



ALCOOL ET SANTÉ

LES EFFETS DE LA CONSOMMATION MODÉRÉE ET RÉGULIÈRE D'ALCOOL

Version intégrale



ISBN 2-9807330-5-9
Dépôt légal
2005

PRÉSENTATION

Il y a sept ans déjà, lorsqu'Éduc'alcool a publié sa première monographie sur l'alcool et la santé, nous avons pris soin de signaler qu'au bout d'un certain temps, les données que nous diffusons nécessiteraient une mise à jour. C'est le cas maintenant.

Mais, il y a d'autres raisons qui justifient la publication de cette nouvelle version d'*Alcool et santé*.

De fait, l'aspect de l'alcool qui intéresse le plus les Québécois est son lien avec la santé ; les résultats de nos recherches à ce sujet sont constants.

En outre, ce thème est plus que jamais d'actualité : les médias rapportent, mois après mois, de nouvelles données et en traitent abondamment dans leurs colonnes. Nous sommes loin d'avoir épuisé le sujet.

Enfin, Éduc'alcool est un organisme dont la mission est d'éduquer, d'informer et de sensibiliser à la consommation d'alcool. Il doit donc traiter du lien alcool-santé.

Cette monographie, dont il existe aussi une version abrégée, ne met pas le point final à cette question. Nous ne pouvons ignorer l'évolution constante de la recherche et laisser croire que nous connaissons enfin LA vérité. Un jour, cette publication devra être, une fois de plus, remise à jour.

Ce document fait donc le point sur de multiples recherches relatives à l'alcool et à la santé disponibles aujourd'hui. Il s'inspire en majeure partie de deux recensions d'études exhaustives :

- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2002). Health Benefits and Risks of Moderate Alcohol Consumption Policy Background Paper, Alberta, Canada : AADAC.
- American Council on Science and Health (1999). Moderate Alcohol Consumption and Health, New-York, USA : ACSH.

Nous tenons à remercier ici madame Catherine Paradis, M. Sc., pour la rigueur de son travail et l'effort de simplification des données auquel elle s'est livrée et à souligner la précieuse collaboration de madame Louise Nadeau, Ph. D., professeur titulaire à l'Université de Montréal.

Il importe d'être extrêmement prudent dans la diffusion de ces données car, après tout, chaque personne est unique. Aussi avons-nous choisi de présenter d'emblée certains repères d'importance. Même s'ils ne sont pas partie intégrante de l'étude, ils la replacent dans le contexte d'un rapport global des consommateurs face à l'alcool.

Les conclusions de cette monographie, pour nuancées qu'elles soient, n'en sont pas moins claires : à partir de la ménopause chez les femmes et de la quarantaine chez les hommes, la consommation modérée et régulière d'alcool a généralement des effets bénéfiques pour la santé.

En d'autres mots, la modération a bien meilleur goût.

Le conseil d'administration d'Éduc'alcool



REPÈRES

Chaque personne est unique

Les effets de l'alcool sur la santé varient d'une personne à l'autre. Il faut se garder de généraliser. Ce qui est bon pour la majorité des gens ne l'est pas nécessairement pour tous. Il importe donc de se renseigner adéquatement et surtout de bien se connaître soi-même.

Les effets bénéfiques de l'alcool

Les recherches scientifiques et les études disponibles démontrent que, pour la plupart des gens, une consommation régulière et modérée d'alcool – un ou deux verres par jour – apporte une certaine protection contre les maladies cardiovasculaires, les maladies artérielles périphériques, le diabète de type 2 et les calculs biliaires. Elle a aussi d'autres bénéfices, notamment sur la condition psychosociale des personnes, de même qu'elle réduit les risques de rhumatisme, d'arthrite et de calculs rénaux.

À partir d'un certain âge

L'effet protecteur de l'alcool ne se fait pas sentir auprès des plus jeunes. Il augmente avec l'âge et avec l'accroissement des risques de maladies.

Pour les hommes, il s'accroît à partir de la quarantaine; pour les femmes, à partir de la ménopause. C'est auprès des personnes âgées de 60 ans et plus que les effets bénéfiques de l'alcool sont les plus évidents.

Une consommation régulière

Les effets bénéfiques de l'alcool ne se manifestent que dans les cas de consommation régulière. Elle doit être répartie à peu près également tous les jours. Prendre deux verres par jour durant sept jours et prendre sept verres par jour durant deux jours n'est absolument pas la même chose.

Une consommation modérée

Boire un verre ou deux par jour, c'est bien. Mais boire deux fois plus, ce n'est pas deux fois meilleur pour la santé. Les effets bénéfiques de l'alcool ne se font sentir que lorsque la consommation est modérée et qu'elle se limite de 9 à 11 consommations hebdomadaires pour les femmes et de 14 à 17 pour les hommes. Au-delà de ce seuil, les effets bénéfiques disparaissent.



Pour tous les produits

Les effets bénéfiques de l'alcool sur la santé peuvent varier d'un produit à l'autre. Certains, notamment le vin rouge, pourraient posséder des effets protecteurs additionnels que d'autres n'ont pas. Toutefois, les effets protecteurs dont nous traitons ici s'appliquent à l'alcool, quel que soit le produit : vin, cidre, bière ou spiritueux.

Un mode de consommation précis

Les effets bénéfiques de l'alcool se manifestent davantage lorsque la consommation se fait autour d'un repas. Se servir un apéro ou prendre un verre à table, ce n'est pas la même chose que boire un verre le matin à jeun, par exemple.

L'alcool, c'est de l'alcool

Il y a autant d'alcool dans un verre de 341 ml (12 oz) de bière ou de cidre à 5% que dans un verre de 142 ml (5 oz) de vin à 12% ou dans un verre de 43 ml (1,5 oz) de spiritueux à 40%. Il s'agit là des formats habituels des verres de consommation à l'exception du cidre que l'on boit généralement dans un verre de 142 ml.

