

Pr Mickael Naassila*

* GRAP Unité INSERM UMR 1247, Centre universitaire de recherche en santé, UFR de Pharmacie, Université de Picardie Jules Verne, Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cedex 1. Courriel : mickael.naassila@inserm.fr
Reçu décembre 2019, accepté décembre 2019

Quels bénéfices des défis “sans alcool” ?

Résumé

Une dynamique internationale de campagnes de “mois sans alcool” existe maintenant depuis plusieurs années. Ce type de campagne révolutionne les stratégies de régulation des risques associés à la consommation d’alcool en se basant sur l’expérience personnelle des bienfaits de l’arrêt temporaire de la consommation d’alcool et de la prise de conscience de sa capacité à changer son comportement de consommation à long terme. De très nombreux bénéfices à court terme et à long terme sont observés chez les participants à ce type de défi d’abstinence, même chez ceux qui ne réussissent pas le défi. Comme souvent en ce qui concerne l’alcool en France, la promotion du “sans alcool” a déclenché des réactions d’opposition assez vives, démontrant le déni du fardeau sanitaire et social de l’alcool, ainsi que l’influence du lobby politico-viticole. Les associations et fédérations du champ addictologique ont décidé de relever le défi et de proposer “Le défi de janvier” en 2020.

Mots-clés

Le défi de janvier – *Dry January* – Campagne – Prévention – Bénéfice – Abstinence.

Organisation et objectifs de ces défis

De nombreuses organisations de plusieurs pays ont lancé des campagnes invitant la population à s’abstenir de consommer de l’alcool pendant une durée déterminée, en général durant un mois. Les participants qui s’engagent dans ce type de défi souhaitent réduire leur consommation ou s’abstenir. L’abstinence est l’objectif-clé dans les campagnes du type “mois sans tabac” dans lesquelles la durée de un mois est visée car les fumeurs capables de s’abstenir pendant un mois ont plus de chance de s’arrêter de fumer (1). Contrairement aux campagnes sur le tabac qui visent l’arrêt, celles sur l’alcool ont plutôt comme objectif d’améliorer la qualité de vie, de

Summary

What are the benefits of the “alcohol-free” challenges?

An international dynamic of “alcohol-free months” campaigns exists for several years. This type of campaign revolutionizes the strategies for regulating the risks associated with alcohol consumption, based on embodiment of the benefits of temporarily stopping alcohol consumption and empowerment, becoming aware of its capacity to long term change. There are many short-term and long-term benefits seen among participants in this type of abstinence challenge, even among those who fail the challenge. As is often the case with alcohol in France, the promotion of “alcohol-free” events triggered strong opposition reactions demonstrating the denial of the health and social burden of alcohol and also the influence of the political and wine lobby. The associations and federations of the addictology field have decided to take up the challenge and to propose the Dry January in 2020.

Key words

Le défi de janvier – *Dry January* – Campaign – Prevention – Benefit – Abstinence.

réduire les dommages liés à la consommation d’alcool et d’inciter à réduire la consommation à long terme.

Ainsi, ce type d’opération est lancé en Angleterre depuis 2013 (*Dry January*, <https://alcoholchange.org.uk>), en Belgique depuis 2017 (Tournée minérale, en février, <https://www.tourneeminerale.be>), depuis 2014 au Canada (28 jours sans alcool, en février, <https://www.defi28jours.com>) et depuis 2008 en Australie et Nouvelle-Zélande (*Dry July*, <https://www.dryjuly.com>, *Hello sunday morning*, *Ocsober* et *FebFast* en Australie). En Angleterre, d’autres campagnes ont aussi été lancées et on peut citer *Go sober for october*, *Dryathlon* et OYNB (*One year no beer*). L’opération “tournée minérale” en Belgique a été lancée à l’initiative de la Fondation

contre le cancer et l'opération *Dryathlon* en Angleterre par une fondation de recherche sur le cancer (<https://www.cancerresearchuk.org/get-involved/do-your-own-fundraising/dryathlon>). La majorité des opérations est conçue comme des événements sponsorisés par des collectes de fonds. Si la plupart ont comme objectifs la collecte de fonds, *Dry january* présente l'originalité d'afficher comme objectif principal la réduction de la consommation d'alcool et le changement de comportement à long terme (2). On peut noter au passage qu'une partie des fonds collectés par le *Dry january* est allouée à des programmes de recherche et le financement de bourses de thèse pour des étudiants. Les participants ont ainsi la possibilité de faire un don avec l'idée que cet engagement financier contribue à augmenter leur motivation à réussir le défi qu'ils se sont lancés.

L'objectif de ces campagnes est de sensibiliser la population et d'inviter chacun à se questionner sur son rapport à l'alcool. Au-delà de l'abstinence, il s'agit surtout de faire en sorte que chacun expérimente les bienfaits de l'abstinence et réduise sa consommation d'alcool à long terme, voire reste abstinent. L'idée n'est pas nouvelle en France puisque pendant plusieurs années le Défi bretois nous invitait à s'abstenir pendant au moins trois jours et Vie libre avait lancé au début des années 2000 "Osons 10 jours sans...". Depuis 2018, le 26 octobre est aussi la Journée sans alcool à la Réunion.

Il ne s'agit pas de mettre en garde contre les méfaits liés à la consommation d'alcool, mais plutôt de mettre en avant tous les bénéfices liés à l'arrêt de la consommation. Il s'agit donc ici d'un challenge motivant, positif, ludique, non moralisateur et en aucun cas une contrainte médicale.

L'intérêt de la France pour un *Dry january* à la française est apparu en 2019. Lors de ses rencontres organisées en juin 2019, Santé publique France a organisé une session "Innovations des politiques publiques dans le domaine de l'alcool" durant laquelle des bilans du *Dry january* et de la Tournée minérale ont été présentés. Nous avons maintenant un certain recul et des publications rapportant l'évaluation de ce type de campagne. Il faut aussi noter que le *Dry january* et la Tournée minérale rencontrent un vif succès (3). Ainsi, si les participants inscrits étaient 4 000 en 2013, ils sont 60 000 en 2016, soit 15 fois plus d'inscrits en trois ans (3). Une idée intéressante a consisté à envahir l'espace médiatique et des réseaux sociaux afin d'atteindre une "contagion sociale", permettant d'augmenter le nombre de parti-

cipants et aussi la dissémination des connaissances sur les effets de l'alcool et les bienfaits de l'abstinence. Le *Dry january* procure de nombreux outils de soutien et de conseils, via plusieurs médias : site web, blogs, pages Facebook et de différents groupes, Instagram, Twitter, courriels et application mobile (*Try dry*). Cette application comporte un agenda de consommation à l'année, ainsi que des conseils sur les effets de l'alcool et les bénéfices à l'arrêt. Elle propose aussi des informations sur les calories évitées, les économies réalisées et elle offre la possibilité de se fixer des objectifs de consommation. Cependant, ce type d'application manque de conseils personnalisés qui pourraient être adaptés en fonction de la consommation de chaque participant.

