

**L'ENCEPHALE**  
REVUE DE PSYCHIATRIE CLINIQUE BIOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE  
Nouvelle série - Volume 40 - Fascicule 2 - Avril 2014  
afpbn

**SOMMAIRE**

<b>EDITORIAL</b>	<b>97</b>
Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? M.A. Vieheven	
<b>MÉMOIRES ORIGINAUX</b>	<b>100</b>
Le plaisir - conception neurobiologique et conception freudienne A. Chénard, J.-P. Tassin	100
Effets cellulaires et moléculaires de l'hyperforine, un antidépresseur végétal : revue de la littérature A. Bourin et E. Lorrain	108
Validation française de l'échelle psychométrique ASEX d'évaluation des troubles sexuels dans la dépression M. Bink, E. Haffan, J. Monnin, G. Tho, M. Mosler, D. Selter et P. Vandel	114
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>123</b>
Étude des propriétés psychométriques de l'échelle CES-D sur un échantillon d'adolescents francophones scolarisés A. Boulaud, J.-M. Guathier et M. Ben	123
<b>ÉPIDÉMIOLOGIE</b>	<b>129</b>
Messages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie F. Lemaire	129
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>	<b>136</b>
Impact significatif auprès des conseillers à l'emploi d'une action de sensibilisation à la santé mentale et de désigmatisation incluant des usagers-formateurs E. Jouet, M. Michonville, S. Favelet, P. Lesche et T. Gracian	136
<b>PSYCHIATRIE DE L'ENFANT</b>	<b>143</b>
Prise en charge du trouble bipolaire de type 1 chez l'enfant et l'adolescent L. Lemeroux, K. Benarous, Y. Béhar, A. Costantini et D. Cohen	143
<b>PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE</b>	<b>154</b>
Étiopathogénie des délires de grossesse à partir d'une revue de la littérature : rôle de l'hyperprolactinémie et application de la théorie de l'inférence abductive F. Levy, S. Mouchabbar et C.S. Perret	154
<b>NEUROPSYCHOLOGIE</b>	<b>160</b>
L'atténuation mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif : nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques G. Martínez, S. Cool-Dizkens, P. Chaste, M.-C. Mounier et C. Doyen	160
<b>PSYCHOPATHOLOGIE</b>	<b>168</b>
Une approche clinico-phénoménologique des dépressions résistantes A. Lissou, D. Cozma et L. Argenti	168
Quel cadre nosographique pour le bronchage excessif ? A. Petit, L. Karila et M. Lévy	174
<b>PSYCHOGERIATRIE</b>	<b>180</b>
Conscience des troubles dans la maladie d'Alzheimer et le mild cognitive impairment J.-P. Jacus, M.-P. Dupont, Y. Héradet, C. Pelis, H. Lange et M. Baud	180
<b>THERAPEUTIQUE</b>	<b>188</b>
Efficacité des traitements pharmacologiques dans les troubles envahissants du développement : une revue de la littérature L. Béthère, G. Quilis, A. Rosier, P. Gerardin, D. Campion et G. Guille	188
<b>CAS CLINIQUE</b>	<b>197</b>
Trouble factice et dermatillomanie : approche clinique. À propos d'un cas M. Hâk, M. Baroni, M. Kettani, J. Ramozou et R. Alouane	197

Pré-publication sur [www.encephale.com](http://www.encephale.com)

72282

- A. van Effenterre, Espaths auprès des PU-FH sur la formation en psychiatrie en France.
- G. Durand, Estime de soi, coping, soutien social perçu et dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte.

ELSEVIER MASSON

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

## ÉPIDÉMIOLOGIE

# Mésusages d'alcool : les signaux d'alarme de l'épidémiologie



## *Epidemiologic warnings from studies on alcohol use disorders*

F. Limosin <sup>a,\*,b,c</sup>

<sup>a</sup> Service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, hôpital Corentin-Celton, groupe hospitalier – hôpitaux universitaires Paris-Ouest, Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP), 4, parvis Corentin-Celton, 92130 Issy-les-Moulineaux, France

<sup>b</sup> Sorbonne Paris-Cité, université Paris Descartes, 75006 Paris, France

<sup>c</sup> Inserm, U894, centre de psychiatrie et neurosciences, 75014 Paris, France

