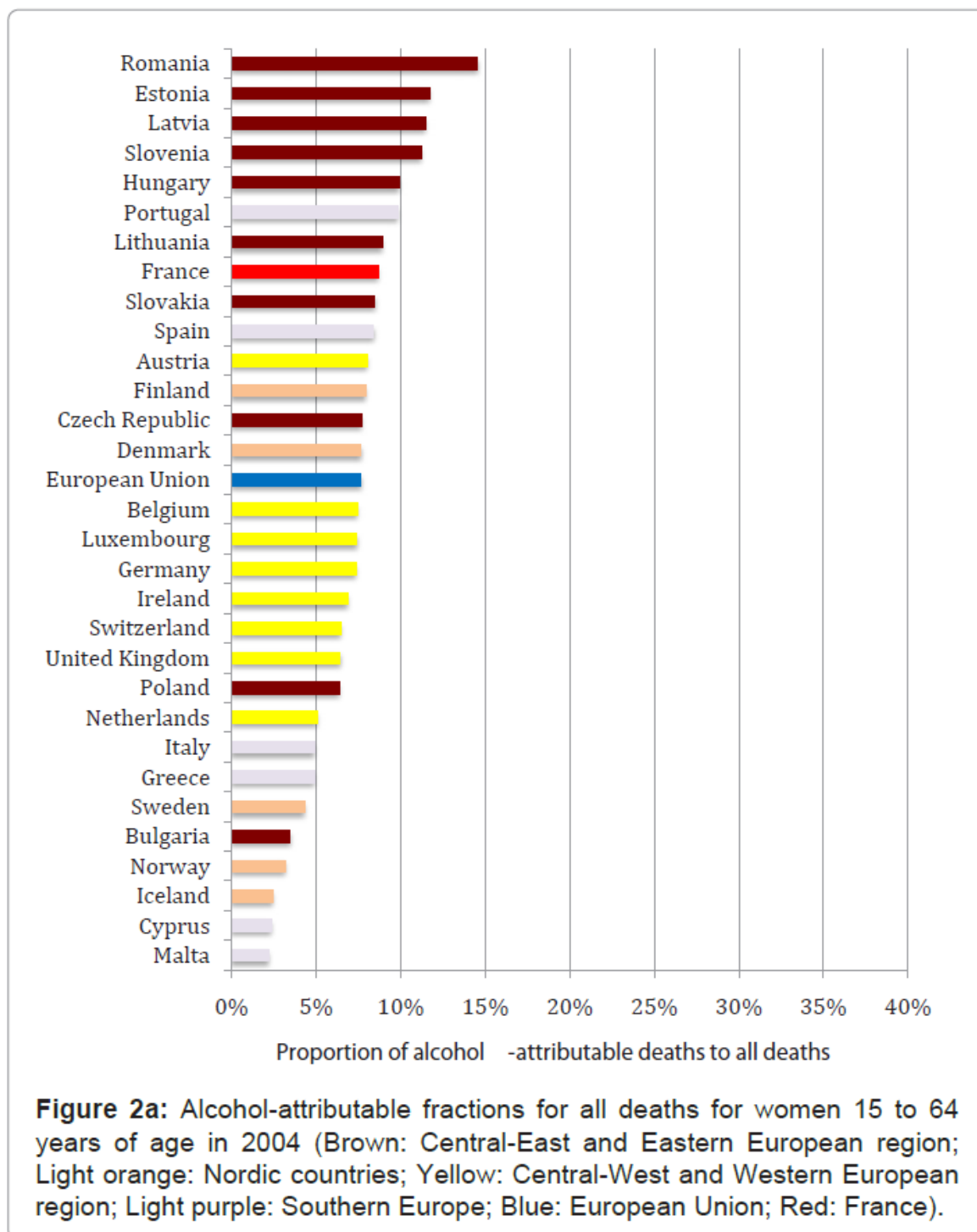
AE : Avis d'expert

Grade A : preuve scientifique établie

Grade B : présomption scientifique

Figure 1

Situation de la France par rapport aux autres pays d'Europe en termes de mortalité attribuable à l'alcool, chez les femmes et chez les hommes[39]