Boire n'est pas tout

Cesser de fumer, bien se nourrir, faire de l'exercice sont autant de moyens à mettre en oeuvre pour réduire les risques. Il ne suffit pas de consommer un ou deux verres d'alcool tous les jours pour être en bonne santé ou pour diminuer les risques de maladies.

Ce n'est pas obligatoire de boire

Il y a des gens qui, pour de multiples raisons, choisissent de ne pas consommer d'alcool. Si c'est votre cas, personne ne vous recommande de commencer à boire pour des raisons médicales. Après tout, on consomme de l'alcool pour le plaisir et par choix personnel, pas comme médicament.

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, de nombreuses études ont montré un lien entre le taux de mortalité et une consommation modérée et régulière d'alcool. Les résultats de ces études vont presque tous dans le même sens, à savoir que l'alcool protège contre certaines maladies, notamment les maladies cardiovasculaires (Camargo, 1999; Corrao et al., 2000; Klatsky, 1999; Meister et al., 2000; pour une synthèse : US Department of Health and Human Services, 1998). Néanmoins, l'information reçue quant aux effets protecteurs de l'alcool n'est pas toujours pondérée par les risques qu'elle pourrait entraîner. Selon White et al. (2002), consommer de l'alcool, même en petite quantité, pourrait faire augmenter les risques d'accidents et accroître la probabilité de développer environ 60 maladies notamment plusieurs cancers, les cirrhoses du foie ainsi que des troubles neuropsychologiques. Le but de ce texte est de définir ce qu'est une consommation modérée et régulière d'alcool, puis de décrire, dans un langage courant, quels sont ses effets sur la santé, tant ses effets protecteurs que ses risques éventuels.

Ce texte porte uniquement sur la consommation modérée et régulière d'alcool puisque c'est le seul mode de consommation pour lequel la documentation scientifique rapporte de possibles effets bénéfiques pour la santé. La consommation abusive d'alcool et la consommation d'alcool lors de situations inappropriées sont potentiellement dangereuses pour le buveur et son entourage. Aucun passage de ce texte ne doit être interprété comme étant une approbation de la consommation abusive d'alcool – la modération a bien meilleur goût.

En ce qui a trait à la santé, il importe aussi de mentionner que l'alcool est un facteur explicatif parmi tant d'autres. Les bénéfices associés à la consommation modérée et régulière d'alcool ne peuvent compenser pour les effets dommageables qu'entraînent, par exemple, le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'obésité ou un faible statut socioéconomique (Klatsky, 1999; Meister et al., 2000; Thun et al., 1997). Le but de ce texte n'est pas d'encourager ou d'empêcher la consommation d'alcool, mais bien de fournir de l'information relative aux effets de la consommation modérée et régulière d'alcool sur la santé afin d'aider les individus à prendre des décisions éclairées et adaptées à leurs situations en matière d'alcool et de santé. Prendre la décision de boire ou de ne pas boire d'alcool sera toujours un choix individuel reflétant les valeurs culturelles, les croyances religieuses, les préférences ainsi que les caractéristiques personnelles d'une personne.

ALCOOL ET SANTÉ

Consommation modérée et régulière d'alcool (CMRA)

La consommation modérée d'alcool peut généralement être définie comme étant « un niveau de consommation où les risques de problèmes reliés à l'alcool sont minimes, et ce, tant pour le buveur que pour son entourage » (Meister et al., 2000). Il est difficile de donner une définition quantitative du boire modéré puisque l'alcool peut avoir des effets fort différents d'une personne à l'autre. Néanmoins, des repères peuvent toujours être utiles et c'est pourquoi, depuis quelques années, les organismes de référence au Canada font valoir les recommandations suivantes :

- Ne pas boire plus de **2 verres standard** par jour ;
- Femmes : limiter la consommation à **9 verres standard** par semaine ;
- Hommes : limiter la consommation à **14 verres standard** par semaine.

Les recommandations canadiennes pour une consommation d'alcool à faible risque proposent des quantités moins grandes que celles d'autres pays occidentaux. Elles sont également moins grandes pour les femmes que pour les hommes. En effet, lorsque les femmes consomment des quantités égales à celles des hommes, elles ont un taux d'alcoolémie plus élevé (Camargo, 1999; Klatsky, 1999; Mummenthaler et al., 1999). Cette différence est principalement attribuable à des différences entre les sexes quant à la distribution et au métabolisme de l'alcool dans le corps (Camargo, 1999; Mummenthaler et al., 1999; pour une synthèse : US Department of Health and Human Services, 2000b). D'une part, lorsque l'alcool est absorbé, il est dilué dans l'eau du corps humain mais, en moyenne, le corps d'une femme contient moins d'eau que celui d'un homme, étant donné le plus haut ratio de gras et le plus petit poids corporel de ces dernières. D'autre part, si le foie est l'organe principal où l'alcool est métabolisé, il reste qu'environ 10 % de la transformation métabolique de l'alcool se produit ailleurs dans le corps et que la déshydrogénase d'alcool (ADH dorénavant dans le texte) est un des enzymes clés impliqués dans la transformation de l'éthanol¹. Or, les femmes

ont à la fois un foie de taille inférieure à celui des hommes et possèdent de plus petites quantités d'ADH. Bref, même lorsque les quantités d'alcool consommées sont pondérées pour le poids corporel, les femmes ont une plus grande concentration d'alcool dans le sang que les hommes (Camargo, 1999; Mummenthaler et al., 1999; Nadeau, 1999; National Health & Medical Research Council, 2001). Les probabilités des femmes de s'intoxiquer s'en voient augmentées lors d'une consommation égale à celle de leurs vis-à-vis masculins (National Health & Medical Research Council, 2001).