Reçu le 20 décembre 2013 ; accepté le 14 février 2014

Disponible sur Internet le 14 mars 2014

**MOTS CLÉS**

Alcool ;  
Consommation à  
risque ;  
Dépendance ;  
Conséquences  
sociales ;  
Morbi-mortalité

**Résumé** Les troubles liés à la consommation d'alcool, ou usages nocifs d'alcool, dont la dépendance, représentent un enjeu prioritaire de santé publique, tant par leur fréquence que par la sévérité des dommages induits, qu'ils soient sanitaires ou sociaux, et qu'ils concernent le sujet ou son entourage. Ainsi, en France, on estime que 15 % de la population adulte présente une consommation d'alcool excessive, soit nocive, soit « à risque », c'est-à-dire susceptible d'induire des pathologies ou des conséquences sociales si les modalités de consommation perdurent. L'impact économique est également majeur, les troubles liés à la consommation d'alcool étant à l'origine du coût le plus important parmi l'ensemble des troubles psychiatriques et du système nerveux central, soit en 2010 en Europe, un total de 155 milliards d'euros. Au-delà des conséquences délétères immédiates, survenant lors des intoxications aiguës, l'alcool est la cause directe de plus de 30 maladies organiques et représente la 8<sup>e</sup> cause de mortalité au niveau mondial et la 2<sup>e</sup> cause de mort évitable, juste après le tabac. Malgré l'ampleur et la gravité de ces conséquences, on constate encore aujourd'hui que moins de 10 % des sujets présentant un usage nocif d'alcool accèdent à des soins spécialisés, ce qui en fait le trouble le moins pris en charge parmi l'ensemble des pathologies psychiatriques. Dans un tel contexte, adapter l'offre de soins et les objectifs thérapeutiques pourraient permettre de faire bénéficier de soins adaptés à un nombre plus important de patients.

© L'Encéphale, Paris, 2014.

\* Correspondance.

Adresse e-mail : [frederic.limosin@ccl.aphp.fr](mailto:frederic.limosin@ccl.aphp.fr)

**KEYWORDS**

Alcohol drinking;  
Alcohol-induced  
disorders;  
Alcohol dependence;  
Social problems;  
Morbidity;  
Mortality

**Summary** The highest consumption levels of alcohol are found in the developed world, mostly the Northern Hemisphere. After a slight decrease at the beginning of the 1990s, alcohol use in the European Region increased with an average adult per capita consumption amounting to 12.5 litres of pure alcohol per capita for the year 2009. In France, adult consumption was 12.7 litres of pure alcohol per capita for the year 2009, and it is estimated that 1.5 to 2 million of adults are alcohol-dependent (4–5% of the adult population) and 5 million are excessive drinkers. The harmful use of alcohol is one of the world's leading health risks. Alcohol is the direct cause of more than 30 diseases and a causal factor in more than 60 major types of diseases and injuries, resulting in approximately 2.5 million deaths each year. Approximately 4% of all deaths worldwide and 4.5% (7.4% for men and 1.4% for women) of the global burden of disease and injury are attributable to alcohol. In 2004 in the EU, 15.2% of all disability-adjusted life years (DALYs) in men and 3.9% of all DALYs in women were lost due to alcohol. While the impact of alcohol consumption and dependence on mortality and disease is substantial, there are also many psychosocial consequences, including violence, family problems, child neglect and abuse, absenteeism and lost productivity in the workplace. This means that alcohol consumption and dependence have sizable impacts on many people other than the drinker. These effects add up to a staggering number of alcohol-attributable social costs, which can be estimated at €155.8 billion a year in Europe. Despite all these consequences, many individuals with alcohol use disorders remain untreated although effective treatments exist. From 37 community-based psychiatric epidemiology studies that used standardized diagnostic instruments and included data on the percentage of individuals receiving care for alcohol abuse or dependence, the median rate of untreated cases of these disorders was calculated across the studies. Alcohol abuse and dependence had the widest treatment gap at 78.1% worldwide, and 92% in Europe. In this context, healthcare systems must adapt to meet the needs of patients who currently do not receive specialized care.

© L'Encéphale, Paris, 2014.