Les participants qui utilisent le plus les outils mis à disposition ont plus de chance de réussir à rester abstinentes durant tout le mois. Ainsi, 68 % des répondants qui ont lu tous les emails sont restés abstinentes, 62 % parmi ceux qui ont lu quelques mails et 60 % chez ceux qui n'ont lu aucun mail (3). Cette "contagion sociale" est l'une des clés de la réussite de ce type d'opération qui est basée sur l'information et les échanges sur tous les effets positifs de l'arrêt de la consommation (2). Il a été estimé, en extrapolant les résultats d'un échantillon représentatif à la population générale, que de nombreuses personnes (11 % de la population adulte, soit plus de 1 million de personnes) ont pratiqué le *Dry january* sans s'inscrire, voire 2 millions de personnes en 2015 (4). En 2017, 5 millions de personnes auraient tenté de rester abstinentes en janvier 2017 en Angleterre, montrant ainsi qu'en cinq ans, rester abstinent en janvier est devenu une pratique sociale commune (2). Sur son site internet, Alcohol Change UK annonçait en décembre 2019 que 10 % des consommateurs d'alcool en Angleterre comptaient participer au *Dry january* en 2020. Théoriquement, les objectifs affichés de la campagne *Dry january* sont d'apporter aux participants de la motivation, du soutien et des outils, une opportunité de développer des compétences (du savoir et des capacités de contrôle, prendre confiance et savoir dire non lorsque l'on se voit proposer de consommer de l'alcool) et une expérience personnelle des bienfaits de l'arrêt de la consommation pour son bien-être et sa santé (qualité de vie).

Pourquoi choisir le mois de janvier ?

L'étude *Alcohol toolkit study* (ATS) est une enquête mensuelle sur approximativement 1 700 personnes âgées de plus de 16 ans en Angleterre (5). Cette étude analyse

la consommation d'alcool mensuelle tout au long de l'année et la motivation à réduire sa consommation. Les données ont été analysées sur 38 372 participants entre mars 2014 et janvier 2016 à partir des questionnaires AUDIT-C et de la motivation à consommer. 72 % des participants ont rapporté une consommation d'alcool avec une tendance à une faible réduction (2 %) de la consommation sur une période de 12 mois. Parmi les participants, environ 25 % présentaient un niveau de risque de consommation élevé (score ≥ 5 à l'AUDIT-C) et 10 % étaient des *binge drinkers* réguliers (question 3 de l'AUDIT-C : combien de fois avez-vous consommé six verres standard ou plus en une occasion ?). Environ 20 % des consommateurs avec un niveau de risque élevé ont rapporté qu'ils ont essayé de réduire leur consommation d'alcool. Cette tentative de réduction était faible en décembre (-20 % ; 95 % IC 0-35 %) mais significativement plus élevée en janvier (+41 % ; 95 % IC 16-73 %) comparativement aux autres mois ($P < 0,001$), indiquant ainsi un gain net faible au niveau de la motivation à réduire sa consommation. Cependant, les résultats ne montrent pas que l'augmentation de la motivation à arrêter en janvier s'accompagne d'une réduction de la consommation ou des épisodes de *binge drinking*. Cette absence de réduction pourrait être due au manque de sensibilité de l'AUDIT-C ou bien tout simplement à l'absence de lien entre la motivation à l'arrêt et le changement de comportement potentiellement lié au manque de soutien constant à renforcer la motivation à l'arrêt. Au total, le mois de janvier est lié à une augmentation modérée de la motivation à l'arrêt. Ces résultats suggèrent que le mois de janvier serait le meilleur mois pour initier une intervention au niveau de la population, telle que celle du *Dry January*. Il est possible d'envisager que les potentiels excès pendant les fêtes du

mois de décembre et l'envie de "détox" suite à ces excès, associés aux bonnes résolutions de début d'année, soient la meilleure option pour mobiliser un maximum de participants à une campagne "sans alcool" en janvier avec le lancement d'un défi à ne pas consommer d'alcool.

À côté de la "contagion sociale" qui contribue à la réussite de ce type d'opération, il y a aussi la conceptualisation de l'abstinence temporaire comme une expérience fondamentalement incarnée (2, 6).

Quels sont les bénéfices de l'arrêt temporaire de la consommation ?

Les bénéfices de l'abstinence sont nombreux, surtout dans un contexte où plusieurs études, dont celles utilisant la randomisation mendélienne, ont démontré l'absence d'effets "protecteurs" des niveaux faibles de consommation, voire même l'augmentation du risque de développer certaines pathologies (7). Les risques de mortalité et morbidité liés à l'alcool existent ainsi dès le premier verre consommé (8).

À partir de trois enquêtes réalisées en ligne auprès des participants au *Dry January* en 2018, 2 821 participants ont répondu au questionnaire en ligne au début de la campagne, 1 715 ont répondu à un autre questionnaire la première semaine de février et 816 ont répondu au questionnaire de suivi à six mois (en août 2018). La consommation des participants a évolué de 8,6 unités (verres standard de 8 g d'éthanol pur en Angleterre) par jour de consommation à 7,1 unités par jour six mois après, soit une diminution de 1,5 verres par occasion. Les bénéfices rapportés sont très nombreux (voir figure 1).