Quant aux personnes âgées, il semble qu'en vieillissant, l'être humain ait un métabolisme se rapprochant davantage de celui de la femme que de l'homme. Au fil des ans, la masse musculaire diminue et la masse grasseuse augmente, ce qui a pour effet de réduire le volume total d'eau dans le corps. Ainsi, la consommation d'une quantité donnée d'alcool engendrera un plus petit niveau d'alcool dans le sang chez un jeune adulte que chez une personne plus âgée du même poids et du même genre. De plus, l'ADH gastrique diminue avec l'âge, ce qui contribue d'autant à faire augmenter le taux d'alcool dans le sang. Ces faits expliquent pourquoi les directives pour les personnes âgées sont, elles aussi, moins élevées que celles prescrites pour les hommes plus jeunes.

Certains sous-groupes de la population possèdent des caractéristiques particulières et les différences individuelles représentent le plus grand défi pour ceux qui tentent de définir les paramètres d'une consommation modérée d'alcool. Comme c'est le cas dans d'autres pays, les recommandations canadiennes font mention de certains sous-groupes de la population qui devraient d'abstenir de consommer de l'alcool ou, tout au moins, consommer de moindres quantités que celles recommandées dans les directives générales. Ces sous-groupes comprennent les personnes affligées de problèmes de santé particuliers, les personnes sous médication, celles avec une histoire personnelle ou familiale de dépendance à l'alcool, les femmes enceintes ou celles désirant le devenir, les femmes qui allaitent, les personnes qui doivent être alertes, celles qui conduisent un véhicule,

¹ La déshydrogénase d'alcool constitue la défense primaire contre l'alcool. Les niveaux élevés de la déshydrogénase d'alcool dans le foie et l'estomac détoxifient environ un verre standard d'alcool chaque heure. L'alcool est converti en acétaldéhyde, une molécule bien plus toxique, qui est alors rapidement convertie en acétate et d'autres molécules qui sont facilement utilisées par les cellules du corps humain (Research Collaboratory for Structural Bioinformatics, 2004).

celles qui pratiquent une activité physique exigeante ainsi que celles qui ont la responsabilité de la sécurité d'autrui (Bondy et al., 1999; CAMH, 2003; Single, 2000; pour une synthèse : National Health & Medical Research Council, 2001). Finalement, il est recommandé que les gros buveurs réduisent leur consommation et il n'est jamais conseillé que les abstinentes commencent à boire dans le seul but d'améliorer leur santé (Ashley, 2000; Bondy et al., 1999; Meister et al., 2000). Force est de constater que ces recommandations ne visent qu'une partie de la population.

Définition d'un verre standard d'alcool

Malgré ces recommandations, il peut toujours subsister une certaine confusion entourant ce qu'est une consommation modérée d'alcool puisque ces recommandations impliquent une définition d'un verre standard d'alcool. Un verre standard dépend de plusieurs facteurs tels le type d'alcool servi, le pourcentage d'alcool contenu dans la boisson, l'endroit où la consommation est servie ; soit à la maison, où la quantité est souvent plus grande (Lemmens, 1994), ou dans un établissement détenteur d'un permis d'alcool où la quantité versée dans un verre est contrôlée (Meister et al., 2000). À cela s'ajoute la nature du produit servi. Par exemple, plusieurs personnes commettent l'erreur de croire que la bière est moins intoxicante que d'autres types d'alcool. Or, ceci est faux puisque, même si le pourcentage d'alcool dans une bière est moins élevé que le pourcentage dans un verre de vin ou de spiritueux, la quantité d'alcool par verre de bière, elle, ne l'est pas – la bière étant généralement servie en plus grande quantité que le vin ou les spiritueux.

On définit un verre standard de la façon suivante :

1 verre de bière	341 ml	12 oz	5 % d'alcool
1 verre de vin	142 ml	5 oz	12 % d'alcool
1 verre de spiritueux	43 ml	1,5 oz	40 % d'alcool
1 verre de vin fortifié	85 ml	3 oz	18 % d'alcool

Les bières fortes et certains alcools pré-mélangés contiennent plus d'alcool qu'un verre standard. Il importe de vérifier la quantité d'alcool sur l'étiquette de la bouteille.

L'importance des modèles de consommation

En général, on classifie un buveur comme étant modéré ou abusif en fonction de la quantité moyenne d'alcool consommé au cours d'une certaine période de temps, habituellement une semaine. Or, cette information à elle seule ne parvient pas à nous donner une image complète des habitudes de consommation d'une personne. En effet, certaines personnes consomment tous les jours, alors que d'autres consomment plus sporadiquement, uniquement les fins de semaine par exemple. Les effets sur la santé de ces deux modes de consommation sont fort différents même si la quantité totale d'alcool consommée est la même. Consommer deux verres quotidiennement n'a certainement pas les mêmes effets sur la santé et sur l'entourage que de consommer 14 verres le samedi soir et s'abstenir les six autres jours.

Une consommation abusive épisodique peut être extrêmement dommageable pour la santé, même si la quantité moyenne d'alcool consommé hebdomadairement se situe dans les limites d'une consommation modérée. Une consommation abusive lors d'une occasion donnée constitue un risque pour la santé en ce sens qu'elle augmente la probabilité d'occurrence de comportements à risque tels que les relations sexuelles non protégées, la conduite avec facultés affaiblies, les comportements violents et les accidents, notamment les chutes avec traumatisme crânien. Une consommation abusive répétée prédispose à des problèmes de santé à long terme tels que les maladies cardiovasculaires, les cirrhoses du foie et la possibilité de développer une dépendance à l'alcool (Bondy et al., 1999; National Health & Medical Research Council, 2001).

Afin d'éviter les ivresses, une consommation modérée, régulière et responsable nécessite que les gens limitent autant leur consommation d'alcool par occasion que leur consommation hebdomadaire moyenne.