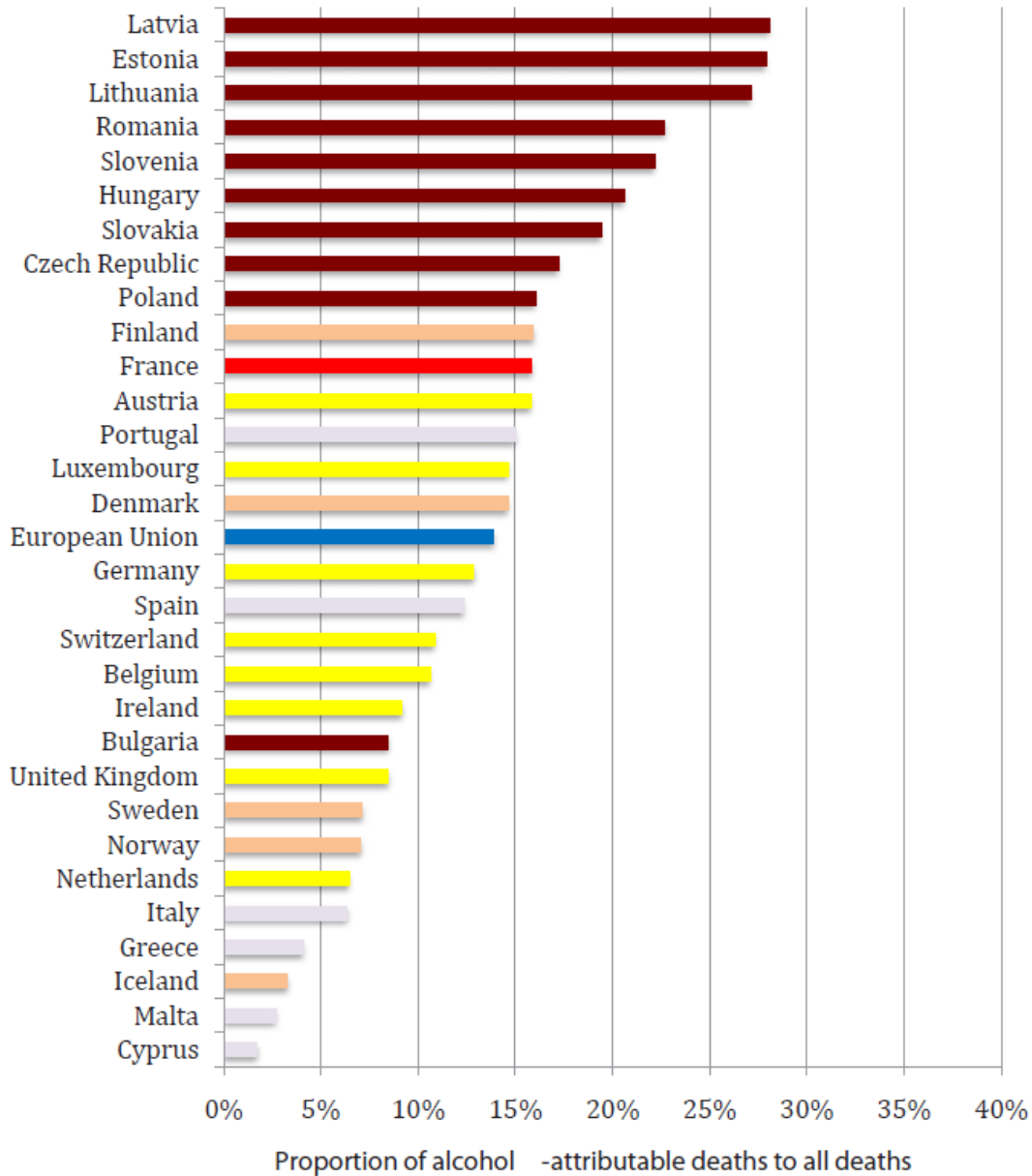


Figure 2b: Alcohol-attributable fractions for all deaths for men 15 to 64 years of age in 2004 (Brown: Central-East and Eastern European region; Light orange: Nordic countries; Yellow: Central-West and Western European region; Light purple: Southern Europe; Blue: European Union; Red: France).