

En 1998, le nombre des décès liés à une consommation excessive et régulière d'alcool s'est élevé à 23 000 (sans tenir compte des morts violentes qui peuvent lui être attribuées, ni de ses effets aggravants sur d'autres pathologies). Ces décès sont principalement liés à des cancers des voies aérodigestives supérieures et à des cirrhoses. Huit de ces décès sur dix ont affecté des hommes, pour lesquels cette mortalité est cinq fois plus élevée que pour les femmes. La mortalité précoce est importante, plus de la moitié des décès masculins intervenant avant 65 ans. Cette mortalité atteint davantage les hommes seuls et les ouvriers ou employés. Malgré une baisse de 40 % en vingt ans, la mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique reste nettement plus forte en France que dans la Communauté européenne. Elle se distribue inégalement sur le territoire métropolitain : les zones les plus touchées forment un arc de la Bretagne à la Champagne-Ardenne, les zones les moins atteintes étant celles du midi de la France. Si l'on tient compte par ailleurs des décès où l'alcool intervient comme « cause associée », le nombre de décès qui lui sont imputables seraient de l'ordre de 35 000. Cette estimation peut aller jusqu'à 45 000 avec d'autres méthodes en y ajoutant des « fractions de décès » dont l'alcool serait responsable.

Éliane Michel, Éric Jouglà
Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
INSERM

La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998¹

La consommation d'alcool a fortement diminué au cours des dernières décennies. Il reste que le niveau de mortalité qui lui est liée demeure en France l'un des plus élevés de la Communauté européenne. L'impact réel de cette consommation excessive sur la mortalité est difficile à mesurer du fait que l'alcool, outre son impact direct, intervient comme facteur déterminant de décès accidentels ou intentionnels mais aussi comme facteur aggravant dans un grand nombre de pathologies. Dans la présente analyse, sont d'abord prises en compte les pathologies directement dues ou réputées principalement liées à une consommation excessive et régulière d'alcool : alcool-dépendance, cirrhose mais aussi cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) [encadré 1]. C'est, en effet, à partir de la seule cause initiale de décès qu'est évalué le niveau actuel de cette mortalité, et que sont analysées les caractéristiques socio-démographiques des sujets les plus

• • •

1. Adapté de l'article paru dans « Alcool, effets sur la santé », Collection Expertise collective, Éditions INSERM, septembre 2001.



T
01**composantes de la mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique selon le sexe, France, 1998**

Cause de décès	Hommes		Femmes		Les deux sexes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Alcool-dépendance	1 992	10,8	549	11,6	2 541	11,0
Cirrhose alcoolique ou sans précision	6 282	34,2	2 581	54,7	8 863	38,4
Cancers lèvres, cavité buccale, pharynx	4 289	23,3	714	15,1	5 003	21,6
Cancer de l'œsophage	3 709	20,2	723	15,3	4 432	19,2
Cancer du larynx	2 116	11,5	155	3,3	2 271	9,8
Total imprégnation éthylique chronique	18 388	100,0	4 722	100,0	23 110	100,0

Source : CépiDc - INSERM

T
02**répartition par sexe et âge des décès liés à l'imprégnation éthylique chronique, France, 1998**

Âge	Hommes		Femmes		Les deux sexes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 25 ans	17	0,1	1	0,0	18	0,1
25 à 34 ans	124	0,7	49	1,0	173	0,7
35 à 44 ans	1 361	7,4	421	8,9	1 782	7,7
45 à 54 ans	4 047	22,0	957	20,3	5 004	21,7
55 à 64 ans	4 821	26,2	966	20,5	5 787	25,0
65 à 74 ans	5 121	27,8	1 120	23,7	6 241	27,0
75 à 84 ans	2 258	12,3	780	16,5	3 038	13,1
85 ans et plus	639	3,5	428	9,1	1 067	4,6
Tous âges	18 388	100,0	4 722	100,0	23 110	100,0

Source : CépiDc - INSERM

T
03**mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique, France, 1998 : part (en %) dans la mortalité générale et taux de décès selon le sexe et l'âge**

Âge	Part des décès / mortalité générale (en %)			Taux pour 100 000 habitants		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Moins de 25 ans	0,3	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1
25 à 34 ans	2,3	2,3	2,3	2,8	1,1	2,0
35 à 44 ans	12,6	8,6	11,4	31,9	9,7	20,7
45 à 54 ans	18,1	10,1	15,7	102,7	24,3	63,5
55 à 64 ans	14,8	7,0	12,4	180,6	34,5	105,7
65 à 74 ans	8,0	3,2	6,3	221,5	39,0	120,3
75 à 84 ans	3,1	1,2	2,2	207,2	44,7	107,1
85 ans et plus	1,1	0,3	0,6	189,4	48,9	88,0
Tous âges	6,7	1,8	4,3	64,2	15,6	39,3
15 ans et plus	-	-	-	80,1	19,1	48,4

Source : CépiDc - INSERM

exposés, les tendances évolutives sur les vingt dernières années ainsi que les disparités géographiques. En fin d'article toutefois sont fournies des estimations plus larges du nombre de décès attribuables à l'alcool par l'ajout de ceux où l'alcool apparaît comme cause associée ou encore avec des approches méthodologiques différentes.