## Introduction

Au-delà de l'alcoolodépendance, dont le diagnostic repose sur un ensemble de critères psychologiques et comportementaux, les autres troubles liés à la consommation d'alcool (abus, mésusage, *binge drinking*...) concernent un nombre important de sujets et constituent de fait un enjeu prioritaire de santé publique. L'impact des dommages induits par l'usage nocif d'alcool est en effet majeur, qu'il s'agisse des conséquences immédiates ou à plus long terme, somatiques ou sociales, et qu'elles touchent le patient ou son entourage proche, représentant au final un coût important pour la société. Dans ce contexte, cet article se propose de dresser un état des lieux en présentant les données épidémiologiques les plus récentes sur la prévalence de ces troubles, sur leur impact en termes de morbi-mortalité, ainsi que sur le manque d'accès aux soins adaptés et le bénéfice à attendre, au niveau individuel, d'une diminution de la consommation.

## Données de prévalence

Au niveau mondial, l'Europe se distingue par la plus forte proportion de consommateurs et le plus haut niveau de consommation d'alcool [1], soit en moyenne, en 2009, 12,5 litres d'alcool pur par habitant et par an [2], et près de 55 millions d'adultes, soit 15% de la population adulte, ont une consommation d'alcool excessive, soit nocive (entraînant des dommages pour la santé, qu'ils soient physiques, mentaux ou sociaux), soit dite « à risque » (susceptible

d'induire des pathologies ou des conséquences sociales si ces habitudes perdurent). À titre de comparaison, en Amérique du Nord, la consommation moyenne est inférieure à 10 litres d'alcool pur par habitant et par an [2]. Parmi les pays européens, et malgré une baisse, depuis les années 1960, de la consommation (principalement de vin) [3], la France fait partie du peloton de tête, avec une consommation moyenne de 12,7 litres d'alcool pur par habitant et par an, les pays les plus consommateurs étant la République tchèque, la Roumanie et la Slovénie [2,4]. En termes diagnostiques, on estime qu'il y a entre 1,5 et 2 millions de sujets alcoolodépendants en France (soit 4 à 5% des adultes) et 5 millions de buveurs excessifs [2].

À l'échelon individuel, le niveau de consommation constitue un indicateur de risque de développer une alcoolodépendance, le risque relatif augmentant de manière linéaire avec le nombre de verres bus par jour [5]. L'Organisation mondiale de la santé a ainsi établi 4 niveaux de risque (de faible à très élevé) en fonction de la consommation totale quotidienne en grammes d'alcool pur, et de façon distincte chez l'homme et la femme (Tableau 1) [6]. Un autre indicateur pertinent, susceptible de renseigner et de suivre l'évolution d'un mésusage, est le nombre de jours de forte consommation, soit plus de 60 g d'alcool pur par jour chez l'homme et plus de 40 g chez la femme.

## Quel impact sanitaire et social ?

À côté des complications somatiques directement induites et/ou favorisées par l'alcool, sa consommation, lorsqu'elle

**Tableau 1** Niveaux de risque en fonction de la consommation totale quotidienne en grammes d'alcool pur.

Niveau de risque	Consommation totale d'alcool (g/j)	
	Homme	Femme
Risque faible	1 à 40	1 à 20
Risque modéré	41 à 60	21 à 40
Risque élevé	61 à 100	41 à 60
Risque très élevé	> 100	> 60

D'après l'OMS, 2010 [6].

relève d'un usage nocif, est susceptible d'entraîner un certain nombre de complications sociales, qu'elles concernent la famille et l'entourage (violences domestiques, négligence, voire maltraitance, isolement relationnel), le cadre professionnel (absentéisme, perte de productivité, accidents de travail, chômage) ou la société (accidents, notamment routiers, violences, homicides) [1].

À partir de l'analyse de 16 critères (dont 9 catégories de conséquences pour l'individu (morbi-mortalité, troubles psychologiques, complications sociales...) et 7 pour l'entourage et la société (criminalité, coût social...), Nutt et al. ont comparé, au Royaume-Uni, l'impact délétère associé à 20 substances toxiques différentes [7]. En ne considérant que l'impact sur l'individu, l'alcool se situait en 4<sup>e</sup> position, après le crack et la cocaïne, l'héroïne et la métamphétamine. Mais que l'on considère cette fois l'impact sur l'entourage ou l'impact global, l'alcool apparaissait comme la substance la plus délétère.

