

17 juin/June 2014

Alcool et santé : entre permanence et changements
Alcohol and health: continuity and change

Résumés / abstracts

Session 1. Alcool et mortalité : impact et tendance / Alcohol and mortality:
impact and trends

Mortalité attribuable à l'alcool en France, par Catherine Hill

La consommation d'alcool est élevée en France, il est donc important d'estimer la mortalité attribuable à l'alcool par sexe et âge en fonction de la dose. Les données d'enquêtes et de ventes ont permis d'estimer la répartition de la consommation d'alcool dans la population par sexe et par âge. Pour chaque cause de décès dont le risque est modifié par la consommation d'alcool, une fonction de risque a été tirée d'une méta-analyse récente. En combinant les données de prévalence de consommation et les risques, les fractions de mortalité attribuables à l'alcool ont été calculées ; ces fractions multipliées par les nombres de décès correspondants donnent le nombre de décès attribuables à l'alcool. En France, en 2009, 36 500 décès sont attribuables à l'alcool chez les hommes (13% de la mortalité totale) et 12 500 chez les femmes (5% de la mortalité totale). Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 décès par maladie cardiovasculaire, 8 000 par maladie digestive, 8 000 par cause externe et 3 000 par maladies mentales et troubles du comportement. Les fractions attribuables à l'alcool sont de 22% dans la population des 15-34 ans, de 18% dans la population des 35-64 ans et de 7% dans celle des 65 ans et plus. L'alcool est nocif même à la dose relativement modérée de 13 grammes par jour, qui cause 1 100 décès annuels. Avec 49 000 décès attribuables à l'alcool sur un total de 535 000 décès en 2009, les dommages sur la santé sont considérables et l'effet nocif existe, même à faible dose. L'alcool est responsable d'une fraction importante de la mortalité prématurée. Ces résultats soulignent l'importance des politiques de santé publique visant à réduire la consommation d'alcool en France.

Changes in drinking habits and alcohol-related mortality in Eastern Europe, by Olga Penina

Excessive consumption of alcohol is one of the main reasons for lower life expectancy at birth in Eastern Europe, in former European USSR republics in particular, compared to Western countries. In former Soviet Union states, the Gorbachev anti-alcohol campaign showed an enormous dependence of adult mortality on alcohol consumption and a very wide range of causes of death linked to this habit. However, not all post-Soviet countries experience the same drinking habits. For Russia and Ukraine, the traditional representatives of the Nordic type of alcohol consumption, mortality from violent deaths, accidental poisoning by alcohol in particular, plays the leading role in alcohol-related mortality. On the other hand, Moldova that is much closer to Mediterranean drinking culture has much less problems with acute alcoholism but by far much higher mortality from liver cirrhosis. Based on continuous cause-of-death time series available for a Moldova, Ukraine and Russia since the mid-1960s, we analyse how different drinking habits in these countries influence the alcohol-related mortality.

Session 2. Drinking patterns / Habitudes de consommation

Drinking patterns and hazardous drinking in Russia, by Sarah Cook

The Russian Federation has one of the highest levels of alcohol consumption in the world. Hazardous alcohol consumption is an important public health problem in Russia and a contributory factor to low life expectancy particularly in Russian men. Russian drinking has several distinctive characteristics such as episodic consumption of large quantities of spirits and the consumption of non-beverage alcohols (sources of alcohol not intended for drinking). An overview of drinking patterns in Russia and impact of hazardous drinking will be discussed.

Diverse alcohol drinking patterns in Africa, by Thomas Clausen

In Africa and other LAMI-countries the probability of death attributable to diseases of the poor (infectious diseases, malnutrition and peri-natal disorders) is still between 5 and 20%. At the same time, however, morbidity from age-associated chronic diseases and lifestyle-related diseases are rapidly increasing. In 2000, the leading risk factors, both in developed and developing countries, with significant impact on burden of disease measured in DALYs (disability adjusted life year), were: Underweight, Alcohol consumption, Hypertension and related diseases, Tobacco use and Overweight.

The effects of alcohol on the public's health have been and continue to be widely investigated and it is well-recognized that alcohol consumption increases morbidity and mortality. In 2004 the WHO estimated the harmful use of alcohol results in approximately 2.5 million deaths each year. These estimates translate into approximately 4% of total mortality globally as attributable to alcohol, which accounts for more annual deaths than is caused by HIV/AIDS or tuberculosis. This fact is often under-communicated in the public health sector.