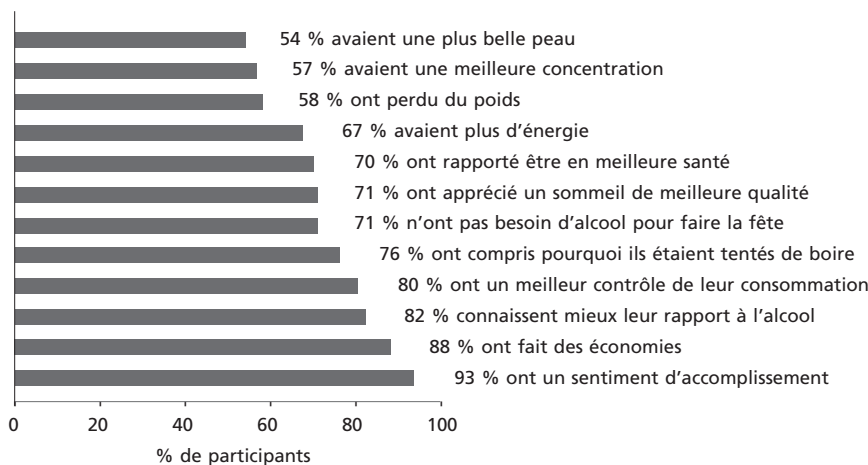


Figure 1. – Bénéfices à l'arrêt rapportés par les participants au *Dry January* d'après des enquêtes en ligne en 2018.

Parmi les effets bénéfiques à s'abstenir pendant un mois, on peut noter des améliorations sur des paramètres physiologiques, cognitifs, de bien-être et de qualité de vie. Les enquêtes rapportent ainsi des améliorations en termes d'économies (88 % des participants), de bien-être et de certains paramètres physiologiques (résistance à l'insuline, teint et chevelure, meilleure élasticité du foie, glycémie : meilleure homéostasie du glucose, cholestérol sanguin, poids et IMC : 49 % des participants, sommeil de meilleure qualité : 71 % des participants, plus d'énergie : 67 % des participants, pression sanguine) (4, 9-12). Du point de vue cognitif, sont rapportées des améliorations en termes de concentration et de performance au travail.

Les études cliniques sur l'abstinence

Si la littérature est très riche concernant les études cliniques qui ont démontré le rôle de la consommation d'alcool dans de nombreuses pathologies, nous avons beaucoup moins d'études disponibles concernant les effets de l'abstinence. En effet, la démonstration de la causalité entre la consommation d'alcool et une pathologie ne signifie pas que l'arrêt de la consommation s'accompagne d'une diminution du risque de cette pathologie.

La maladie du foie liée à l'alcool est particulièrement courante dans les pathologies hépatiques et on estime que 50 % de la mortalité liée à une maladie du foie est due à l'alcool. L'hépatite alcoolique est un syndrome unique chez les patients consommateurs d'alcool chroniques et actifs, associé à une morbi-mortalité élevée avec une mortalité de 30-40 % à un mois. L'abstinence est la pierre angulaire de la prise en charge de cette pathologie (13). Le facteur déterminant de la survie chez les patients présentant une hépatite alcoolique est l'abstinence (et les rechutes) (14). Une autre pathologie est la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) qui se définit comme une stéatose en présence d'une consommation d'alcool à un niveau de risque faible (généralement trois verres/jour pour les hommes et deux verres/jour pour les femmes) (15). Le diagnostic est généralement suivi d'un conseil médical d'abstinence totale, afin de prévenir la progression de la maladie. Des données d'études prospectives suggèrent que les patients atteints de NAFLD qui consomment de l'alcool, même au-dessous des seuils de recommandation pour une consommation à moindre risque, sont à plus haut risque de voir leur maladie du foie progresser, voire de déve-

lopper un carcinome hépatocellulaire (CHC). Des effets délétères de la consommation d'alcool à faible niveau de risque sont aussi observés dans le cas des maladies du foie d'origine virale (15). L'apport calorique de l'éthanol (7 kcal/g versus 4 kcal/g pour le sucre) a aussi des effets négatifs lors de la nécessité d'un régime et/ou d'une perte de poids. Au total, il est toujours d'actualité de recommander l'abstinence dans le cadre la NAFLD (15).

Le cancer du foie est la deuxième cause de décès par cancer dans le monde, et le CHC compte pour plus de 90 % de tous les cancers primitifs du foie. Son incidence a considérablement augmenté dans les pays occidentaux ces dernières décennies. La plupart des cas de CHC se développe dans le contexte de la cirrhose du foie. La consommation d'alcool et la stéatose hépatique non alcoolique sont les deux principaux facteurs de risque de développer le CHC après les infections virales (VHB et VHC). La consommation d'alcool à un niveau de risque élevé (> 80 g/jour) sur une période supérieure à dix ans augmente le risque de CHC d'environ cinq fois. L'incidence annuelle du CHC chez les patients atteints de cirrhose alcoolique du foie est de 1 à 2 %. En France, l'alcool est une cause majeure de maladie du foie, et le CHC est responsable de plus de 7 000 décès par an.

La cohorte CHANGH (carcinomes hépatocellulaires de l'Association des hépato-gastroentérologues des hôpitaux généraux) est une étude de cohorte observationnelle et prospective française, qui a recueilli des données sur les caractéristiques cliniques et les traitements des patients avec CHC nouvellement diagnostiqué (16). Une étude sur cette cohorte avait pour objectif un suivi prospectif de la cirrhose et a analysé la mortalité chez 897 patients dans trois groupes : CHC sans lien avec l'alcool (NAFLD, hépatite C, hépatite B, hémochromatose et autres causes), CHC d'origine alcoolique chez des patients buveurs actifs, CHC d'origine alcoolique chez des patients abstinentes. Les patients des deux groupes alcool devaient consommer plus de quatre verres par jour. Sur un total de 601 sujets qui sont décédés au 31 octobre 2014, jour de l'analyse finale, la médiane ajustée de survie globale est de 5,7 mois (écart interquartile EIQ, 1,5-16,0 mois) chez les patients du groupe alcool et de 9,7 mois (EIQ, 3,2-26,7 mois) dans le groupe de CHC d'origine non alcoolique (P = 0,0002). Le groupe alcool a été séparé en deux groupes : abstinentes (n = 305) et non-abstinentes (n = 244) avec un seuil de médiane à 12 mois (EIQ, 3-60 mois). La médiane ajustée de survie globale est de 5,8 mois (EIQ, 1,7-19,5 mois) chez les patients abstinentes