Cet impact représente un coût majeur pour la société. Effertz et Mann ont montré qu'en Europe, parmi l'ensemble des troubles psychiatriques et du système nerveux central, les troubles liés à la consommation d'alcool ont été, sur l'année 2010, à l'origine du coût le plus important, évalué à 155 milliards d'euros, suivis par les troubles de l'humeur (113 milliards), les démences (105 milliards) et les troubles psychotiques (94 milliards) [8]. L'originalité de cette étude a été de ne pas se focaliser uniquement sur l'alcoolodépendance, mais sur le spectre plus large que constituent les troubles liés à la consommation d'alcool. De ces 155 milliards, 30 à 75 %, soit environ 50 à 120 milliards, étaient attribuables à la dépendance à l'alcool. Rehm et al. ont montré que 43 % de ces 155 milliards étaient imputables à la morbi-mortalité induite, 27 % à la criminalité associée, et 19 % au chômage et à l'absentéisme [2].

Lim et al., à partir d'une analyse de données publiées et non publiées, ont évalué et comparé, à 20 ans d'intervalle, les années de vie perdues par décès et par incapacité (Deaths and Disability-Adjusted Life Years [DALY]) attribuables, de façon indépendante, à 67 facteurs de risque [9]. Au niveau international, parmi les 67 facteurs de risque étudiés, l'alcool apparaissait en 1990 comme le 8<sup>e</sup> facteur de risque de DALY (6<sup>e</sup> chez l'homme et 12<sup>e</sup> chez la femme), et, en 2010, passait respectivement aux 5<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> rangs [9]. Ainsi chez l'homme, en 2010, l'alcool était la 3<sup>e</sup> cause de DALY, juste après l'hypertension artérielle et le tabagisme. Les principales causes d'années de vie perdues imputables à l'alcool sont les maladies cardiovasculaires, la cirrhose,

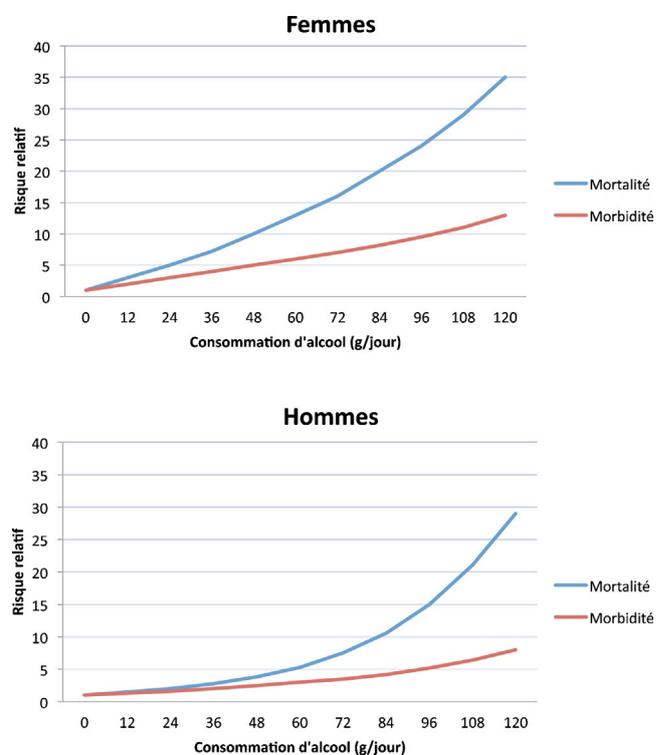
les cancers, les troubles psychiatriques et du comportement associés, et les causes accidentelles [9].