En 1998, 23 000 décès directement liés à une consommation excessive et régulière d'alcool

En 1998, on a recensé en France plus de 23 000 décès dus à une consommation excessive et régulière d'alcool. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, cavité

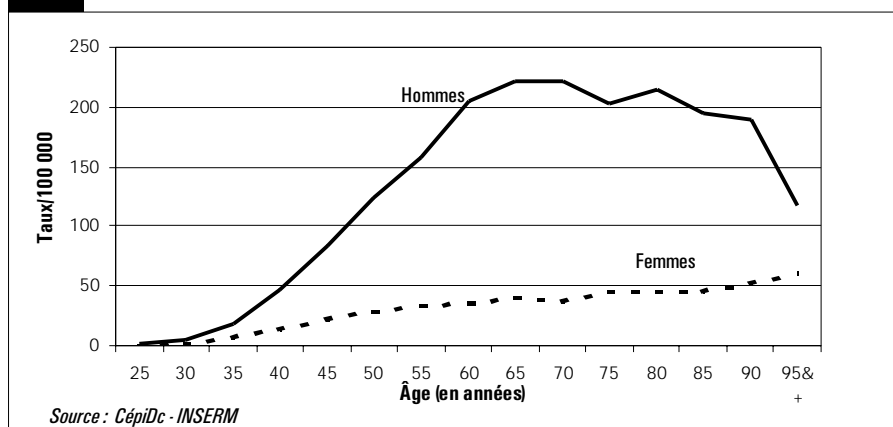
buccale, pharynx, œsophage et larynx) représentent plus de la moitié de ces décès, les cirrhoses près de 40 %. L'alcool-dépendance, pour sa part, en provoque un sur dix ; il est rare, en effet, que la mention « alcoolisme » ou « alcool-dépendance » seule soit rapportée par le médecin comme cause initiale de décès. L'ensemble de ces pathologies est à la base de 4 % de l'ensemble des décès et le taux de mortalité correspondant s'élève à 39 pour 100 000 habitants tous sexes et âges confondus.

Une mortalité cinq fois plus élevée chez les hommes

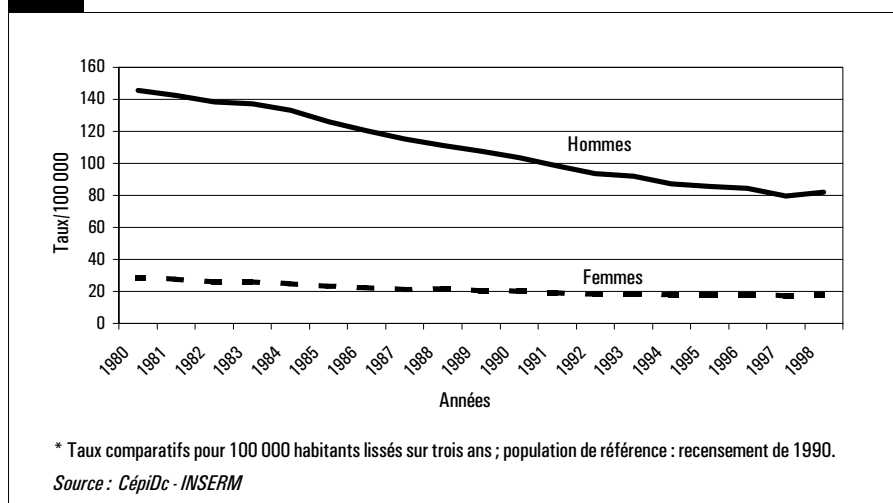
Huit décès sur dix, dus à l'imprégnation éthylique chronique, atteignent les hommes. Parmi eux, les cancers des VADS sont à l'origine de plus de la moitié des décès masculins alors que les cirrhoses sont proportionnellement majoritaires chez les femmes (tableau 1). Ces causes pèsent fortement sur la mortalité prématurée puisque plus d'un décès sur deux survient avant 65 ans (tableau 2). Si la part globale que représentent ces décès dans la mortalité est relativement peu importante chez les femmes, 2 % des décès, elle atteint 7 % chez les hommes. Ce phénomène prend une toute autre ampleur chez les adultes de 35 à 64 ans. En particulier, entre 45 et 55 ans, cette mortalité représente près de 20 % des décès masculins et 10 % des décès féminins (tableau 3).

Les hommes meurent cinq fois plus que les femmes d'une consommation éthylique chronique. La progression du risque en fonction de l'âge diffère sensiblement selon le sexe (graphique 1). Chez les hommes, le taux de décès augmente régulièrement et fortement jusqu'à 65 ans ; passé cet âge, le taux stagne puis diminue aux âges élevés. Le taux maximal se situe entre 65 et 75 ans (222/100 000). De ce fait, l'évolution des taux de décès en fonction de l'âge se distingue de celles, exponentielles, habituellement observées pour la plupart des pathologies liées au vieillissement, comme les maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire.

G.01 taux de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique selon le sexe et l'âge, France, 1998



G.02 évolution de la mortalité* liée à l'imprégnation éthylique chronique (population de 15 ans et plus)



Le faible niveau de mortalité observé aux âges élevés chez les hommes suggère sans doute un effet de sélection. Il est, en effet, moins probable de trouver, dans la population vivante, un grand nombre de personnes âgées ayant consommé régulièrement et excessivement de l'alcool.