et de 5,0 mois (EIQ, 1,3-13,2 mois) dans le groupe non-abstinents ($P = 0,09$). Un sous-groupe de patients a été intégré dans un programme de suivi de la cirrhose. Parmi les 199 patients intégrés à ce programme, les patients avec un CHC d'origine alcoolique ont présenté une survie plus courte (9,7 mois ; EIQ, 2,7-20,7 mois) que les patients avec un CHC d'origine non alcoolique (15,0 mois ; EIQ, 6,7-34,1 mois ; $P = 0,042$). Les résultats les plus intéressants de cette étude montrent que les temps de survie du groupe de patients abstinents et du groupe CHC d'origine non alcoolique sont similaires (médiane ajustée de survie globale de 11,7 et 15,7 mois, respectivement ; $P = 0,19$), mais étaient significativement plus longs que le temps de survie du groupe non-abstinents (médiane ajustée de survie globale de 7,6 mois ; $P = 0,006$; figure 2). Les auteurs précisent que le mauvais pronostic du CHC d'origine alcoolique serait plutôt dû au retard de diagnostic (et donc un stade plus avancé du cancer) qu'une plus forte agressivité du cancer. Cette étude suggère que l'abstinence et la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool sont déterminantes dans la survie des patients.

Une étude récente australienne multicentrique et randomisée s'est intéressée aux effets de l'abstinence chez les patients atteints de troubles de rythme cardiaque de type fibrillation auriculaire (17). Des études précédentes ont déjà démontré que le *binge drinking* ou la consommation chronique d'alcool augmente le risque de fibrillation auriculaire. Dans une méta-analyse de sept études prospectives, incluant 12 554 cas de fibrilla-

tion auriculaire, les risques relatifs sont respectivement de 1,08 (IC 95 % : 1,06 à 1,10) pour un verre/jour, 1,17 (IC 95 % : 1,13 à 1,21) pour deux verres/jour, 1,26 (IC 95 % : 1,19 à 1,33) pour trois verres/jour, 1,36 (IC 95 % : 1,27 à 1,46) pour quatre verres/jour, et 1,47 (IC 95 % : 1,34 à 1,61) pour cinq verres/jour, comparative-ment à un groupe témoin de non-buveurs (18). L'étude australienne a analysé la récurrence de fibrillation auriculaire pendant un suivi de six mois chez des patients présentant une fibrillation auriculaire paroxystique ou persistante, mais qui ont recouvré un rythme cardiaque normal (17). La population a été divisée en deux groupes, chacun de 70 sujets : un groupe abstinents et un groupe qui continuait à boire. Les patients du groupe abstinents ont réduit leur consommation d'alcool de $16,8 \pm 7,7$ à $2,1 \pm 3,7$ verres par semaine (un verre standard australien contenant 12 g d'éthanol, réduction de 87,5 % ; différence moyenne de 14,7 ; IC à 95 %, 12,7 à 16,7). L'abstinence complète a été atteinte par 43 des 70 patients (61 %) dans le groupe abstinents, avec consommation de deux verres ou moins par semaine chez 53 des 70 patients (76 %) ; 60 patients (86 %) dans le groupe abstinents a réduit sa consommation d'alcool de plus de 70 % de sa consommation initiale. Une légère réduction de la consommation d'alcool a été observée dans le groupe témoin ; la consommation d'alcool a été réduite de $16,4 \pm 6,9$ à $13,2 \pm 6,5$ verres par semaine (réduction de 19,5 % ; différence moyenne de 3,2 ; IC à 95 %, 1,9 à 4,4). À six mois, des récurrences de fibrillation auriculaire de plus de 30 secondes ont été observées chez 37 patients (53 %) dans le groupe abstinents et

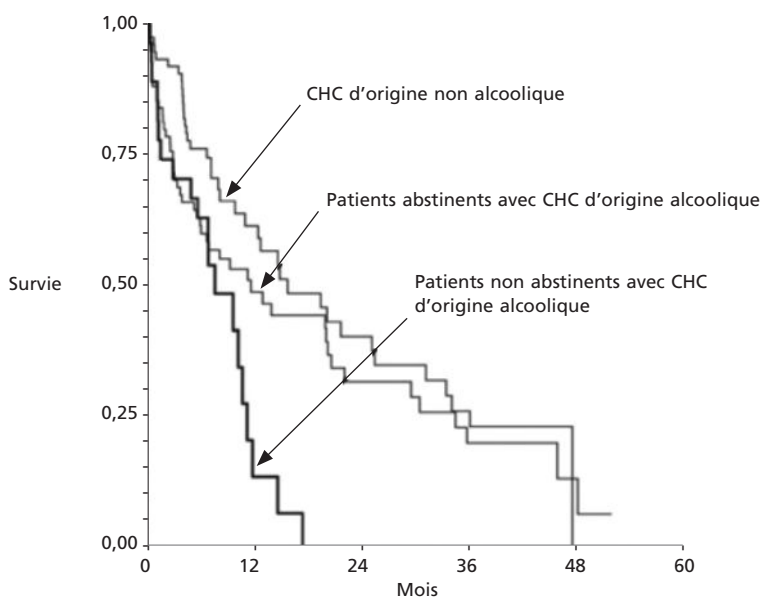


Figure 2. – Survie globale ajustée des patients inclus dans un programme de suivi de la cirrhose.

Les patients ont été divisés en trois groupes : un groupe de patients atteints de CHC d'origine non alcoolique et deux groupes de patients avec un CHC d'origine alcoolique (un de patients buveurs actifs et un de patient abstinents).

chez 51 patients (73 %) dans le groupe témoin. Le délai de récurrence était plus long dans le groupe abstinent comparativement au groupe témoin (risque relatif RR 0,55 ; IC 95 %, 0,36 à 0,84 ; P = 0,005, test du log-rank). La charge globale de fibrillation auriculaire était significativement plus faible dans le groupe abstinence, avec un pourcentage médian de temps de la fibrillation auriculaire de 0,5 % (intervalle interquartile, 0,0 à 3,0) dans le groupe abstinence et 1,2 % (intervalle interquartile, 0,0 à 10,3) dans le groupe témoin (P = 0,01). De manière intéressante, l'abstinence s'est accompagnée d'une diminution de la pression artérielle et d'une perte de poids significative comparativement au groupe de buveurs avec une différence moyenne de 3,7 kg (IC 95 %, 2,5 à 4,8). Au total, l'abstinence pendant six mois réduit la récurrence des fibrillations auriculaires, augmente le délai à la récurrence et réduit la durée des épisodes de fibrillation (17).