### Risques immédiats

En termes de risques immédiats, survenant au décours d'une intoxication aiguë, figurent les accidents (routiers, domestiques, professionnels), les violences à autrui, ainsi que les risques directement liés au niveau d'intoxication (comas) et les passages à l'acte suicidaires. Ces différents risques rendent compte de 17 % des passages aux urgences, et, en 2011 en France, l'intoxication alcoolique aiguë était la cause d'une admission aux urgences sur 100, soit 100 404 consultations [10,11]. Ainsi les consommateurs d'alcool « à risque » sont deux fois plus souvent victimes d'accidents impliquant des blessures et l'alcool est impliqué dans : 14,3 % des accidents routiers (non mortels mais nécessitant l'hospitalisation d'au moins une victime), 40 % des accidents mortels, 40 % des suicides, 60 % des brûlures graves, 60 % des noyades et 20 % des accidents domestiques [10,11].

### Risques différés

À plus long terme, sur le plan somatique, l'alcool est la cause directe de plus de 30 maladies (cirrhose alcoolique, syndrome d'alcoolisation fœtale...) et contribue au développement de plus de 60 autres troubles (cancers, maladies cardiovasculaires...) [1]. Ainsi, en 2004, près de 15 %



**Figure 1** Risque relatif de développer une cirrhose hépatique selon le sexe et la consommation quotidienne en grammes d'alcool pur.

D'après Rehm et al., 2010 [13].

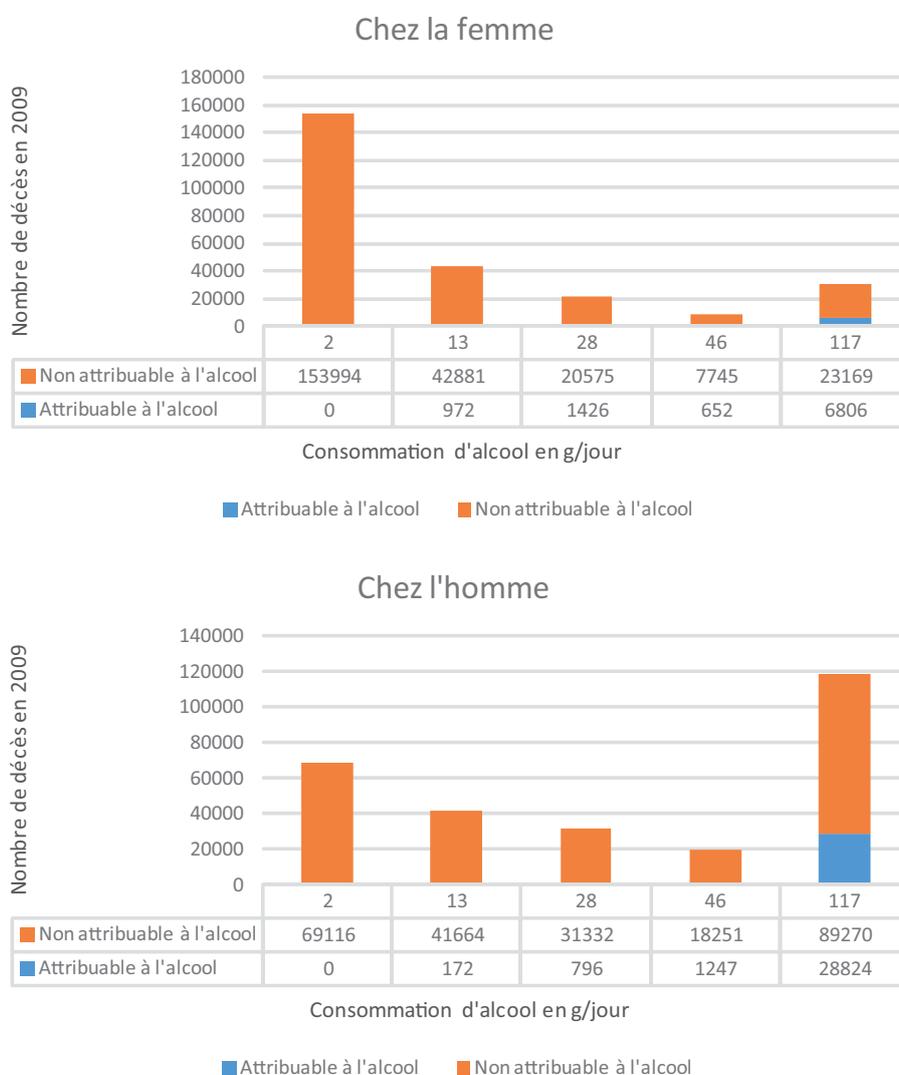
des décès liés à l'alcool étaient dus à la cirrhose hépatique [12,13]. Le niveau de consommation quotidienne est positivement corrélé au risque de développement des troubles somatiques induits. C'est notamment le cas de plusieurs maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires ischémiques), de certains cancers (oropharynx, larynx, œsophage) et de la cirrhose hépatique [12–15].

