



Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale

Relever les défis, trouver des solutions

Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005

Le point



Alcool et santé mentale

« À la première coupe, l'homme boit le vin ; à la deuxième coupe, le vin boit le vin ;
à la troisième coupe, le vin boit l'homme. »
(*proverbe*)

« L'alcoolisme n'est pas un sport de spectateur.
Un jour ou l'autre, c'est toute la famille qui participe. »
(*Joyce Rebeta-Burditt, femme de lettres américaine*)

Relever les défis

La Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est celle où la quantité d'alcool absorbée est la plus importante au monde. Cette substance, qui représente le troisième facteur de risque évitable dans la Région, constitue l'une des principales causes de troubles mentaux, d'accidents et de traumatismes (1). La consommation d'alcool est un important problème de santé mentale et un facteur déterminant de la charge mondiale de morbidité.

Les troubles liés à l'alcoolisme sont classés dans la catégorie des troubles mentaux et reconnus comme tels. Lorsqu'elle atteint des niveaux dangereux et nocifs, la consommation d'alcool s'accompagne de toute une série de problèmes mentaux et comportementaux. L'alcoolisme a également des conséquences sociales dans la mesure où il a des effets défavorables sur la vie, et de fait sur la santé mentale de ceux qui vivent ou travaillent avec une personne alcoolodépendante.

Les troubles liés à l'alcoolisme sont évitables et, même s'il n'est pas réaliste d'imaginer en venir complètement à bout, il existe tout un éventail de mesures permettant de réduire considérablement

les dommages causés par l'alcool, dont l'efficacité n'est plus à prouver.

L'interaction entre l'alcool et les troubles mentaux peut se manifester de différentes façons :

- les personnes atteintes de maladie mentale ont plus de risques d'avoir des problèmes liés à l'alcool ;
- les personnes atteintes de troubles liés à l'alcool ont plus de risques de présenter d'autres problèmes de santé mentale ;
- l'abus d'alcool par une personne atteinte de maladie mentale peut :
 - compromettre l'efficacité du traitement ;
 - conduire à une aggravation des symptômes ;
 - augmenter le risque d'alcoolodépendance ;
 - avoir des interactions négatives avec les médicaments prescrits ;
 - contribuer à une altération de l'humeur, à long terme.

La prise en charge des problèmes liés à l'alcool devrait être incorporée dans toute initiative de santé publique relative aux troubles mentaux. Certes, il existe des mesures préventives fondées

sur des données probantes au niveau des individus et de la population ; parmi les options politiques les plus efficaces, citons par exemple les taxes sur l'alcool, la limitation de l'offre de boissons alcoolisées et les mesures de rétorsion en matière d'alcool au volant. Pour autant, malgré les progrès de la science, les problèmes d'alcool constituent toujours aujourd'hui un défi majeur pour la médecine et la santé publique.

Quelle est l'ampleur du problème ?

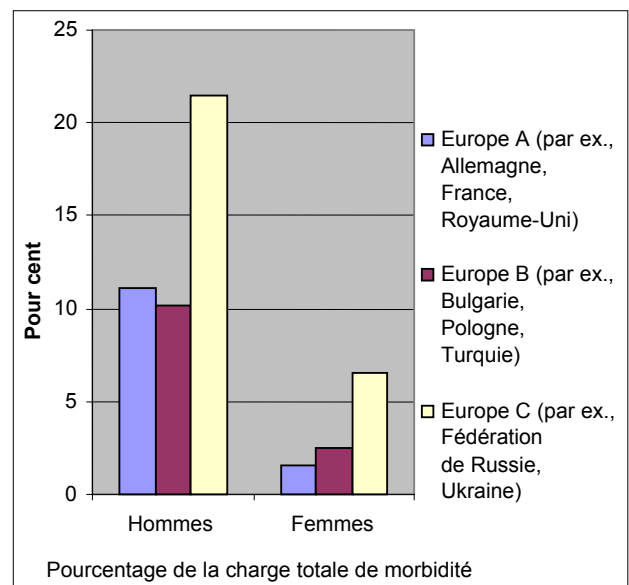
À l'échelle mondiale, l'alcoolisme est à l'origine de 1,8 million de décès et de 4 % de la charge totale de morbidité, selon les mesures effectuées dans le cadre de l'étude sur la charge mondiale de morbidité. À elles seules, les blessures involontaires représentent près d'un tiers des 1,8 million de décès, alors que les maladies neuropsychiatriques représentent près de 40 % de la charge totale de morbidité (2).