Ce que disent les études sur les bénéfices des campagnes “sans alcool”

Le Pr Kevin Moore du Royal Free Hospital de Londres a réalisé une étude sur 14 journalistes (du *New Scientist magazine*) volontaires qui ont accepté de participer aux *Dry January* et de réaliser des mesures biologiques. Cette étude, qui concernait seulement 14 employés, a montré que chez les dix employés qui ont arrêté de boire pendant un mois (et qui se considéraient comme étant des buveurs “normaux”) ont vu leur glycémie chuter de 23 % en moyenne (5,1 mmol/L à 4,3 mmol/L), la graisse hépatique chuter de 15-20 % et un taux de cholestérol sanguin significativement réduit (- 5 % : de 4,6 mmol/L à 4,4 mmol/L) et une perte de poids (- 2 % : 1,5 kg) comparativement aux quatre autres employés qui ont continué à boire comme à leur habitude (19). Les scores ont été aussi améliorés en termes de sommeil (+ 10 %), vigilance (+ 9,5 %), concentration (+ 18 %) et performance au travail (+ 18 %) (19). Les résultats montrent aussi que le mois d'abstinence a induit une diminution de la pression artérielle (20).

Dans l'étude de Mehta et al. de 2015, l'objectif était de mesurer des marqueurs de la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) chez des consommateurs d'alcool avec un niveau de risque faible (selon l'OMS), car environ 35 à 60 % des patients avec une maladie du foie liée à l'alcool ont un syndrome métabolique et un risque accru de stéatose hépatique non alcoolique indépen-

damment de leur consommation d'alcool (12). Les sujets recrutés étaient inscrits au *Dry January*, avaient une consommation moyenne d'au moins 48 g (4,8 verres) par semaine pour les hommes et 36 g (3,6 verres) par semaine pour les femmes, ne devaient pas présenter de trouble de l'usage d'alcool ou de maladie du foie liée à l'alcool. Les mesures ont été réalisées avant le début du *Dry January* et au bout des quatre semaines d'abstinence et concernaient l'IMC, la rigidité hépatique (grâce au FibroScan®), la biologie sanguine classique et l'index de HOMA (*Homeostasis model assessment of insulin resistance*) pour la résistance à l'insuline, ainsi que des éléments sur le mode de vie (échelle SLIQ : *Simple lifestyle indicator*). 102 participants ont été recrutés (48 hommes et 56 femmes) avec un âge moyen de 45,9 ± 1,1 ans et une consommation moyenne d'alcool de 251,6 ± 12,7 g/semaine (270,8 ± 23,1 pour les hommes et 234,8 ± 12,3 pour les femmes). Les résultats montrent des diminutions significatives (pré- versus post-*Dry January*) de l'index HOMA pour la résistance à l'insuline : 1,57 ± 0,13 IU versus 1,13 ± 0,11 IU, p < 0,001 ; de la rigidité du foie : 4,79 ± 0,27 kPa versus 4,19 ± 0,11 kPa, p < 0,05 ; de la pression artérielle systolique : 134,8 ± 1,8 mmHg versus 127,2 ± 1,8 mmHg, p < 0,0001 ; de l'IMC : 26,8 ± 0,5 kg/m² versus 26,1 ± 0,4 kg/m², p < 0,05. Ces résultats demeurent significatifs après la prise en compte des facteurs démographiques, de l'âge, du sexe, du régime alimentaire, de l'exercice, du tabac et du stress. Le paramètre d'atténuation contrôlé (CAP) mesuré grâce au FibroScan® et permettant d'apprécier la surcharge en graisse du foie (rigidité) n'a pas démontré d'effet du *Dry January* : 244,3 ± 5,6 dB/m versus 242,5 ± 4,5 dB/m. Au total, cette étude démontre que l'abstinence à court terme améliore le critère de résistance à l'insuline et les facteurs de risque impliqués dans la stéatose hépatique non alcoolique chez des buveurs présentant une consommation à faible niveau de risque selon l'OMS (< 28 verres par semaine). Cette étude montre une association entre la consommation d'alcool et la résistance à l'insuline chez des individus en bonne santé, bien que des études antérieures aient documenté une association entre la résistance à l'insuline et l'hypertension portale. Ces données suggèrent un risque accru de stéatose hépatique non alcoolique avec une consommation accrue d'alcool, indépendamment des facteurs liés au mode de vie.

Une autre étude s'est intéressée à l'effet d'une abstinence de 28 jours sur la biochimie hépatique chez seulement 16 consommateurs d'alcool (dix hommes et six femmes ne consommant pas plus de 21 verres par semaine :

210 g d'éthanol pur ; médiane de consommation de 120 g/semaine, EIQ : 63-120 g) comparativement à un groupe témoin de neuf adultes (quatre hommes et cinq femmes) ne consommant pas d'alcool (21). Les sujets présentant une maladie hépatique ont été exclus. À la fin du *Dry January*, les CDT ont diminué (début : 1,50 % (EIQ : 1,29-1,67 %) et fin : 1,38 % (EIQ : 1,22-1,46 %), $P = 0,008$). Pendant le suivi, les sujets qui ont suivi le *Dry January* ont reconsumé de l'alcool à un niveau plus élevé que celui avant l'intervention, en moyenne 138 g (EIQ : 75-159 g) alcool/semaine (21). Les résultats de cette étude montrent une plus grande rigidité et un pourcentage de graisse hépatique plus élevé chez le groupe de consommateurs d'alcool et le *Dry January* n'a pas modifié ces paramètres (ni à la fin ni un mois après). À la fin du *Dry January*, les γ -GT ont diminué, passant de 24,6 U/L (EIQ : 20,1-33,1 U/L) au début à 21,0 U/L (EIQ : 15,6-26,3 U/L ; $P = 0,010$ par rapport aux valeurs initiales et $P = 0,011$ par rapport au groupe témoin) à la fin des quatre semaines ; ils ont réaugmenté un mois après le *Dry January* pour atteindre 23,1 U/L (EIQ : 20,0-32,4 U/L ; $P = 0,001$). Les valeurs de γ -GT n'ont pas changé dans le groupe témoin. Ces résultats montrent qu'un mois d'abstinence a entraîné une baisse significative des taux de γ -GT chez des sujets présentant une consommation d'alcool à faible risque (selon les critères OMS : < 40 g/jour). La reprise d'une consommation modérée d'alcool a entraîné un retour aux valeurs observées au départ. L'absence d'effet d'un mois d'abstinence sur l'élasticité et le pourcentage de graisse du foie est en contradiction avec celle démontrée dans une autre étude où les sujets consommaient plus d'alcool et présentaient des niveaux de stéatose hépatique avant et après l'intervention (12). Cette étude montre au final une réduction modeste des taux de γ -GT chez des sujets présentant une consommation d'alcool à faible risque après un mois d'abstinence. Cette étude a de nombreuses limites (taille de la population, *design* de l'étude, absence de groupe de buveurs sans intervention) et la mesure des γ -GT qui n'est pas un marqueur idéal de la consommation excessive d'alcool, qui est peu spécifique et qui peut varier avec par exemple la fibrose avancée ou l'obésité (22-24).