LES EFFETS BÉNÉFIQUES D'UNE CMRA SUR LA SANTÉ

La consommation modérée et régulière d'alcool est associée à une diminution de risques de certaines maladies. D'après le corpus de travaux disponibles sur le sujet, c'est surtout au chapitre des maladies cardiovasculaires que se manifestent les bénéfices d'une consommation modérée et régulière (Meister et al., 2000).

Les maladies cardiovasculaires

Indépendamment d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires et l'obésité, la consommation modérée et régulière d'alcool serait associée à une diminution de risque de ce type de maladie (Corrao et al., 2000; Klatsky, 1999; National Health & Medical Research Council, 2001; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1999, 2000b; Thun et al., 1997). Cela dit, c'est une petite quantité d'alcool qui peut entraîner une diminution de risque de maladies cardiovasculaires. Prendre un à deux verres par jour est associé à une diminution de risque d'au moins 30 % alors qu'à de plus hauts niveaux de consommation, l'effet bénéfique de l'alcool est annulé (Gaziano et al., 1993; Marmot & Brunner, 1991; Pearson, 1996; Thun et al., 1997). Il faut aussi mentionner que les effets protecteurs de l'alcool ont jusqu'à présent uniquement été observés chez les personnes plus âgées – à partir de la quarantaine chez les hommes et à partir de la ménopause chez les femmes – et c'est auprès des personnes âgées de 60 ans et plus que les effets protecteurs de l'alcool seraient les plus évidents. En fait, les effets bénéfiques d'une consommation modérée et régulière d'alcool pourraient ne se faire ressentir que chez les personnes présentant des risques élevés de maladies cardiovasculaires (Ashley, 2000).

L'alcool protège contre les maladies cardiovasculaires d'au moins deux façons. Environ la moitié de l'effet protecteur de l'alcool provient du fait qu'à long terme, une consommation modérée et régulière d'alcool augmente le taux de lipoprotéines de haute densité (high density lipoproteins ou HDL dorénavant dans le texte), soit le bon cholestérol (Criqui et al., 1987; Fournier & Nadeau, 1997; Langer et al., 1992; Suh et al., 1992). Le HDL retire le cholestérol, i.e. les molécules de gras, des parois artérielles et prévient ainsi les blocages dus à l'accumulation de cholestérol. L'autre moitié de l'effet protecteur résulte des propriétés inhibitrices que l'alcool, à court terme, peut avoir sur la réduction de la formation de caillots sanguins (Ashley, 2000; Camargo, 1999;

James, 1999; Meister et al., 2000). De plus en plus d'études suggèrent qu'une partie de l'effet cardioprotecteur de l'alcool résulterait de l'amélioration des profils antithrombotiques et fibrinolytiques qu'entraîne une consommation modérée et régulière d'alcool et ce, indépendamment de la production de HDL qu'elle engendre.

Finalement, ce sont tous les types d'alcool qui sont associés à une diminution des risques de maladies cardiovasculaires (Rimm et al., 1996). Certains chercheurs ont mentionné que le vin pourrait avoir davantage d'effets protecteurs que les autres types d'alcool, mais la majorité des résultats de recherche ne soutient pas cette hypothèse. Les bénéfices semblent être attribuables à l'alcool en tant que tel, et non pas à d'autres composantes des boissons alcoolisées (Ashley, 2000; Klatsky, 2001; Meister et al., 2000). Par ailleurs, la possibilité que les antioxydants retrouvés dans certaines boissons alcoolisées aient des effets bénéfiques additionnels n'a pas encore été exclue.

Les accidents vasculaires cérébraux et les maladies artérielles périphériques

Puisque l'alcool protège contre certaines maladies cardiovasculaires, il est possible qu'il protège aussi contre d'autres maladies que cause l'athérosclérose². Les accidents vasculaires cérébraux, ainsi que les maladies artérielles périphériques, pourraient être au nombre de ces dernières.

Les accidents vasculaires cérébraux

Il est très difficile de définir précisément la relation entre une consommation modérée et régulière d'alcool et les accidents vasculaires cérébraux puisqu'il existe deux types d'accidents aux causes fort différentes. Un accident vasculaire cérébral ischémique ressemble beaucoup à une crise cardiaque, à l'exception que l'AVC ischémique implique un blocage des artères du cerveau plutôt que de celles amenant le sang au cœur. Par ailleurs, un accident vasculaire cérébral hémorragique est causé par un tout autre mécanisme impliquant la rupture d'une artère par anévrisme ou par sclérose au cerveau (Fournier & Nadeau, 1997).

Puisque l'alcool augmente de façon bénéfique le taux de cholestérol HDL qui prévient la formation de caillots sanguins, on s'attend à ce qu'une consommation modérée et régulière d'alcool réduise le risque d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques. Inversement, ce même effet préventif qu'a

² « L'athérosclérose est le résultat d'une accumulation de dépôts de graisses sur la paroi des artères. À mesure que la plaque graisseuse augmente dans les vaisseaux, les parois artérielles s'épaississent, ce qui ralentit le débit sanguin et diminue l'apport d'oxygène et de substances nutritives vers les tissus. » (Fournier & Nadeau, 1997 : p.15).

l'alcool sur la formation de caillots sanguins augmente le risque d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (Ashley, 2000; Camargo, 1999; Fournier & Nadeau, 1997; Klatsky, 1999; Meister et al., 2000) Par conséquent, l'effet global de l'alcool sur les accidents vasculaires cérébraux dépend du type d'accidents qui prédomine dans une population donnée, soit ischémique chez les gens d'âge moyen et les personnes âgées de populations occidentales et hémorragique chez les jeune adultes et les non-occidentaux.