Dans la Région européenne, 86,8 millions de personnes (soit 99 pour 1000) présentent des niveaux de consommation d'alcool nuisibles qui entraînent chaque année 15,4 millions d'années de vie perdues du fait de maladies et de décès prématurés. Sur ce total, 5 millions d'années (32 %) sont perdues du fait de maladies neuropsychiatriques.

Chez les hommes, la morbidité liée à l'alcool est bien plus importante que chez les femmes, le rapport étant de 5 pour 1. Les méfaits de l'alcool sur la santé et la société ne touchent pas uniquement les buveurs, mais aussi d'autres personnes. Sur ce point, les femmes supportent une part disproportionnée du fardeau que représentent les dommages causés par l'alcoolisme chez les autres (3).

Les politiques visant à réduire les dommages dus à l'alcool améliorent donc la santé des buveurs et sauvent leur vie, mais elles peuvent également avoir un impact plus large sur la santé et le bien-être de leur famille, de leur entourage et de la société au sens large du terme.

Figure 1 : Proportion de la charge de morbidité imputable à l'alcoolisme, par sous-régions et par sexe, en 2000, dans la Région européenne de l'OMS (4)



Alcool et dépression

Le lien étroit entre consommation et dépression est un fait avéré. La surconsommation d'alcool peut entraîner une dépression, qui à son tour peut conduire à des niveaux de consommation dangereux et nocifs et à des troubles. Les études menées sur des personnes sous traitement ont démontré que l'un des effets de la surconsommation alcoolique à long terme était l'augmentation des symptômes dépressifs, qui tendent à disparaître avec la diminution ou l'arrêt de la prise de boissons alcoolisées. On est en droit d'espérer que les politiques visant à réduire la consommation d'alcool, notamment chez les gros buveurs, réduira la charge de morbidité liée à la dépression.

Alcool et suicide

Le lien entre la consommation d'alcool et le suicide ou les tentatives de suicide chez les gros buveurs est également un fait avéré. Le risque de comportement suicidaire dans ce groupe augmente avec la comorbidité psychiatrique. On a également constaté que les taux de suicide augmentaient en même temps que la consommation par habitant. Chez les plus jeunes, ce taux semble être encore plus lié à la consommation par habitant que dans les groupes plus âgés. En outre, la recherche

semble indiquer que les taux de suicide tendent à être plus sensibles aux fluctuations de cette consommation d'alcool par habitant dans les cultures où l'on boit de l'alcool de façon irrégulière mais en très grande quantité. Au niveau de la population, le rapport entre consommation d'alcool et suicide est donc conditionné par des facteurs culturels et, d'un point de vue global, ce rapport est plus net dans les cultures où l'ébriété est une caractéristique prédominante des schémas de consommation.

Alcool et schizophrénie

Une personne alcoolodépendante court plus le risque d'être atteinte de schizophrénie et, à l'inverse, un schizophrène court plus le risque de devenir alcoolodépendant, par rapport à la population générale. La plupart des études cliniques, des déclarations des patients et des observations cliniques empiriques semblent indiquer que la surconsommation d'alcool entraîne une nette aggravation des symptômes de la schizophrénie. Par ailleurs, il semblerait que près de 30 % des patients présentant une comorbidité consomment des quantités nocives d'alcool avant l'apparition des premiers signes de la schizophrénie.

Alcool, agression et violence

Il existe des liens étroits entre l'alcool d'une part, la violence et la criminalité d'autre part, et les recherches effectuées semblent indiquer que l'alcool joue souvent un rôle moteur dans les agressions. L'importance de ces liens semble dépendre de facteurs culturels et les modes de consommation jouent apparemment un rôle conséquent dans l'apparition de la violence. Les effets de l'alcool sont donc à la fois influencés par l'environnement et par des caractéristiques propres au buveur.