Après la campagne du *Dry January* en 2015, des chercheurs de l'Université du Sussex ont présenté les résultats sur la consommation d'alcool après six mois. Les résultats montraient que 72 % des participants avaient réduit leur consommation nocive d'alcool, 23 % étaient passés d'une consommation nocive à un niveau de consommation à faible risque et 4 % étaient restés abstinents (25).

Une étude a recherché les facteurs associés à la réussite du *Dry January*, c'est-à-dire rester abstinent pendant un mois, ainsi que l'effet à six mois sur la consommation d'alcool selon que les participants ont réussi ou non à rester abstinents pendant le *Dry January* (26). Cette étude comptait 3 792 participants dont 1 070 hommes et 2 722 femmes, dont 1 684 (44,4 % de l'échantillon initial) ont complété le suivi à un mois (fin du mois du *Dry January*, 479 hommes et 1 205 femmes) et 857 (22,6 % de l'échantillon initial) qui ont rempli des questionnaires six mois après la fin du *Dry January* (249 hommes et 608 femmes). Les analyses de cette étude ont porté seulement sur les 857 participants qui ont complété l'étude six mois après le *Dry January*. Les participants avaient au moins 18 ans, devaient avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant l'année et pouvaient gagner un prix de 100 £ en bons d'achat dans une loterie. 64 % (parmi les 857 répondants) ont réussi à rester abstinents pendant le défi du *Dry January* sans différence liée au sexe.

Les résultats montrent que la réussite à rester abstinent pendant le *Dry January* (comparativement à ceux qui n'ont pas réussi) est associée à une moindre consommation d'alcool (moins de verres consommés par jour de consommation : 3,78 versus 4,21 verres, fréquence réduite des ivresses le mois précédent : 2,55 versus 3,84 et score AUDIT réduit : 11,09 versus 12,56) et un plus grand sentiment d'efficacité personnelle à refuser de consommer dans un environnement social lorsque les autres consomment, avant le *Dry January*. La plus faible fréquence d'ivresse le mois précédent le *Dry January* est le meilleur facteur prédictif de la réussite à rester abstinent pendant le *Dry January*. Le fait d'avoir fait un don, d'avoir un ami qui a aussi participé au *Dry January* ou d'avoir planifié un arrêt de consommation n'influence pas le fait réussir le défi. Le fait que les participants qui ont fait un don ne changent pas la réussite du défi indique que les participants ont plutôt tendance à faire le défi pour eux-mêmes et pas pour les autres (26, 27). Chez ceux qui ont réussi à rester abstinents (549 participants), le score (dans sa dimension sociale) de leur sentiment d'efficacité personnelle à refuser de consommer passe de 3,61 (1,75) à 4,30 (1,78) ($t(548) = 9,71$, $p = 0,01$, taille d'effet $d = 0,39$) à un mois. À six mois, une réduction significative est observée pour le nombre de jours de consommation par semaine (4,78 (2,03) à 3,73 (1,90), $t(548) = 15,87$, $p = 0,01$, taille d'effet $d = 0,53$), le nombre de verres consommés par jour de consommation (3,78 (2,20) à 3,11 (3,07), $t(548) = 4,82$, $p = 0,01$, taille d'effet $d = 0,25$) et le nombre

d'épisodes d'ivresse le mois passé (2,55 (3,65) à 1,21 (2,93), $t(548) = 9,34$, $p = 0,01$, taille d'effet $d = 0,40$). Les tailles d'effet sont faibles à modérées et les résultats montrent qu'à six mois les participants ayant réussi le défi boivent un jour de moins par semaine, environ 0,7 verre de moins par occasion de boire et environ 1,3 épisode d'ivresse en moins comparativement à avant le *Dry January*.

Chez ceux qui n'ont pas réussi le *Dry January* (308 participants), le score (dans sa dimension sociale) de leur sentiment d'efficacité personnelle à refuser de consommer passe de 3,23 (1,62) à 3,41 (1,72), $t(307) = 2,24$, $p = 0,03$, taille d'effet $d = 0,11$ à un mois. À six mois, une réduction significative est observée pour le nombre de jour de consommation par semaine (4,96 (1,93) à 4,10 (1,86), $t(307) = 10,66$, $p = 0,01$, taille d'effet $d = 0,45$), le nombre de verres consommés par jour de consommation (4,21 (2,59) à 3,70 (3,01), $t(307) = 3,19$, $p = 0,01$, taille d'effet $d = 0,18$) et le nombre d'épisodes d'ivresse le mois passé (3,84 (4,92) à 2,15 (3,59), $t(548) = 7,53$, $p = 0,01$, taille d'effet $d = 0,39$). Les tailles d'effet sont faibles à modérées et les résultats montrent qu'à six mois les participants n'ayant pas réussi le défi boivent 0,86 jour de moins par semaine, 0,51 verre de moins par occasion de boire et environ 1,7 épisode d'ivresse en moins comparativement à avant le *Dry January*.