Chez les femmes, le risque croît faiblement jusqu'aux âges les plus avancés. Les taux masculins sont, à cet égard, toujours nettement supérieurs aux taux féminins mais l'écart se creuse avec l'âge pour atteindre un maximum entre 65 et 75 ans, le taux masculin étant alors presque six fois supérieur à celui des femmes. La proportion de femmes qui boivent de façon excessive reste en effet plus faible que dans la population masculine et elles sont encore relativement peu

touchées par les cancers des VADS, très meurtriers chez ceux qui boivent et fument simultanément.

La mortalité touche davantage les hommes seuls et les ouvriers ou employés

Pour les hommes âgés de plus de 25 ans, le taux de mortalité est trois fois plus élevé chez les sujets veufs et divorcés (supérieur à 200/100 000) que chez les sujets mariés (73/100 000). Le risque est de niveau intermédiaire chez les célibataires, mais assez proche de celui observé pour les sujets veufs ou divorcés. Il n'est pas surprenant de constater que la vie de famille joue un rôle protecteur vis-à-vis de l'alcoolisme. Cependant, la statistique ne permet pas de

savoir si la vie solitaire s'explique par l'alcoolisme ou si elle en est à l'origine. Elle ne permet pas non plus d'isoler les personnes qui vivent en « union libre ».

La mortalité alcoolique est, par ailleurs, fortement liée à la catégorie sociale. En terme de mortalité prématurée (avant 55 ans), les ouvriers/employés « meurent trois fois plus » que les cadres supérieurs/professions libérales² Mais c'est pour les pathologies liées à l'abus d'alcool que l'indice de surmortalité des ouvriers/employés est le plus élevé : 10 fois pour l'alcoolisme et la cirrhose et 11 fois pour les cancers des VADS. Même si une sous déclaration est possible pour les professions favorisées, du fait de la connotation sociale péjorative qu'a l'alcool en tant que cause de décès, le fait que, pour les cancers des VADS, l'indice de surmortalité entre les deux catégories sociales soit du même ordre semble conforter la réalité de cet écart.

La mortalité a baissé de 40 % en vingt ans ...

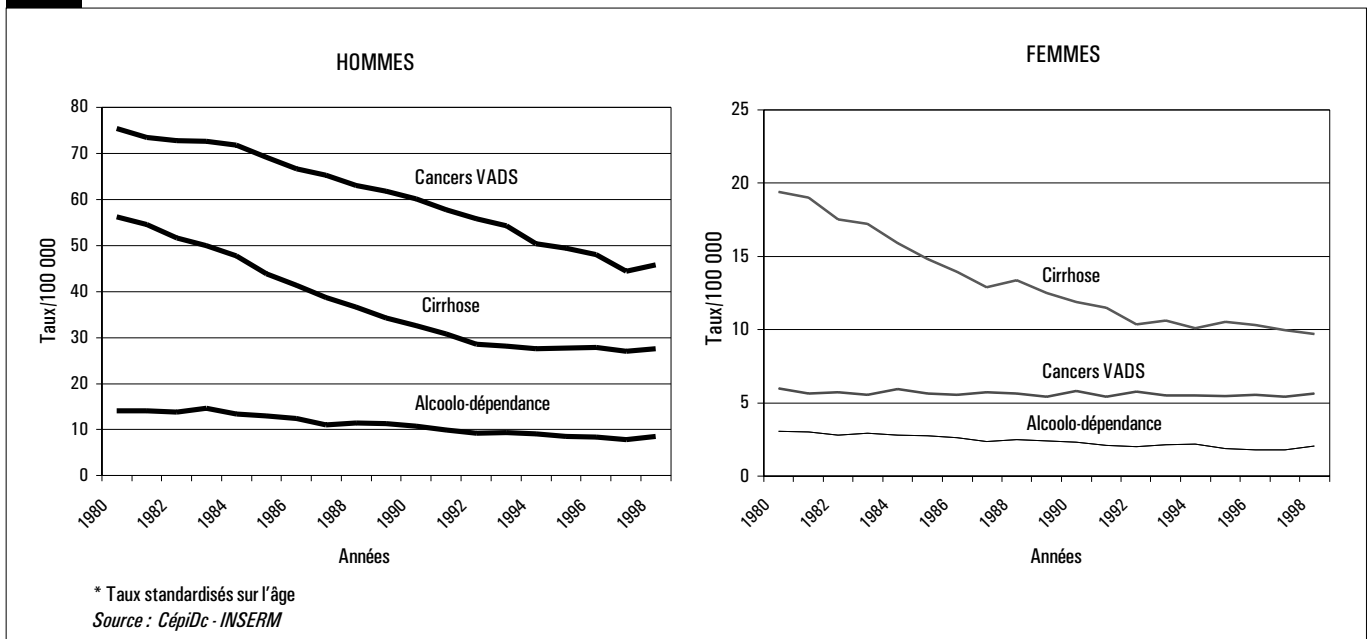
En vingt ans, le taux de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique a chuté d'environ 40 % (graphique 2). Il a plus diminué chez les hommes. Cette diminution est surtout due à la très forte baisse des décès par cirrhose pour les deux sexes et des cancers des VADS chez les hommes (graphique 3).