Les hommes et les femmes ne sont pas égaux face au risque de complications somatiques induites par l'alcool, ces dernières survenant plus rapidement chez la femme alcoolodépendante, pour un niveau de consommation cumulée inférieur. C'est notamment le cas pour la cirrhose hépatique, que ce soit en termes de morbidité ou de mortalité (Fig. 1) [12,13]. Ainsi il a été évalué que pour que survienne une cirrhose hépatique, la quantité moyenne d'alcool nécessaire est de 52 g d'alcool pur par jour pendant 5 ans chez la femme, contre 132 g par jour pendant 10 à 20 ans chez l'homme [16]. La plus grande vulnérabilité des femmes aux complications somatiques de l'alcool est également

retrouvée pour les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, myocardiopathie dilatée non ischémique) [16].

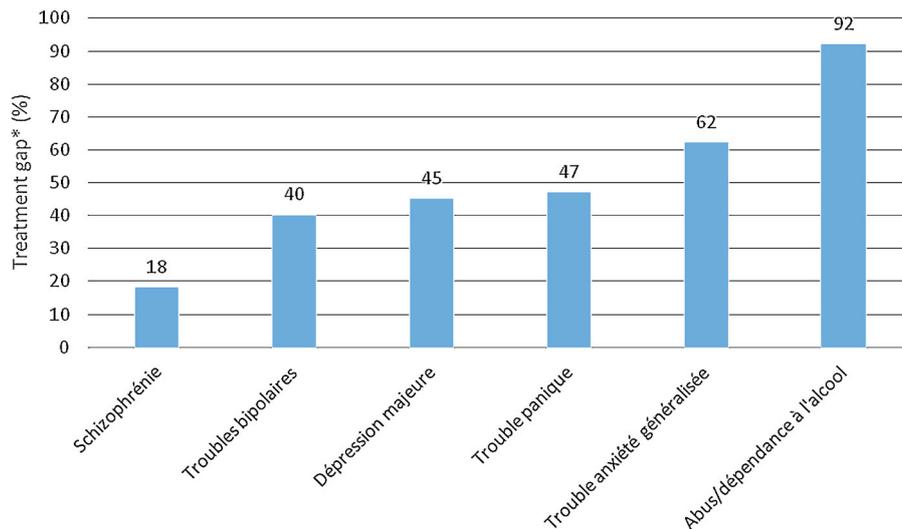
### Mortalité induite

Au total, l'alcool représente la 8<sup>e</sup> cause de mortalité au niveau mondial et la 2<sup>e</sup> cause de mort évitable, juste après le tabac [17]. En 2004, le nombre de décès imputables à l'alcool était de 2,3 millions dans le monde [17], et de 119 375 dans l'Union européenne chez les 15–64 ans [2]. En France, en 2009, ont été recensés 49 000 décès attribuables à l'alcool, dont 36 500 chez l'homme (représentant 13 % de la mortalité masculine totale) et 12 500 chez la femme [18]. Ces chiffres de mortalité rendent compte de 20 % de la mortalité prématurée, survenant avant l'âge de 65 ans. Ainsi chez les patients souffrant de dépendance à l'alcool, l'espérance de vie est globalement réduite de 22 ans chez la femme et de 20 ans chez l'homme.



**Figure 2** Nombre de décès attribuables et non attribuables à l'alcool par classe de dose et par sexe, pour les causes autres que les causes externes en France en 2009.

D'après Guérin et al., 2013 [18].



**Figure 3** Absence d'accès aux soins spécialisés en Europe estimée à partir de l'analyse de 37 études publiées à partir de 1980. \* : pourcentage de patients ne bénéficiant pas de soins adaptés.

D'après Kohn et al., 2004 [25].