Au total, tous les participants, qu'ils aient réussi ou non à rester abstinents pendant le *Dry January*, ont augmenté leur sentiment d'efficacité personnelle à refuser de consommer à la fin du mois et ont réduit leur consommation d'alcool six mois après (26). Cependant, les changements étaient plus importants chez les participants ayant réussi à être abstinents pendant le *Dry January*. Un effet rebond sur la fréquence des ivresses est observé chez 11 % de la population totale. Cette étude comporte toutefois plusieurs limites, dont l'inscription des participants sur la base du volontariat (auto-sélection) et donc la non-représentativité de la population étudiée, la faible taille de l'échantillon final (857 soit moins d'un quart de la population initiale 3 791), l'absence de groupe témoin ne s'étant pas inscrit au *Dry January*, une plus grande proportion de sujets présentant des scores d'AUDIT indiquant des niveaux de consommation à risque ou nocifs comparativement à la population générale. Cependant, ce dernier point n'est pas problématique si l'intervention cible les personnes avec une consommation à risque qui sont déjà

dans les phases de préparation et d'action selon le modèle de Prochaska et DiClemente (28).

Une autre étude rapporte les résultats à partir des données collectées auprès des participants du *Dry January* ou d'enquêtes auprès de ces mêmes participants ou d'un groupe témoin de buveurs motivés à réduire leur consommation sans s'inscrire au *Dry January* (3). Dans cette étude, une enquête réalisée avant le *Dry January* (1 251 participants), à un mois (fin du *Dry January*, 600 participants) et six mois après (250 participants) dans un groupe témoin a montré que les scores d'AUDIT à six mois sont moins élevés chez les participants au *Dry January* comparativement au groupe témoin ($t(14 477) = 4,27$, $P < 0,01$) et que leur score (dans sa dimension sociale) de leur sentiment d'efficacité personnelle à refuser de consommer est plus élevé ($t(14 477) = 4,14$, $P < 0,01$). Cette même étude rapporte aussi que la connaissance du *Dry January* est élevée (64 % de tous les buveurs en 2015 et 78 % en 2016) : de nombreuses personnes qui ont réduit leur consommation d'alcool étaient au courant du *Dry January*. À un mois de suivi, 62 % ont déclaré avoir complété le défi. Presque tous (96 %) ont déclaré s'être inscrits pour recevoir des courriels de soutien/d'encouragement, dont 69 % ont déclaré avoir lu tous les messages qui leur avaient été envoyés, et 71 % ont déclaré que les messages les avaient aidés à éviter de boire. Un peu plus de la moitié (57 %) des inscrits au *Dry January* ont choisi de recevoir des SMS de soutien/d'encouragement, dont 78 % ont déclaré que les messages les avaient aidés à éviter de boire. 42 % des répondants ont déclaré utiliser le soutien des réseaux sociaux tels que les messages sur Facebook, et 73 % ont déclaré que ce soutien les avait aidés à éviter de boire. Parmi les personnes qui ont terminé le suivi d'un mois, 92 % ont indiqué qu'il était probable qu'ils participeraient aux prochains *Dry January*.

À qui s'adresse ce type de campagne ?

Cette campagne d'encouragement à s'abstenir vise à expérimenter les bienfaits de cette abstinence (ou de toute réduction de la consommation) et à prendre ou renforcer le contrôle de sa consommation sur le long terme. Cette campagne a aussi pour objectif de faciliter le dialogue autour du risque alcool dans les médias, dans le grand public et aussi par les professionnels de santé. Elle vise toute la population et plus spécifiquement les personnes présentant une consommation à

risque (plus de deux verres par jour ou plus de dix verres par semaine ou une consommation plus de cinq jours par semaine), voire une consommation nocive (4). En Angleterre, les enquêtes montrent qu'environ 20 % des participants présentaient une consommation à risque de dépendance évaluée grâce au questionnaire AUDIT (29). Même si cette campagne ne vise pas les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, elles peuvent cependant participer elles aussi à ce défi avec l'assistance d'un professionnel de santé (et d'Alcool info service en France).

Jackie Ballard, Directrice générale d'Alcohol Concern à Londres qui organise le *Dry January*, rappelle que les médecins généralistes ont une place stratégique et un rôle crucial à jouer dans ce type de campagne avec l'opportunité de saisir ce moment de l'année pour aborder le sujet (4). Les médecins peuvent ainsi rappeler que la consommation d'alcool n'aide pas à guérir ni à perdre du poids, a un impact sur le sommeil, interagit avec de nombreux médicaments, contribue à l'anxiété, la dépression et les troubles de l'humeur, et que plus de 10 % de l'hypertension artérielle chez les hommes sont liés à l'alcool (4). Enfin, elle rappelle qu'il est bon de montrer l'exemple et de le faire soi-même pour convaincre les patients et son entourage de participer à ce type d'opération.

Un rapport a évalué l'impact du *Dry January* en 2016 dans la région de la côte nord-ouest de l'Angleterre sur 1 829 participants dont 720 ont rempli le questionnaire pré-campagne et 476 ont rempli le questionnaire post-campagne (29). Beaucoup plus de femmes que d'hommes ont participé (68 % contre 28 % ; 4 % avaient un sexe inconnu/non divulgué ou étaient identifiés comme transgenres). En termes d'âge, 30 % des participants étaient âgés de 46 à 55 ans et 29 % étaient âgés de 36 à 45 ans. En termes de consommation d'alcool, les résultats de l'AUDIT ont révélé que le score moyen pour tous les participants était de 13 ; 20 % des répondants présentaient une consommation avec un niveau de risque faible, 46 % un risque élevé, 16 % un risque très élevé et 19 % présentaient une consommation avec risque de dépendance. Ces résultats montrent une différence liée au sexe et montrent surtout qu'une proportion importante de personnes avec une consommation à risque de dépendance participe au *Dry January*.

D'autres auteurs rappellent que ce type d'action ne devrait pas cibler les sujets présentant un trouble de

l'usage d'alcool sévère avec un risque de développer un syndrome de sevrage (9, 30). Il est évident que ce risque doit être clairement évoqué aux participants qui pourraient déclencher un syndrome de sevrage. Ils indiquent aussi que ce type d'action ne doit pas laisser entendre qu'une période temporaire et courte d'abstinence pourrait effacer les effets à long terme délétères de l'alcoolisation chronique. Enfin, ils précisent que ce type de campagne doit s'accompagner d'interventions complémentaires, notamment par des professionnels et d'autres programmes d'intervention, afin d'atteindre des objectifs d'abstinence à long terme (9).