La baisse de la mortalité n'a cependant pas été régulière : elle a été particulièrement sensible pour les générations d'avant la seconde guerre mondiale, mais semble se poursuivre à un rythme moindre pour les générations suivantes (encadré 2). Elle a été particulièrement importante entre 1984 et 1988 (de 17 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes). Mais on observe dans les années 90

2. À cette surmortalité, constatée tout au long de la vie active, correspond, au bout du compte, une espérance de vie plus courte pour les ouvriers/employés.

G
03

évolution des composantes de la mortalité * liée à l'imprégnation éthylique chronique (population de 15 ans et plus)



E•1

Méthodologie

L'analyse est basée sur les données de la statistique nationale des causes de décès élaborée annuellement par l'INSERM en collaboration avec l'INSEE. Cette statistique est établie à partir de deux documents : le certificat médical de décès rempli par le médecin qui constate le décès et le bulletin socio-démographique INSEE rempli par l'officier d'état civil lors de la déclaration du décès. Sur le certificat de décès, le médecin inscrit la cause initiale du décès, celle qui est à l'origine du processus morbide ayant entraîné la mort mais aussi la cause terminale et d'éventuels états morbides associés. Dans cette analyse, seule la cause initiale du décès a été retenue comme « cause directe ». Les causes associées n'ont été prises en compte que pour tenter d'estimer d'une manière globale le nombre de décès attribuables à l'alcool (voir en fin d'article).

Les pathologies sélectionnées en tant que causes « directes » sont l'alcool-dépendance, la cirrhose et les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Sous l'intitulé « alcool-dépendance » sont compris les cas de dépendance alcoolique (CIM9 : 303) ainsi que les cas de psychose alcoolique (291). Pour les cirrhoses, sont retenues non seulement celles qui sont précisées d'origine alcoolique (571.0-571.3) mais également les cirrhoses sans précision (571.5), qui dans plus de 90 % des cas sont liées à l'alcool selon une estimation déjà ancienne qui sera réévaluée prochainement. Les cancers des VADS, tous pris en compte, regroupent les tumeurs de la bouche et du pharynx (140-149), du larynx (161) et les localisations œsophagiennes (150).

L'indicateur choisi pour évaluer le niveau de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique est utilisé essentiellement pour analyser les caractéristiques et les tendances de cette mortalité. Il ne permet pas de mesurer précisément le niveau de la mortalité liée à l'abus d'alcool car il est à la fois sous-estimé et surestimé.

Il est sous-estimé parce qu'ont été considérées uniquement la cause initiale du décès et les causes directement liées à une consommation excessive et régulière d'alcool. N'ont pas été pris en compte les décès liés à une absorption occasionnelle exagérée d'alcool (coma éthylique par exemple) ni la relation entre imprégnation éthylique aiguë et morts violentes accidentelles ou intentionnelles, ni les effets nocifs d'une consommation excessive et régulière d'alcool sur le pronostic de nombreuses autres pathologies (la part attribuable à l'alcool est difficilement mesurable). Par ailleurs le manque de précision sur la localisation des cancers (6% des cas) entraîne une sous-estimation des décès par cancers des VADS.

Il est surestimé car ont été incluses les cirrhoses d'origine non précisée, donc pas nécessairement alcooliques. En effet, si une enquête réalisée au début des années 70 montrait que, dans la grande majorité des cas, il s'agissait de cirrhoses alcooliques, cette proportion n'est probablement plus la même aujourd'hui, la part des cirrhoses d'origine virale ayant vraisemblablement augmenté. Ont également été retenus tous les décès par cancers des VADS dont on sait cependant qu'une proportion, variable selon les études épidémiologiques, est imputable au tabagisme.

Les résultats sont présentés selon les caractéristiques socio-démographiques des sujets décédés : sexe, âge, état matrimonial (hommes de 25 ans ou plus), catégorie sociale. Pour l'étude des catégories sociales, on a considéré deux grands regroupements : ouvriers/employés et cadres supérieurs/professions libérales ; l'analyse a porté sur les années 1987 à 1993 (encadrant le recensement de 1990) et a concerné uniquement les hommes actifs de 25 à 54 ans pour limiter les biais liés au manque d'informations sur les anciennes professions des retraités et sur les causes de l'inactivité masculine chez les 25-54 ans (maladie, chômage...). Les disparités géographiques ont été analysées sur la période 1992-1996 pour les deux sexes au niveau régional et pour les hommes à l'échelon départemental. Les taux ont été standardisés sur la population de la France, deux sexes au Recensement de 1990 (sur la population de la Communauté européenne pour l'étude des disparités européennes).