Bref, les conclusions à tirer en ce qui a trait à la relation entre l'alcool et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas certaines. Il faut plus de recherches afin de distinguer le risque encouru selon le type d'accident (Meister et al., 2000; US Department of Health and Human Services, 2000a).

Les maladies artérielles périphériques

Une maladie artérielle périphérique est une condition où la circulation sanguine aux bras et aux jambes est compromise en raison du rétrécissement des vaisseaux sanguins, ce qui entraîne une perte de sensations et un affaiblissement des muscles (National Health and Medical Research Council, 2001; U.S. Department of Health and Human Services, 2000a). Une consommation modérée et régulière d'alcool est associée à une réduction du risque de maladies artérielles périphériques (Ashley, 2000; Camargo, 1999; Meister et al., 2000; National Health and Medical Research Council, 2001; U.S. Department of Health and Human Services, 2000a). Puisque les maladies artérielles périphériques et les accidents vasculaires cérébraux sont des affections qui ont en commun une même pathologie – la présence d'athérosclérose – il est pressenti que les effets protecteurs soient similaires (Meister et al., 2000; National Health and Medical Research Council, 2001).

Les diabètes

Plusieurs études ont indiqué que l'alcool pourrait avoir un effet protecteur contre le développement du diabète de type 2 qui se développe habituellement après 45 ans et qui se manifeste lorsque l'insuline continue d'être produite mais que, pour diverses raisons, elle n'est pas bien utilisée dans le corps (Ashley, 2000; Klatsky, 1999; Meister et al., 2000). Les buveurs modérés auraient environ 30 % moins de chance que les abstinentes de développer ce type de diabète (Gurwitz, 1994; Perry et al., 1995; Rimm et al., 1995; Stampfer et al., 1988). On croit que cet effet bénéfique est dû au fait que l'alcool permette aux cellules du corps humain d'être plus sensibles à l'insuline et, par conséquent, permette au corps de mieux contrôler le niveau de glucose dans le sang (Meister et al., 2000).

Les calculs biliaires (Lithiase ou cholélithiase)

Plusieurs études montrent qu'une consommation modérée et régulière d'alcool est associée à un risque réduit de calculs biliaires (Ashley, 2000; Camargo, 1999; Klatsky, 1999; Meister et al., 2000). La formation de calculs biliaires serait prévenue en raison des effets de l'alcool sur la formation d'acide biliaire et sur le HDL, soit le bon cholestérol (National Health and Medical Research Council, 2001).

Les effets psychosociaux

L'alcool est reconnu pour avoir certains effets bénéfiques sur la condition psychosociale des individus, à la fois dans la tradition populaire et dans la recherche. Une consommation modérée et régulière d'alcool favorise la relaxation, réduit le stress et améliore l'humeur et la sociabilité (Ashley, 2000; Brodsky & Peele, 1999; Meister et al., 2000; Saunders, 1998; US Department of Health and Human Services, 2000a). Brodsky & Peel (1999) mentionnent qu'une consommation modérée et régulière d'alcool peut avoir un impact positif sur la sociabilité, la cohésion sociale, la créativité et les moments de loisirs. Ces bénéfices psychosociaux, comme tous les autres bénéfices attribués à l'alcool, peuvent varier d'une culture à l'autre et sont dépendants de la quantité d'alcool consommé, de la façon dont l'alcool est consommé ainsi que des attentes à l'égard des effets de l'alcool (Meister et al., 2000; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000b; US Department of Health and Human Services, 2000a).

Les autres effets bénéfiques

D'autres effets bénéfiques sont suggérés par la recherche. Ainsi, l'alcool permettrait de réduire les risques rhumatoïdes ou de rhumatismes chez les femmes, d'arthrite, de pierres aux reins, d'infections ainsi que de simples gripes. On a aussi émis l'hypothèse que l'alcool puisse être associé à une augmentation de la densité minérale des os (Ashley, 2000; Meister et al., 2000; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000a).

Au plan cognitif, une consommation modérée et régulière d'alcool pourrait aussi être bénéfique. Une étude réalisée en France a montré une amélioration des fonctions cognitives chez les femmes (Dufouil et al., 1997 in : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000b) et une autre étude a rapporté que les risques de démence étaient moindres chez les buveurs modérés que chez les abstinentes (Orgogozo et al., 1997 in : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000b). Néanmoins, à ce jour, les effets d'une consommation modérée et régulière sur des habiletés cognitives telles que la mémoire, le raisonnement et la pensée, restent un sujet de recherche largement inexploré (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000b).

LES RISQUES D'UNE CONSOMMATION MODÉRÉE ET RÉGULIÈRE : AUCUNE CERTITUDE

S'il n'y a pas de doutes qu'une consommation abusive d'alcool est néfaste pour la santé, les risques que pourrait engendrer une consommation modérée et régulière d'alcool sont moins connus et parfois controversés. La recherche épidémiologique en la matière est récente et ne fait que commencer à mettre en lumière de possibles dangers d'une telle consommation.

Outre les risques de blessures et d'accidents qui peuvent apparaître après un ou deux verres seulement dans certains cas (Meister et al., 2000; National Health & Medical Research Council, 2001) et le fait que boire de façon modérée peut faire chuter la valeur nutritive d'une diète puisque l'apport calorique de l'alcool est considérable mais apporte peu de nutriments essentiels, les maladies les plus souvent mentionnées lorsqu'il est question des risques d'une consommation modérée d'alcool sont le cancer du sein, le cancer colorectal et la cirrhose du foie.