Trouver des solutions

La consommation de boissons alcoolisées est une coutume acceptée presque partout dans le monde. Or, l'alcool est étroitement lié aux troubles mentaux et il représente l'un des principaux facteurs de maladie, de traumatisme, d'invalidité et de décès prématuré. Si l'on accordait davantage d'importance aux politiques de lutte antialcoolique

axées sur la santé publique, à la prévention, aux interventions de courte durée et aux traitements, on pourrait éviter une part considérable de la misère humaine.

Pour prendre un exemple, la campagne de lutte contre l'alcoolisme menée de 1985 à 1988 en Russie et dans d'autres parties de l'Union soviétique a entraîné une nette diminution de la consommation d'alcool. Ce phénomène s'est accompagné, sur la même période, d'une chute brutale de la mortalité. Pour chaque litre d'alcool pur consommé en moins par habitant dans la seconde moitié des années 1980, le taux comparatif de mortalité par âge est tombé à 2,7 %. La consommation d'alcool s'est remise à augmenter au début des années 1990 et s'est traduite par une augmentation spectaculaire de la mortalité entre 1990 et 1994. La situation s'est améliorée entre 1994 et 1998, mais, depuis 1999, la mortalité est à nouveau en hausse. L'évolution de l'espérance de vie enregistrée en Fédération de Russie au cours des 20 dernières années est la conséquence d'un schéma complexe de tendances suivies par les différentes causes de décès. Selon les indications disponibles, l'alcool aurait joué un rôle important dans cette fluctuation.

Même les interventions de courte durée peuvent avoir une influence sur la réduction de la consommation d'alcool. Une méta-analyse portant sur 43 de ces interventions menées dans le cadre des soins de santé primaires et apparentés, qui étaient destinées aux populations ne cherchant pas à suivre de traitement particulier, a démontré que de simples conseils permettaient de réduire les effets de la consommation d'alcool, notamment l'ivresse, les symptômes de l'alcoolodépendance et les problèmes au regard de nombreux aspects de la vie, et que cette diminution était 12 % plus importante dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle.

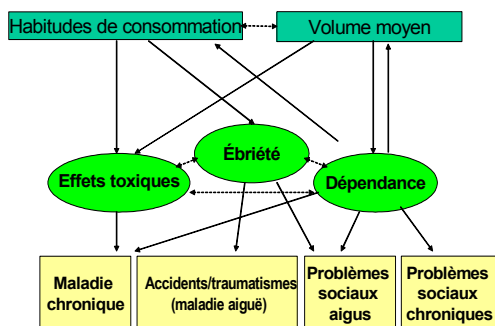
Toutefois, en dépit de l'importance du rôle joué par l'alcool dans bon nombre de problèmes de santé mentale, peu d'éléments indiquent que les stratégies de planification de la promotion de la santé mentale aient visé en particulier les habitudes de consommation d'alcool nocives et dangereuses.

Les recherches menées récemment nous ont permis de bien mieux comprendre le lien entre la consommation d'alcool et le fardeau que représente ce phénomène pour la société. Les professionnels de

la santé doivent donc véritablement renforcer leurs activités de défense de la santé et agir en faveur de politiques visant à réduire les dommages dus à l'alcool, notamment dans le cas de la comorbidité associant troubles mentaux et troubles du comportement.

En tant que facteur de risque, la consommation d'alcool présente deux dimensions : le volume moyen et les habitudes de consommation. D'après les données provenant de la recherche, il existe une relation de cause à effet entre le volume moyen d'alcool consommé et plus de 60 types de maladies et de traumatismes. De plus de plus d'éléments indiquent que les modes de consommation jouent un rôle important dans le lien qui unit l'alcool et les dommages qu'il cause. Il est également important de souligner que 40 % de la charge de morbidité due à l'alcool est imputable à des situations aiguës et qu'une prévention quasiment immédiate est donc possible.