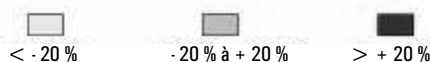
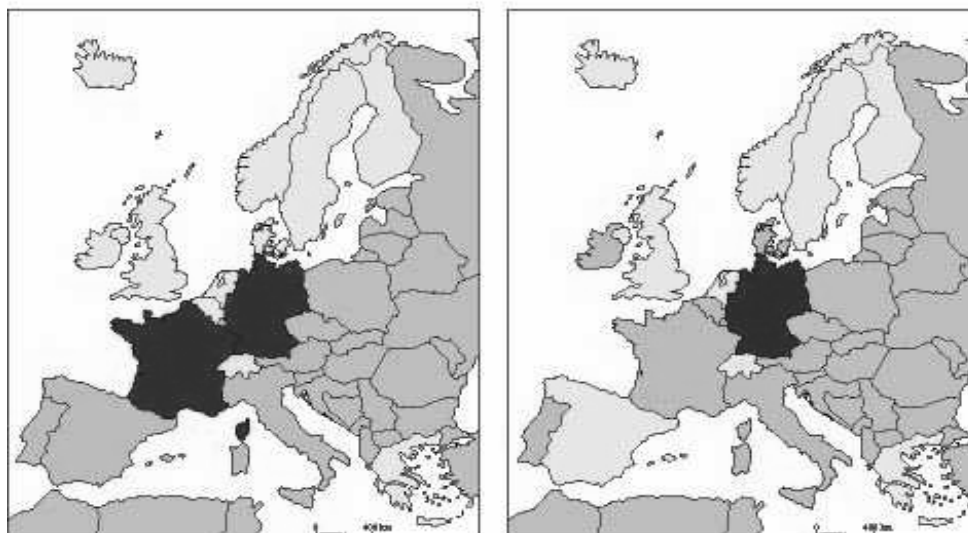
C
01

disparités européennes de la mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique
(comparaison des taux standardisés sur l'âge à la moyenne européenne)

Année 1994

HOMMES

FEMMES



Source : Eurostat

5

une baisse plus modérée et même une légère augmentation entre 1997 et 1998.

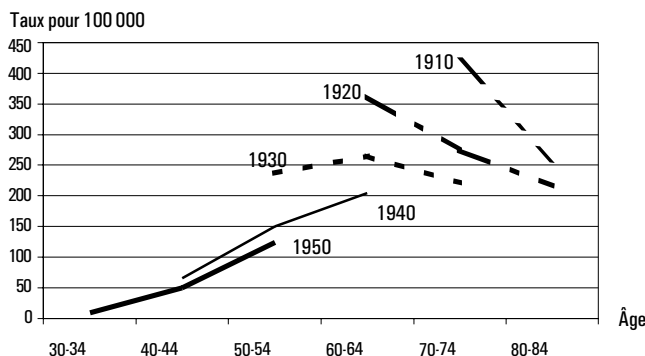
... mais les hommes restent plus touchés par les décès liés à l'imprégnation éthylique en France qu'en Europe

Au sein des pays de la communauté européenne, chez les hommes, les Français, avec une surmortalité de 30 %, détiennent, en 1994, le record de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique (cartes 1). Les Allemands occupent la seconde place avec un taux de mortalité du même ordre. Chez les femmes, le taux le plus élevé revient aux Allemandes, les Françaises se situant à un niveau légèrement inférieur à la moyenne européenne. En France, l'intoxication par l'alcool est davantage chronique, c'est à dire quotidienne et répétitive, sans

E•2

L'effet « générations »

Le décès survenant suite à une consommation excessive régulière et prolongée d'alcool, la baisse des taux de mortalité suggère des changements de comportement de consommation dès les âges jeunes, au fil des générations. On constate ainsi une baisse prononcée de la mortalité pour les générations successives jusqu'à la seconde guerre mondiale. Cette baisse, telle qu'on peut l'observer aux âges intermédiaires qu'elles ont atteints pour l'instant, continue mais à un rythme moindre pour les générations suivantes.



Lecture : on utilise trois situations pour la " mortalité éthylique " des hommes, 1980, 1990 et 1998. Les courbes représentent les taux de décès par âge pour une génération donnée. Pour la tranche d'âge de 50 à 54 ans, ce taux pour 100 000 s'est élevé à 240 pour la génération née en 1930, puis à 150 pour celle née en 1940 et à 125 pour celle née en 1950. Pour la tranche d'âge des 60 à 64 ans, ces taux sont de 360 pour la génération 1920, 265 pour la génération 1930 et 205 pour la génération 1940.

ivresse spectaculaire. Dans les pays anglo-saxons et scandinaves, l'alcoolisation est généralement plus « massive » mais limitée aux week-ends. Il faut toutefois rester prudent dans les comparaisons des données de mortalité européennes pour lesquelles il peut exister des différences dans les pratiques de certification de décès.

Permanence d'une surmortalité dans les régions du nord et en Bretagne

Il existe de fortes disparités régionales de la mortalité liée à l'alcoolisme (cartes 2). Un dégradé nord-sud se dessine très nettement. Chez les hommes, on enregistre une surmortalité de plus de 20% par rapport à la moyenne française dans le nord et l'ouest du pays, de la Bretagne à la Champagne-Ardenne en passant par la Normandie, la Picardie et le Nord -Pas-de-Calais. Au sud, les régions Midi-pyrénées, Lan-