La plupart des études, dont une méta-analyse de 38 études (Longnecker, 1994), montrent une relation linéaire où le risque augmente graduellement avec la consommation, et ce, même à des niveaux où la consommation n'excède pas un ou deux verres par jour (Camargo, 1999; Hankinson et al., 1995; Meister et al., 2000; Nasca et al., 1991; National Health & Medical Research Council, 2001; Smith-Warner et al., 1998; Van den Brandt et al., 1995; US Department of Health and Human Services, 2000c). Les études sur le sujet indiquent que le lien entre le cancer du sein et la consommation d'alcool serait tout aussi observable chez les femmes pré-ménopausées que chez celles qui le sont déjà (US Department of Health and Human Services, 2000c). Toutefois, il est évident que des recherches plus poussées s'imposent avant de tirer des conclusions sur la relation entre l'alcool et ce type de cancer, de même que l'interaction possible entre la consommation d'alcool, la masse corporelle des femmes, les thérapies hormonales et l'historique de la famille en ce qui a trait au cancer du sein (Anonyme, 2002). En effet, il n'est pas prouvé que l'association entre le cancer du sein et une consommation modérée d'alcool soit causale (Morgan et al., 1998).

D'autres études épidémiologiques auraient montré un lien entre la consommation d'alcool et le risque de développer un cancer colorectal (Chyou et al., 1996; Giovannucci et al., 1995; Glynn et al., 1996; Goldbohm et al., 1994; Klatsky et al., 1988; Meyer & White, 1993). Certaines études indiquent que ce risque serait observable à des niveaux de consommation qui sont inférieurs ou très peu au-dessus du seuil acceptable de consommation modérée. Néanmoins, d'autres recherches n'ont pas observé de lien entre alcool et cancer colorectal (Gapstur et al., 1994; Gerhardsson de Verdier et al., 1993; Hoshiyama et al., 1993; Tavani et al., 1998). Ainsi, tout comme pour le cancer du sein, il n'est pas certain qu'il y ait un lien causal, ni même une association entre une faible consommation d'alcool et le risque de développer un cancer colorectal (Arria & Gossop, 1998; US Department of Health and Human Services, 2000a; Klatsky, 1999).

En ce qui a trait aux pathologies du foie, le niveau de consommation à partir duquel le risque de maladie augmente *est incertain*. Certains résultats de recherche font état que le risque apparaîtrait à partir des limites supérieures des recommandations de consommation modérée. Contrairement à ce qui est le cas pour un grand nombre d'effets néfastes associés à la consommation d'alcool, la probabilité d'être atteint d'une maladie du foie serait plus élevée chez les buveurs quotidiens que chez les gens qui consomment peu souvent mais en grandes quantités (Arria & Gossop, 1998; US Department of Health and Human Services, 2000a).

CONCLUSION

Les effets d'une consommation modérée et régulière d'alcool sur la santé varient d'un individu à l'autre. À l'heure actuelle, il n'est pas possible – et il ne le sera probablement jamais – de formuler des recommandations s'appliquant à toute la population sans distinction. Pour certains, soit les personnes avec une histoire familiale ou personnelle de dépendance à l'alcool, les personnes sous médication, les femmes enceintes ou désirant l'être, la consommation d'alcool entraîne des risques particuliers. Pour des raisons de santé, ces personnes devraient sans doute s'abstenir de consommer ou consulter leur médecin avant de prendre la décision de boire de l'alcool. Pour d'autres, les bénéfices associés à une consommation modérée et régulière d'alcool varient selon l'âge.

Chez les jeunes adultes, aucun effet bénéfique de l'alcool sur la mortalité n'a été observé. Cette absence de bénéfices est prévisible puisque l'alcool protège essentiellement contre les maladies cardiovasculaires qui sont très peu fréquentes chez les jeunes adultes. Il est possible qu'une consommation modérée d'alcool chez les jeunes adultes les protège ultérieurement contre ce genre de maladie, mais la démonstration d'un tel processus reste à faire.

Parmi le groupe des personnes plus âgées (les femmes ménopausées et les hommes de plus de 40 ans), une consommation modérée et régulière d'alcool est associée à une réduction de mortalité principalement en raison des effets protecteurs de l'alcool sur les dépôts graisseux dans les vaisseaux sanguins. Une récente étude a aussi permis de démontrer que les comportements suivants : adhérer à une diète méditerranéenne, faire de l'activité physique, s'abstenir de fumer et boire de façon modérée étaient quatre facteurs associés à une diminution de risque de la mortalité en général chez les personnes âgées entre 70 et 90 ans (Knops et al., 2004).

Il importe de rappeler que les effets bénéfiques de l'alcool sur la santé sont observables à de bas niveaux de consommation et pour certaines catégories de personnes. Par ailleurs, en ce qui a trait à plusieurs maladies, même si certaines études sont encourageantes, plus de recherches seront nécessaires afin de confirmer les effets bénéfiques de l'alcool. En outre, trop de gens, ignorant ce que sont les seuils de consommation bénéfiques pour la santé, consomment au-delà de ces seuils.

Il demeure que l'alcool a des effets bénéfiques sur la santé des femmes ménopausées qui ne sont pas à risque et ne consommant pas plus de 9 verres par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour, ainsi que chez les hommes de 40 ans et plus ne consommant pas plus de 14 verres par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour.

Malgré le potentiel positif d'une consommation modérée et régulière d'alcool sur la santé, personne ne devrait se sentir obligé de boire pour des raisons de santé. Une consommation modérée et régulière d'alcool n'est qu'une façon parmi une multitude d'autres qui permettent de réduire les risques d'être atteint d'une maladie cardiovasculaire. Cette recension des écrits a permis de confirmer que la décision de consommer ou de ne pas consommer d'alcool ne devrait pas être prise en fonction des effets protecteurs pour la santé mais en fonction d'autres paramètres qu'ils soient culturels, religieux, sociaux ou autres. En outre, la décision d'une personne de ne pas boire, peu importe la raison motivant cette décision, devrait toujours être respectée. Quant à la consommation abusive, ses effets néfastes sur la santé et la sécurité sont connus, tout comme il est reconnu que les intoxications peuvent aussi mettre en danger la sécurité des autres.