There are regional variations in the global burden of disease and injury attributable to alcohol use. However, low-income countries in general and poor populations within high-income countries have an even greater disease burden per unit of alcohol consumption than do high-income populations and countries.

Contrary to popular belief, evidence-based public health policies and prevention programs can effectively reduce the negative health impact of alcohol use. One of the most efficacious policies is increasing alcohol prices through raising alcohol taxes. Harmful alcohol consumption imposes a substantial social and financial burden on the drinkers and on the society. In African contexts we still know little about alcohol consumption patterns and the consequences. Findings from WHO-data indicating diversity in drinking patterns from different African countries will be presented.

Session 3. Études de cas en Afrique / African case studies

Silence, on boit... L'expérience d'un malade alcoolique malien, par Joseph Tanden Diarra

La première partie de cette intervention portera sur ma trajectoire personnelle. Je suis un Bo (ou Bwaba) du Mali, prêtre catholique et alcoolique. Je ne bois plus d'alcool depuis 1993, il y a donc plus de 20 ans. Comment devient-on prêtre et malade alcoolique ? Par quel miracle arrive-t-on à en sortir ? Je me suis alcoolisé aussi bien avec des alcools dits locaux qu'avec des alcools importés, cet itinéraire dans l'alcool a eu des conséquences terribles, mais a fini par me permettre de m'impliquer dans l'association des Alcooliques Anonymes (AA) et me positionner dans la lutte contre la maladie alcoolique au Mali. La deuxième partie de cette intervention veut montrer comment « boire » a énormément évolué dans la société « bo » depuis ces vingt dernières années. En effet, quand je commençais à boire de l'alcool (fin des années 1960), les boissons étaient encore peu disponibles et peu variées contrairement à aujourd'hui où l'alcool est devenu un produit de consommation aussi courant que l'eau.

Consommation d'alcool à Ouagadougou (Burkina Faso) : description et facteurs de risque, par Géraldine Duthé

Alors que la consommation d'alcool est depuis longtemps reconnue comme un enjeu de santé publique dans les pays industrialisés, elle ne l'est pas nécessairement dans les autres régions du monde. Cette consommation est pourtant universelle et concerne aussi les pays les moins avancés dans la transition sanitaire. En Afrique de l'Ouest en particulier, la consommation d'alcool n'a jamais fait l'objet d'une attention particulière. On la suppose contrôlée socialement, soit parce qu'elle est interdite chez les musulmans majoritaires dans cette région, soit parce qu'elle est circonscrite à un niveau local et supposée régulée socialement. Ces dernières décennies, le développement et la mondialisation ont permis l'importation de boissons industrielles et l'élargissement de la gamme de boissons disponibles pour les consommateurs. Le développement s'est accompagné de mouvements migratoires et d'une urbanisation, la société s'est individualisée. Alors que les tendances générales de consommation varient considérablement entre et au sein des pays africains, on peut supposer que la consommation a augmenté mais très peu de travaux ont été réalisés en population générale. À partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou (OPO), ce papier vise à décrire la consommation d'alcool dans un contexte de forte urbanisation et de pauvreté, celui des quartiers périphériques de la capitale burkinabé. En 2010, une enquête santé a été réalisée au sein d'un échantillon de la population suivie par l'OPO incluant une série de questions sur la consommation d'alcool. L'analyse de ces données nous permettra de présenter la fréquence et les modes de consommation d'alcool, ainsi que les profils des individus identifiés comme gros buveurs.

Session 4. Nouvelles préoccupations / New concerns

Consommation d'alcool chez les migrants subsahariens vivant en Ile-de-France et lien avec le VIH et les hépatites, par Annabel Desgrées du Loû et Abdul Dosso

Le niveau de consommation d'alcool est estimé (par le score AUDIT C international) dans trois groupes de migrants subsahariens vivant en Ile de France et enquêtés entre 2012 et 2013 : un groupe vivant avec le VIH, un groupe vivant avec une hépatite B, et un groupe n'ayant aucune de ces deux pathologies. Les trois groupes sont des échantillons aléatoires de patients consultant dans des services de santé (services hospitaliers pour le VIH et l'hépatite B, centres de médecine générale pour les autres), nés en Afrique sub-saharienne et de nationalité étrangère à la naissance, quelle que soit leur situation administrative et quelle que soit leur date d'arrivée en France. La communication décrira les variations de consommation d'alcool dans les trois groupes selon les caractéristiques socio-démographiques, les conditions d'arrivée en France, les conditions de vie et le réseau relationnel au moment de l'enquête, et les conditions de santé