### Bénéfices attendus d'une diminution de la consommation

Guérin et al., à partir du nombre de décès attribuables ou non à l'alcool survenus en 2009 et classés par niveau de consommation et par sexe, ont montré que le risque de mortalité due à l'alcool est là encore positivement corrélé au niveau de consommation [18]. Ainsi, chez l'homme, entre une consommation d'alcool de 117 g/j et de 46 g/j, la part de la mortalité liée à l'alcool est réduite de 78% (Fig. 2) [18]. De même, Anderson et Baumberg ont évalué qu'une diminution d'un litre d'alcool pur par an chez l'homme permettait une diminution significative de la mortalité induite, principalement par cirrhose (-9%), causes accidentelles (-3,5%) et homicide (-10,5%) [19]. La diminution du risque de mortalité obtenue par une réduction de la consommation est d'autant plus importante que le niveau de consommation initial est élevé [20]. Ainsi la diminution du risque de mortalité obtenue en passant de 14 à 11 verres par jour est environ 10 fois plus élevée que pour une diminution de 3 à 0 verres par jour [20]. Kristenson et al. ont également montré, chez des patients alcoolodépendants engagés dans un processus de diminution de leur consommation, qu'après cinq années de suivi, on constatait une réduction de 80% des arrêts de travail, de 60% des journées d'hospitalisation et de 50% de la mortalité [21]. La réduction de la consommation est également associée à une diminution des problèmes au travail, des actes de violence, des problèmes financiers, et à une amélioration globale de la qualité de vie [19,22-24].

### Le manque d'accès aux soins spécialisés

Malgré le « fardeau » sanitaire et social que constituent les troubles liés à la consommation d'alcool, on constate aujourd'hui encore un manque d'accès aux soins spécialisés. Kohn et al., dans une analyse de 37 études ayant spécifié

le recours aux soins, ont montré que 78% dans le monde, et 92% en Europe, des sujets présentant un trouble lié à la consommation d'alcool ne bénéficiaient pas de soins spécifiques (Fig. 3) [25]. En Europe, les chiffres sont respectivement de 18% et de 40% pour la schizophrénie et les troubles bipolaires [25]. Le trouble lié à la consommation d'alcool constitue de fait la pathologie psychiatrique associée au plus faible taux de prise en charge, moins de 10% des sujets européens en souffrant accédant à des soins adaptés. En Écosse, le taux est de 8% [26], en Angleterre de 10% [27], et aux États-Unis de 11%, avec un délai moyen de 10 ans avant la première prise en charge [28,29]. Il s'agit là, compte tenu de l'impact délétère majeur de ce trouble, d'un enjeu prioritaire de santé publique.

Alors même que la connotation péjorative du mésusage d'alcool, notamment chez la femme, a évolué ces 20 dernières années [30], on peut s'interroger sur les causes de ce filtre d'accès aux soins dont sont victimes les individus présentant un trouble lié à la consommation d'alcool. Ainsi dans l'étude réalisée en 2006 par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2007), la principale raison donnée pour ne pas avoir bénéficié d'un traitement au cours de l'année écoulée chez des sujets âgés d'au moins 12 ans qui requéraient une telle prise en charge et qui en percevaient le besoin était le fait de ne pas se sentir prêt à arrêter de consommer (42% des individus), juste devant le coût de la prise en charge (34,5%) et la connotation sociale péjorative (18,8%) [31]. L'alternative au sevrage que représente l'objectif de diminution de la consommation pourrait ainsi permettre d'amener aux soins des sujets pour lesquels arrêter complètement et définitivement l'alcool est un facteur de démotivation. Cette étape de diminution, outre les effets bénéfiques que l'on peut en attendre tant sur la plan de la morbi-mortalité qu'en termes de conséquences sociales, peut également conduire le patient, dans un certain nombre de cas, à envisager un sevrage total.

## Conclusion

Le spectre des troubles liés à la consommation d'alcool représente un enjeu majeur de santé publique, tant par la fréquence des cas d'usage nocif que par l'ampleur des conséquences induites, qu'elles soient sanitaires ou sociales, et qu'elles touchent le sujet lui-même ou son entourage. Le constat alarmant d'un manque criant d'accès aux soins spécialisés pour ces patients interroge la pertinence des campagnes de sensibilisation et de la structuration de notre offre de soins. Si lutter contre la stigmatisation dont sont victimes les individus souffrant d'un usage nocif d'alcool et améliorer la formation destinée aux médecins généralistes doivent rester des objectifs prioritaires, élargir le panel des prises en charge et des objectifs thérapeutiques devraient également permettre de faire bénéficier à un nombre plus important de patients de soins adaptés.