Figure 2 : Modes de consommation d'alcool, effets intermédiaires et conséquences à long terme (5)



Les moyennes relatives à la consommation d'alcool cachent en fait d'importantes variations en termes de niveaux et d'habitudes de consommation des personnes. Ainsi, dans chaque population, il existe des individus qui ne boivent pas du tout d'alcool. La plupart des autres boivent peu ou modérément. Enfin, les gros buveurs, même s'ils ne sont qu'une minorité, représentent une partie assez importante de la quantité totale d'alcool absorbée.

Pour autant, les effets négatifs de la consommation d'alcool ne touchent pas uniquement la minorité facilement identifiable des gros buveurs, des buveurs excessifs et des buveurs dépendants. De nombreuses personnes buvant modérément ou occasionnellement de l'alcool souffrent elles aussi

de problèmes liés à cette substance, notamment lorsqu'elles le font pour s'enivrer. Et peu importent les quantités absorbées : le risque de dépendance commence dès que l'on boit, même peu, et augmente progressivement plus le volume global d'alcool absorbé est important et plus l'on prend l'habitude de boire ponctuellement de grandes quantités d'alcool.

Cela étant, la majorité des personnes qui boivent de l'alcool doivent y trouver un intérêt puisqu'elles n'hésitent pas à dépenser de l'argent pour le faire. En fait, l'incidence et la nature des bienfaits et des méfaits de l'alcool varient considérablement d'une société à l'autre, au même titre que les habitudes et les aspects culturels liés à la consommation d'alcool.

À long terme, il sera nécessaire d'élaborer des politiques et des programmes en matière d'alcool inscrits dans la durée et visant à :

- réduire les pratiques de consommation dangereuses ou nocives ;
- exclure l'alcool du cadre de certaines activités telles que la conduite ou l'utilisation de machines, du lieu de travail et de la grossesse ;
- réduire le volume global de consommation d'alcool ;
- proposer une aide appropriée aux personnes ayant des problèmes d'alcool, et notamment à celles présentant à la fois des troubles mentaux et comportementaux.

Mesures prises au niveau régional

Les problèmes liés à l'alcool surviennent dans des situations très différentes et touchent des catégories de personnes très variées. Pour être valables, les politiques devront donc combiner différentes mesures.

L'OMS a adopté trois textes fondamentaux qui offrent un cadre d'action au niveau de la Région européenne.

Depuis 1992, le Plan d'action européen contre l'alcoolisme (PAEA) sert de base à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes en matière d'alcool dans les États membres. Pour la période 2000–2005, ce plan entend prévenir et réduire les dommages que peut entraîner la

consommation d'alcool dans l'ensemble de la Région européenne.

La Charte européenne sur la consommation d'alcool, adoptée par les États membres en 1995, énonce les principes directeurs et les stratégies à adopter pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être de tous les habitants de la Région. Elle demande à tous les États membres d'élaborer des politiques complètes de lutte contre l'alcoolisme et de mettre en œuvre des programmes qui tiennent compte de la situation sociale, juridique et économique et du contexte culturel propres à chaque pays.

La Déclaration sur les jeunes et l'alcool, adoptée par les États membres à Stockholm en 2001, vise à protéger les enfants et les jeunes contre les pressions qui s'exercent sur eux pour les inciter à boire, et à limiter les dommages qu'ils subissent directement ou indirectement du fait de l'alcool. Elle réaffirme les cinq principes de la Charte européenne sur la consommation d'alcool et souligne le fait que les politiques de santé publique relatives à l'alcool doivent être guidées par les intérêts de la santé publique, sans interférence d'intérêts commerciaux.

Le PAEA, la Charte européenne et la Déclaration de Stockholm ont ouvert la voie à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures efficaces dans le domaine de l'alcoolisme et, ce faisant, ont contribué à la politique sanitaire générale de la Région.