La modération, en toutes circonstances, a bien meilleur goût.

RÉFÉRENCES

1. ANONYME, «Thirty researchers explore link between alcohol and breast cancer», *The Brown University Digest of Addiction Theory and Application*, 2002, p. 21(1).
2. ASHLEY M.J., «Balancing the risk and benefits of moderate drinking», dans VARLEY A., éd., *Towards a global alcohol policy: The proceedings of the global alcohol policy advocacy conference*, Syracuse, New York, août 2000.
3. ARRIA A.M., GOSSOP M., «Health issues and drinking patterns», dans GRANT M., LITVAK, J., éd., *Drinking patterns and their consequences*, Taylor & Francis, Washington, DC, 1998.
4. BONDY S.J., REHM J., ASHLEY M.J., WALSH G., SINGLE E., ROOM R., «Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence», *Canadian Journal on Public Health*, 1999, p. 90, p. 264-270.
5. BRODSKY A., PEELE S., «Psychosocial benefits of moderate alcohol consumption: Alcohol's role in a broader conception of health and well-being», dans PEELE S., GRANT M., éd., *Alcohol and pleasure: A health perspective*, Brunner/Mazel, Philadelphie, 1999, p. 187-207.
6. CAMARGO C.A. Jr., «Gender differences in the health effects of moderate alcohol consumption», dans PEELE S., GRANT M., éd., *Alcohol and pleasure: A health perspective*, PA:Brunner/Mazel, Philadelphie, 1999, p. 157-170.
7. CENTER FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (CAMH), «Directives de consommation d'alcool à faible risque», www.camh.net/fr/about-addiction-mental-health/low-risk-drinking-guidelines.html, Ontario, 2003.
8. CHYOU PH., NOMURA AM., STEMMERMANN GN., «A prospective study of colon and rectal cancer among Hawaii Japanese men», *Annales of Epidemiology*, 6: 276-282, 1996.
9. CORRAO G., RUBBIATI L., BAGNARDI V., ZAMBON A., POIKOLANINEN K., «Alcohol and coronary disease: A meta-analysis», *Addiction*, 95, 1505-1523, 2000.
10. CRIQUI M.H., COWAN L.D., TYROLER H.A., BANGDIWALA S., HEISS G., WALLACE R.B., AND COHN R., «Lipoproteins as mediators for the effects of alcohol consumption and cigarette smoking on cardiovascular mortality: Results from the Lipid Research Clinics Followup Study». *American Journal of Epidemiology*, 126(4):629-637, 1992.
11. DUFOUIL C., DUCIMETIERE P., ALPEROVITCH A., «Sex differences in the association between alcohol consumption and cognitive performance», EVA Study Group. *Epidemiology of Vascular Aging*, *American Journal of Epidemiology*, 146(5): 405-412, 1997.
12. FOURNIER H., NADEAU L., *Les effets sur la santé de la consommation modérée d'alcool*, Éduc'alcool, Montréal, 1997.
13. GAPSTUR SM., POTTER JD., FOLSOM AR., «Alcohol consumption and colon and rectal cancer in postmenopausal women», *International Journal of Epidemiology*, 23: 50-57, 1994.
14. GAZIANO J.M., BURING J.E., BRESLOW J.L. et al., «Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction», *New England Journal of Medicine*, 329: 1829-1834, 1993.
15. GERHARDSSON DE VERDIER M., ROMELSIO A., LUNDBERG M., «Alcohol and cancer of the colon and rectum», *European Journal of Cancer Prevention*, 2: 401-408, 1993.
16. GIOVANNUCCI E., RIMM EB., ASCHERIO A., STAMPFER MJ., COLDITZ GA., WILLETT WC., «Alcohol, low-methionine-low-folate diets, and risk of colon cancer in men», *Journal of the National Cancer Institute*, 87: 265-273, 1995.
17. GLYNN SA., ALBANES D., PIETINEN P. et al., «Alcohol consumption and risk of colorectal cancer in a cohort of Finnish men», *Cancer Causes Control*, 7: 214-223, 1996.
18. GOLDBOHN RA., VAN DEN BRANDT PA., VANT VEER P., DORANT E., STURMANS F., HERMUS RJ., «Prospective study on alcohol consumption and the risk of cancer of the colon and rectum in the Netherlands», *Cancer Causes Control*, 5: 95-104, 1994.
19. GURWITZ JH., FIELD TS, GLYNN RJ et al., «Risk factors for non-insulindependent diabetes mellitus requiring treatment in the elderly», *J Am Geriatr Soc*; 42:1235-1240, 1994.
20. HOSHIYAMA Y., SEKINE T., SASABA T., «A case-control study of colorectal cancer and its relation to diet, cigarettes, and alcohol consumption», dans Saitama Prefecture, Japan, Tohoku, *Journal of Experimental Medicine*, 171: 153-165, 1993.
21. JAMES D., *Policy on alcohol: Literature review and update*. AB: AADAC, Edmonton, 1999.
22. KLATSKY A.L., «Is drinking healthy?», dans PEELE S., GRANT M., éd., *Alcohol and pleasure: A health perspective*, PA: Brunner/Mazel, Philadelphie, 1999, p. 141-156.
23. KLATSKY A.L., «Moderate drinking and reduced risk of heart disease», *Alcohol Research & Health*, 23, 15-23, 1999.
24. KLATSKY A.L., «Should patients with heart disease drink alcohol?», *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 285, 2004-2005, 2001.
25. KLATSKY A.L., ARMSTRONG MA., FRIEDMAN GD., HIATT RA., «The relations of alcoholic beverage use to colon and rectal cancer», *American Journal of Epidemiology*, 28: 1007-1015, 1988.
26. KNOOPS et al., «Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European», *JAMA*, 292: 1433-1439, 2004.
27. LANGER RD, CRIQUI MH, REED DM., «Lipoproteins and blood pressure as biologic pathways for effect of moderate alcohol consumption on coronary heart disease», *Circulation*; 85:910-915, 1992.