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare avoir perçu, au cours de l'année 2013, des honoraires pour des conférences et des réunions d'experts de la part de différents laboratoires (Janssen, Servier, Lundbeck et Roche).

## Références

- [1] World Health Organization. Global status report on alcohol and health; 2011 [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf?ua=1)
- [2] Rehm J, Shield KD, Rehm MX, et al. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Center for Addiction and Mental Health; 2012 [http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH\\_Alcohol\\_Report\\_Europe\\_2012.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf)
- [3] World Health Organization. Status report on alcohol and health in 35 European countries; 2013 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf.file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf.file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf)
- [4] Batel P. Évolution des modes d'alcoolisation. *Rev Prat* 2011;61(10):1364–8.
- [5] Caetano R, Tam T, Greenfield T, et al. DSM-IV alcohol dependence and drinking in the U.S. population: a risk analysis. *Ann Epidemiol* 1997;7(8):542–9.
- [6] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool; 2010 [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf)
- [7] Nutt DJ, King LA, Phillips LD, et al. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376(9752):1558–65.
- [8] Effertz T, Mann K. The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013;23(7):742–8.
- [9] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2224–60.
- [10] Richoux C, Lejoyeux M. Repérage des conduites alcooliques aux urgences. *Rev Prat* 2011;61(10):1369–72.
- [11] Perrine AL, Develay AE. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour. *Bull Epidemiol Hebd* 2013;16–17–18:195–8.
- [12] Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373(9682):2223–33.
- [13] Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 2010;29(4):437–45.
- [14] Rehm J, Room R, Taylor B. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17(3):141–51.
- [15] Ridolfo B, Stevenson C. The quantification of drug-caused mortality and morbidity in Australia, 1998. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2001 <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442459310>
- [16] Limosin F. Spécificités cliniques et biologiques de l'alcoolisme de la femme. *Encéphale* 2002;28(6 Pt 1):503–9.
- [17] World Health Organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks; 2009 [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks.report.full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks.report.full.pdf)
- [18] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, et al. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bull Epidemiol Hebd* 2013;16–17–18:163–8.
- [19] Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission; 2006 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf)
- [20] Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011;106(Suppl. 1):4–10.
- [21] Kristenson H, Ohlin H, Hultén-Nosslin MB, et al. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results follow-up of 24–60 months of long-term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983;7(2):203–9.
- [22] Gual A, Lligoña A, Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol Alcohol* 1999;34(2):183–92.
- [23] Barbosa C, Taylor B, Godfrey C, et al. Modelling lifetime QALYs and health care costs from different drinking patterns over time: a Markov model. *Int J Methods Psychiatr Res* 2010;19(2):97–109.
- [24] Norström T, Hemström Ö, Ramstedt M, et al. Mortality and population drinking. In: Norström T, editor. Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 2002. p. 157–76.
- [25] Kohn R, Saxena S, Levav I, et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82(11):858–66.
- [26] Drummond C, Deluca P, Oyefeso A, et al. Scottish alcohol needs assessment report 2009. London: Institute of Psychiatry, King's College London; 2009 [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/SANA%20report%206-8-09%20\(2\).pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/SANA%20report%206-8-09%20(2).pdf)
- [27] Home Office, Department of Health, Department for Children, Schools and Family. Safe. Sensible. Social. The next steps in the National Alcohol Strategy 2007. United Kingdom: Department of Health, Home Office; 2008 <http://www.alcoholconcern.org.uk/assets/files/Publications/Alcohol%20strategy%20local%20implementation%20toolkit.pdf>
- [28] McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348(26):2635–45.
- [29] Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2007;64(7):830–42.
- [30] Charrel CL, Cuervo-Lombard CV, Miron M, et al. Alcohol dependence in women: difficulty of its assessment in general practice. J Womens Health (Larchmt) 2010;19(2):343–8.
- [31] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings; 2007 <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k6nsduh/2k6results.pdf>