Plan d'action européen contre l'alcoolisme

Les objectifs généraux du PAEA pour la période 2000–2005 sont les suivants :

- sensibiliser davantage aux dommages qui peuvent résulter de la consommation d'alcool, mener une action éducative à cet égard et obtenir un soutien pour des politiques de santé publique visant à prévenir ces dommages ;
- réduire les risques de problèmes liés à l'alcool qui peuvent exister dans divers cadres, tels que le foyer, le lieu de travail, le quartier ou les lieux de consommation de boissons alcoolisées ;
- réduire l'ampleur et la gravité des dommages liés à l'alcool, tels que les décès, les accidents, les actes de violence, les sévices à enfants et le délaissement d'enfants, et les crises familiales ;

- offrir des traitements accessibles et efficaces aux personnes qui ont une consommation d'alcool dangereuse et nocive et à celles qui souffrent d'une dépendance à l'alcool ;
- offrir une meilleure protection contre les pressions à consommer des boissons alcoolisées qui s'exercent sur les enfants, les jeunes et ceux qui choisissent de ne pas boire d'alcool.

Charte européenne sur la consommation d'alcool

Cette Charte, qui a été adoptée lors de la Conférence européenne « Santé, société et alcool » (Paris, 12–14 décembre 1995), énonce les cinq principes éthiques et buts indiqués ci-dessous, dans l'optique de réduire les conséquences négatives de la consommation d'alcool en Europe.

- Toute personne a droit à une vie familiale, sociale et professionnelle à l'abri des accidents, des actes de violence et autres conséquences néfastes de la consommation d'alcool.
- Toute personne a le droit de recevoir, dès un stade précoce de son existence, une éducation et une information objectives et fiables concernant les effets de l'alcool sur la santé, la famille et la société.
- Tous les enfants et adolescents ont le droit de grandir dans un environnement aux risques réduits, à l'abri des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et, dans la mesure du possible, de la promotion des boissons alcoolisées.
- Toute personne ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de son entourage ont droit à un traitement et à des soins accessibles.
- Toute personne qui ne souhaite pas consommer de l'alcool, ou qui ne peut le faire pour des raisons de santé ou pour d'autres raisons, a le droit de ne pas être soumise à des incitations à boire et d'être soutenue dans son abstinence.

Déclaration sur les jeunes et l'alcool

Les jeunes sont les plus exposés aux effets de la consommation d'alcool et l'alcool constitue le risque évitable le plus important pour la charge de morbidité des adolescents et des jeunes adultes. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool (Stockholm, 19–21 février 2001) a adopté une déclaration spéciale contenant les principaux points suivants :

- reconnaissance de l'alcool en tant que problème important pour la santé des jeunes ;

- possibilité de faire participer directement les jeunes au processus d'élaboration des politiques ;
- nécessité de déterminer, au niveau national et local, des objectifs visant à réduire les effets de l'alcool sur la santé des jeunes ;
- reconnaissance du fait que les politiques en matière d'alcool visant les jeunes devraient s'insérer dans une action plus vaste de la société, la consommation d'alcool chez les jeunes reflétant, dans une large mesure, l'état d'esprit et les pratiques de l'ensemble de la société adulte.

Références¹

1. Rehm J. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003, 9:147–156.
2. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>).
3. Room R. et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research*, 2003, 9:165–175.
4. Rehm J. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - an overview. *Addiction*, 2003, 98:1209–1228.
5. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.

Autres références¹

Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies in Alcohol*, 2004 [sous presse].

Déclaration sur les jeunes et l'alcool. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/2003/0204_1).

Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000–2005. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/E67947.pdf>).

Charte européenne sur la consommation d'alcool. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/2001/0927_7).

Klingemann H, Gmel G. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Maffli E. Problem drinking and relatives. In: Klingemann H, Gmel G, eds. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf).

Petrakis IL et al. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders, *Alcohol Research and Health*, 2002, 26(2):81–89.

Rehm J. Alcohol. In: Ezzati M et al, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization (sous presse).

Shkolnikov VM, Nemtsov A. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In: Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F, eds. *Premature death in the new independent states*. Washington DC, National Academy Press, 1997.

Shkolnikov VM, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *The Lancet*, 2001, 357, 917–921.

Tikkanen, M. *The love story of the century*, San Bernardino CA, Borgo Press, 1984.

¹ Tous les sites Web ont été consultés le 24 novembre 2004.

Remerciements

Nous tenons à remercier M. Dag Rekve et le docteur Lars Møller, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, pour leur contribution à l'élaboration du présent document.

Ce document est publié à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 12–15 janvier 2005.