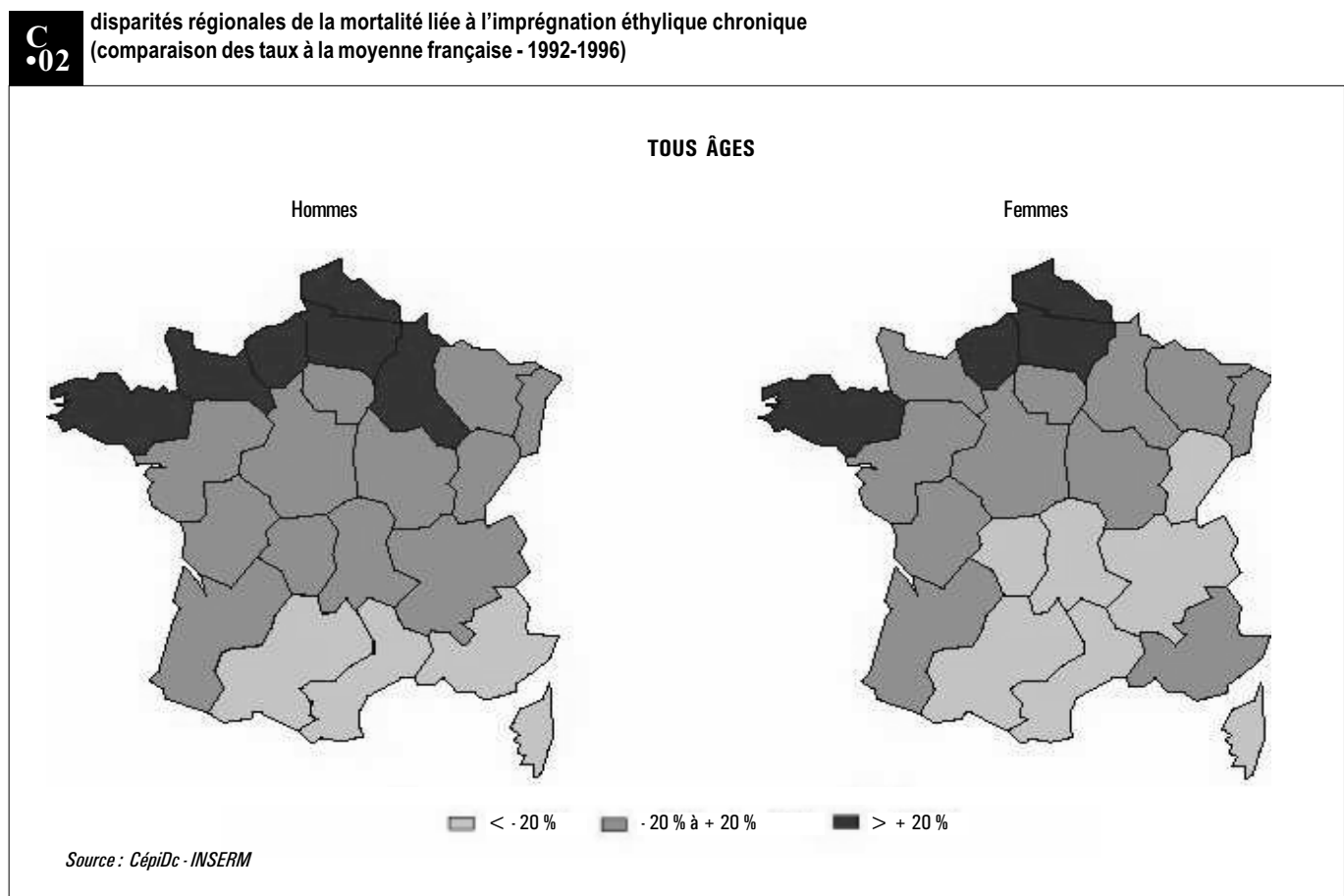
guedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte-d'Azur forment la zone de plus faible mortalité.

Chez les femmes, le gradient nord-sud est moins net. Seules quatre régions, situées au nord, présentent une surmortalité de plus de 20% par rapport à la moyenne nationale : la Bretagne, la Haute-Normandie, le Nord -Pas-de-Calais et la Picardie. Les régions de faible mortalité sont en revanche plus nombreuses et s'étendent de la Franche-comté à la région Midi-pyrénées. Bien que situées au sud, l'Aquitaine présente une mortalité moyenne ainsi que la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Quel que soit le sexe, le Nord -Pas-de-Calais est la région la plus touchée, la région Midi-Pyrénées la plus favorisée. Le rapport entre les taux extrêmes est plus important chez les femmes que chez les hommes.

L'analyse réalisée à l'échelon départemental pour les hommes (car-

tes 3) montre que les départements présentant une surmortalité significative appartiennent en général aux régions de forte mortalité mais avec toutefois quelques exceptions. Dans le nord de la France, plusieurs départements échappent à la forte mortalité de leur région. Dans les régions centrales, trois départements se distinguent dans leur région par leur forte mortalité : la Nièvre (Bourgogne), la Haute-Saône (Franche-Comté) et la Loire-Atlantique (Pays de Loire). Au sud, ce sont la Gironde et la Dordogne qui déterminent la situation de moyenne mortalité de la région Aquitaine, les autres départements présentant une mortalité faible, tandis qu'en PACA, le département du Var apparaît plus touché que ses voisins.