28. LEMMENS P.H., «Alcohol content of self-report and 'standard' drinks», *Addiction*, 89(5): 593-601, 1994.
29. LONGNECKER M.P., «Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review», *Cancer Causes Control*, 5: 73-82, 1994.
30. MARMOT, M & BRUNNER E., «Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U-shaped curve», *British Journal of Medicine*, 65: 242-267, 1991.
31. MEISTER K.A., WHELAN E.M., KAVA R., «The Health effects of moderate alcohol intake in humans: An epidemiologic review», *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 37, 261-296, 2000.
32. MEYER F., WHITE E., «Alcohol and nutrients in relation to colon cancer in middle-aged adults», *American Journal of Epidemiology*, 138: 225-236, 1998.
33. MORGAN J.W., GLADSON J.E., RAU K.S., «Position paper of the American Council on Science and Health on risk factors for breast cancer: established, speculated, and unsupported», *Breast Journal*, 4: 177-197, 1998.
34. MUMMENTHALER M.S., TAYLOR J.L., O'HARA R., YESAVAGE J.A., «Gender differences in moderate drinking effects», *Alcohol, Research & Health*, 23, 55-64, 1999.
35. NADEAU L., «Gender and alcohol: The separate realities of women's and men's drinking», dans PEELE S., GRANT M., éd., *Alcohol and pleasure: A health perspective*, PA: Brunner/Mazel, Philadelphie, 1999, p. 305-321.
36. NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, *Australian alcohol guidelines: Health risks and benefits*. Canberra, AU: NHMRC, 2001.
37. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, «Medical consequences of alcohol abuse», *Alcohol Research & Health*, 24, 27-31, 2000a.
38. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, «Health risks and benefits of alcohol consumption», *Alcohol Research & Health*, 24, 5-11, 2000b.
39. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, «Alcohol and coronary heart disease», *Alcohol Alert*, no. 45, www.niaaa.nih.gov/publications/aa45-text.htm, 1999.
40. ORGOGOZO J.M., DARTIGUES J.F., LAFONT S., LETENNEUR L., COMMENGES D., SALAMON R., RENAUD S., BRETÉLER M.B., «Wine consumption and dementia in the elderly: A prospective community study from the Bordeaux area», *Revue Neurologique*, 153(3): 185-192, 1997.
41. PEARSON T.A., «Alcohol and heart disease (American Heart Association Science Advisory)», *Circulation*, 94: 3023-3025, 1996.
42. PERRY IJ., WANNAMETHEE SG., WALKER MK., THOMSON AG., WHINCUP PH., SHAPER AG., «Prospective study of risk factors for the development of non-insulin-dependent diabetes in middle aged British men», *British Medical Journal*, 310:560-564, 1995.
43. RESEARCH COLLABORATORY FOR STRUCTURAL BIOINFORMATICS – RCSB, *Alcohol dehydrogenase*, www.rcsb.org/pdb/molecules/pdb13_1.html, États-Unis, 2004.
44. SAUNDERS J.B., *Defining the beneficial patterns of alcohol consumption: A survey of clinicians – étude menée pour le compte de l'International Center for Alcohol Policies*, www.icap.org/publications/beneficial_patterns.html, 19 août, 1998.
45. SINGLE E., *Moderate alcohol consumption: The public health issues – rapport présenté dans le cadre du Symposium on Moderate Alcohol Consumption*, Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2000.
46. SMITH-WARNER SA., SPIEGELMAN D., YAUNN SS. et al., «Alcohol and breast cancer in women: A pooled analysis of cohort studies», *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 279: 535-540, 1998.
47. SUH I., SHATEN J., CUTLER J.A., KULLER K.H., «Alcohol use and mortality from coronary heart disease: The role of high-density-lipoprotein cholesterol». *Annals of Internal Medicine*, 116:881-887, 1992.
48. TAVANI A., FERRARONI M., MEZZETTI M., FRANCESCHI S., LO RE A., LA VECCHIA C., «Alcohol intake and risk of cancers of the colon and rectum», *Nutrition & Cancer*, 30: 213-219, 1998.
49. THUN M.J., PETO R., LOPEZ A.D., MONACO J.H., HENLEY S., HEATH JR., C.W., DOLL R., «Alcohol consumption and morality among middle-aged and elderly U.S. adults», *The New England Journal of Medicine*, 337, 1705-1714, 1997.
50. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Substance abuse among older adults: Treatment improvement protocol (TIP) series 26*, Washington, DC: DHHS, 1998.
51. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, «Drinking over the life span: Issues of biology, behavior, and risk – Measuring the health risks and benefits of alcohol», dans *10th annual report to the U.S. congress on alcohol and health: highlights from current research*, Washington, DC: DHHS, 2000a, p. 3-27.
52. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, «Medical consequences - Alcohol and women: An overview», dans *10th annual report to the U.S. congress on alcohol and health: Highlights from current research*, Washington, DC: DHHS, 2000b, p. 253-257.
53. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, «Medical consequences - Alcohol and breast cancer», dans *10th annual report to the U.S. Congress on alcohol and health: Highlights from current research*, Washington, DC: DHHS, 2000c, p. 273-282.
54. WHITE I.R., ALTMAN D.R., NANCHAHAL K., «Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages», *British Medical Journal*, 325, 191-197, 2002.



La modération a bien meilleur goût.

Les commentaires relatifs à cette publication peuvent être transmis à Éduc'alcool.
Téléphone: 1-888-ALCOOL1 (1-888-252-6651) Courriel : info@educalcool.qc.ca
Vous pouvez commander des exemplaires additionnels sur le site www.educalcool.qc.ca