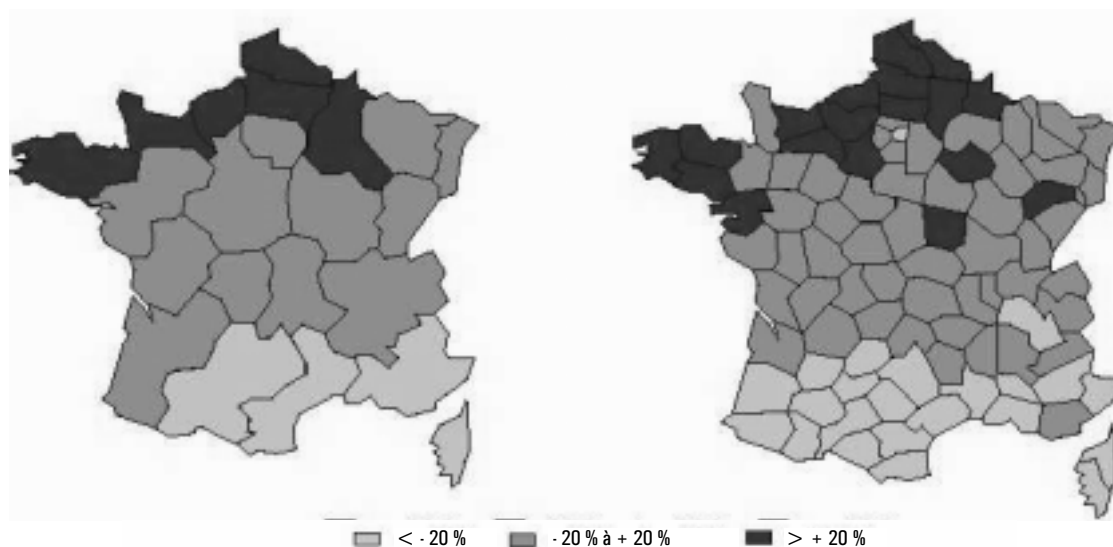
Les disparités régionales ont peu évolué dans le temps (cartes 4). La zone de surmortalité des régions côtières de la Bretagne au Nord - Pas-de-Calais est restée inchangée. Sur



C
03

disparités régionales et départementales de la mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique (comparaison des taux à la moyenne française - 1992-1996)

HOMMES

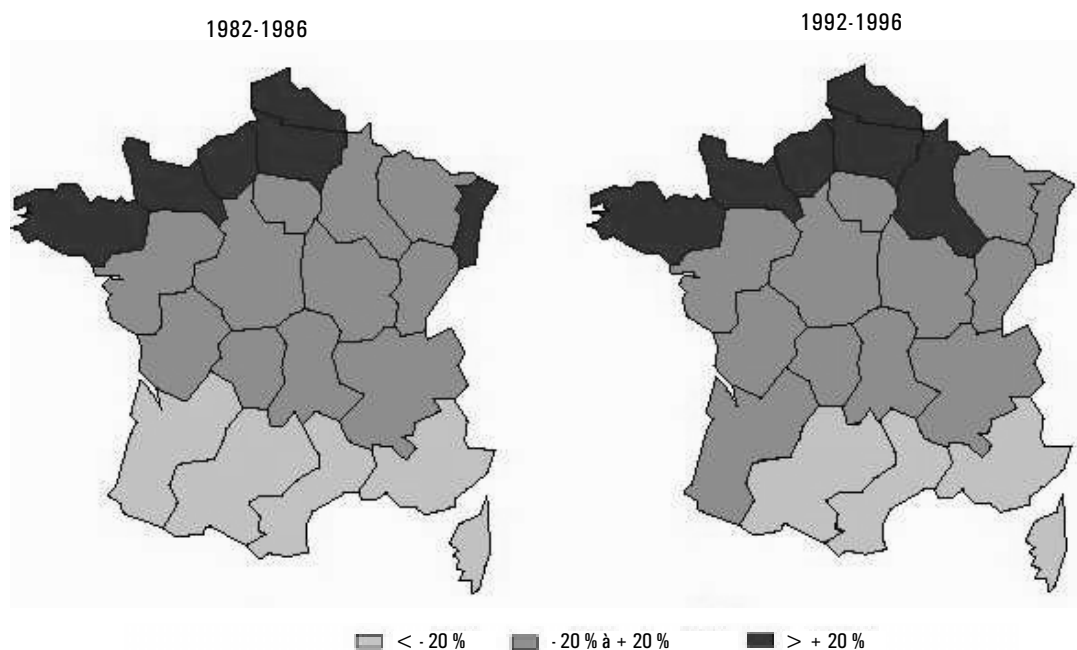


Source : CépiDc - INSERM

C
04

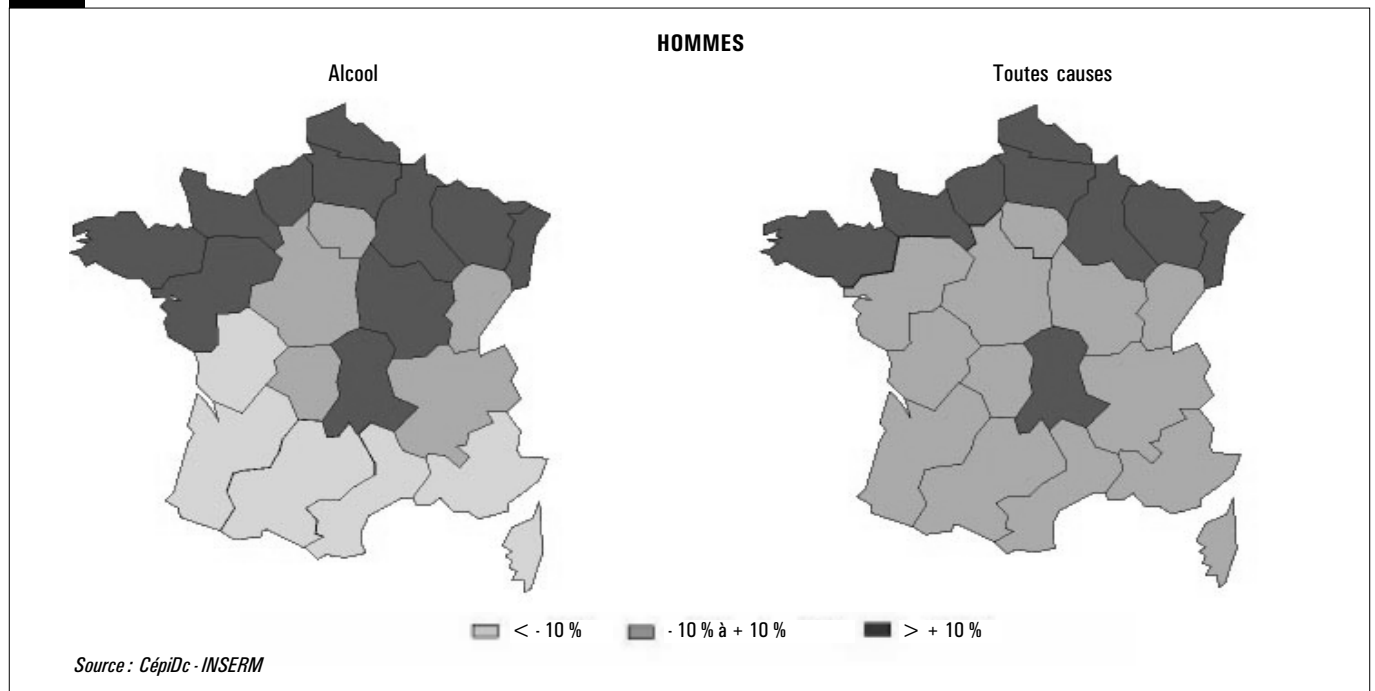
disparités régionales de la mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique comparée à la moyenne française à dix ans d'intervalle

HOMMES



Source : CépiDc - INSERM

7

C
05disparités régionales de la mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique
et de la mortalité toutes causes (comparées à la moyenne française - 1992-1996)

l'ensemble du territoire, trois régions ont cependant vu leur situation modifiée. Au nord, la Champagne-Ardenne s'est rattachée à la zone de forte mortalité tandis que l'Alsace a amélioré sa situation. Au sud, l'Aquitaine est passée du groupe de faible mortalité au groupe de mortalité moyenne.

En fin de compte, la géographie de la mortalité alcoolique est très proche de celle observée pour la mortalité générale avec des disparités accentuées (cartes 5). Cette similitude des disparités spatiales s'explique sans doute en partie par l'effet de l'alcool sur un grand nombre d'autres pathologies mais laisse surtout supposer que des facteurs « généraux » d'ordre social (précarité), culturel ou environnemental sont impliqués dans ces variations spatiales, et peuvent en retour « expliquer » un usage prononcé de l'alcool³.

3. Cependant, certaines études ont montré que les disparités entre régions peuvent subsister même après contrôle des caractéristiques socioprofessionnelles des populations (Atlas de la santé en France).

Au total, 35 000 à 45 000 décès par an seraient attribuables à l'alcool

Dans l'analyse précédente n'ont été retenues que les pathologies dues ou très liées à une consommation excessive et régulière d'alcool diagnostiquées en cause initiale de décès. Mais on sait que l'alcool intervient comme cause déterminante de nombreuses morts violentes ou comme facteur aggravant dans un grand nombre de pathologies. Si l'on ajoute les décès pour lesquels le médecin certificateur a porté une mention d'alcool en causes associées, le nombre total de décès imputables à l'alcool s'élève à près de 35 000 en 1998, et à un décès sur quatre chez les hommes de 45 à 54 ans.

On peut rapprocher ces résultats des estimations de décès attribuables à l'alcool effectuées selon des approches méthodologiques très différentes (utilisation de fractions de décès attribuables à l'alcool, obtenues à partir d'enquêtes épidémiologiques). Par cette

méthode, Catherine Hill a ainsi estimé en 1995 le nombre annuel de décès attribuables à l'alcool à 45 000 pour la population des plus de 25 ans. ●

Pour en savoir plus

- MICHEL E., DROUARD S., LE TOULLEC A. et HATTON F., 1997, « Mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique – situation en 1993 et tendances évolutives », in *L'alcool à chiffres ouverts*, C. GOT et J. WEILL, Éditions Seli Arslan.
- PIGNON JP., HILL C., 1991, « Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985 », in *Gastroentérol Clin Biol*, 1991, 15, 51-56, Masson, Paris.
- ZUREIK M., DUCIMETIÈRE P., 1996, « High Alcohol-Related Premature Mortality in France: Concordant Estimates from a Prospective Cohort Study and National Mortality Statistics in Alcohol », *Clin Exp Res*, vol. 20, n° 3, pp. 428-433.
- HILL C., 2000, « Alcool et risque de cancer », in *Actualité et dossier en santé publique, revue du Haut comité de santé publique*, n° 30, mars.
- JOUGLA É., « L'inégalité sociale devant la mort », in *Atlas de la santé en France, volume 1 : Les causes de décès*, G. SALEM, S. RICAN, É. JOUGLA.