Conclusions et perspectives en France

Les forces des opérations du type *Dry January* sont multiples avec l'opportunité de ressentir tous les bienfaits à l'arrêt de la consommation (incarnation ou *embodiment*), et de prendre conscience de son propre pouvoir à contrôler son comportement (*empowerment*). Un objectif essentiel est de changer son comportement à long terme après avoir mieux appréhendé son rapport à la consommation d'alcool (pourquoi consomme-t-on ? quand consomme-t-on ?) et avoir mieux appréhendé la gestion de la pression sociale à consommer de l'alcool. Il s'agit donc d'expérimenter l'impact de l'abstinence sur son physique, son mental et la conscience de soi et de sa capacité au changement (2). La "contagion sociale" est un facteur-clé de la réussite de ce type de campagne et, de manière très intéressante, on peut noter que même si les participants qui s'inscrivent au *Dry January* ne réussissent pas le défi de l'abstinence pendant un mois, ils présentent eux aussi des effets bénéfiques à long terme.

Il a été démontré que des interventions sur le style de vie comme *Dry January* ont des effets à court terme et à long terme (3, 10). Le message positif de la possibilité d'améliorer la santé par l'abstinence pourrait/devrait être défendu par les décideurs politiques pour relever le défi de réduire le fardeau sociétal de la consommation d'alcool. En effet, il est important de réaliser que ce type d'opération est vu comme un moyen de régulation positive qui vise à changer les comportements à long terme. En ce sens, ce type d'opération, qui vise à éduquer et à une prise de conscience de son rapport à l'alcool et des bénéfices à réduire voire s'abstenir de consommer, constitue une nouvelle approche en termes de santé publique et aussi de moyen de régulation. Les autres régulations complémentaires visent notamment

le rappel des risques associés à la consommation (campagnes de prévention), l'accès, la disponibilité, la publicité voire la répression (alcool au volant). Rappelons que l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable et la première cause d'hospitalisation en France (31). Ce type de campagne représente une opportunité sans précédent de se mobiliser autour d'un mois de prévention des dommages et des risques liés à la consommation d'alcool en France, à l'instar de ce qui existe déjà dans de nombreux pays dont nos voisins. Il est intéressant de noter qu'une corrélation inverse a été observée entre le nombre de participants au *Dry January* et le nombre de visites aux urgences liées à l'alcool (29). Cette diminution de la fréquentation des urgences à cause de problèmes liés à l'alcool constituerait donc un critère de jugement intéressant relativement à l'efficacité des campagnes. Le succès de ce type de campagne pourrait aussi passer par la mesure de l'augmentation de la productivité et de la réduction de l'absentéisme au travail lorsque les employeurs incitent les employés à participer au *Dry January* (29).

En novembre 2019, lors d'un déplacement à Épernay, le Président de la République a coupé court à la dynamique de Santé publique France qui était engagée dans l'organisation d'un *Dry January* en 2020. Cette décision a déclenché une vive réaction des associations et fédérations impliquées dans le champ de l'addictologie. Elles ont décidé de lancer leur propre campagne, Le défi de janvier (#LeDéfiDeJanvier), et dans un premier temps de reprendre certains outils développés par le *Dry January*. Les outils reprennent la même stratégie efficace du *Dry January* avec notamment un site web (<https://www.dryjanuary.fr>), des comptes Twitter (https://twitter.com/fr_dry), Instagram (https://www.instagram.com/dry_januaryfr) et Facebook (<https://www.facebook.com/DryJanuaryFR>), ainsi qu'un système d'inscription en ligne sur le site web pour recevoir des courriels de conseil et de "renforcement positif".

Enfin, pour tenter de répondre aux opposants à ce type d'action, souvent pour des questions économiques ou de pression des lobbies de l'alcool très puissants en France, il est important de rappeler que nos repères actuels recommandent de ne pas consommer d'alcool pendant au moins deux jours par semaine, ce qui représente 104 jours d'abstinence par an, soit plus de trois mois "sans alcool" par an. Des recherches sont nécessaires pour établir les bénéfices de ces jours de non-consommation étalés tout au long de l'année comparativement à une abstinence temporaire mais continue sur plusieurs se-

maines. La promotion de l'abstinence et la valorisation de la non-consommation nécessitent le développement d'alternatives attractives aux boissons alcoolisées. Il ne s'agit pas simplement de recommander d'éviter l'alcool, mais aussi d'expérimenter de nouvelles boissons non alcoolisées et bonnes pour la santé. ■

Liens d'intérêt. – L'auteur déclare l'absence de tout lien d'intérêt.

M. Naassila

Quels bénéfices des défis "sans alcool" ?

Alcoologie et Addictologie. 2019 ; 41 (4) : 297-307

Références bibliographiques

- 1 - West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review*. 2008 ; 17 : 199-204. doi:10.1183/09059180.00011005.
- 2 - Yeomans H. New Year, New You: a qualitative study of Dry January, self-formation and positive regulation. *Drugs Educ Prev Policy*. 2019; 26:460-468.
- 3 - De Visser RO, Robinson E, Smith T, Cass G, Walmsley M. The growth of "Dry January": Promoting participation and the benefits of participation. *Eur J Public Health*. 2017 ; 27 (5) : 929-31. doi:10.1093/eurpub/ckx124.
- 4 - Ballard J. Out of hours what is dry January? *Br J Gen Pract*. 2016 ; 66 (642) : 32. doi:10.3399/bjgp16X683173
- 5 - Vocht F, Brown J, Beard E, Angus C, Brennan A, Michie S, et al. Temporal patterns of alcohol consumption and attempts to reduce alcohol intake in England. *BMC Public Health*. 2016 ; 16 : 917.
- 6 - Robert J. Temporary sobriety initiatives as public pedagogy: Windows of opportunity for embodied learning. *Heal An Interdiscip J Soc Study Heal Illn Med*. 2016 ; 20 : 413-29.
- 7 - Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, et al. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: A prospective study of 500 000 men and women in China. *Lancet*. 2019 ; 394 (10209) : 1617-8. doi:10.1016/S0140-6736(18)31772-0.
- 8 - Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet*. 2018 ; 392 : 987-8.
- 9 - Cabezas J, Bataller R. Alcoholic liver disease: New UK alcohol guidelines and Dry January: Enough to give up boozing? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016 ; 13 (4) : 191-2. doi:10.1038/nrgastro.2016.39.
- 10 - De Visser RO. Study shows that Dry January does more good than harm. *BMJ*. 2016 ; 352 : i583. doi:10.1136/bmj.i583.
- 11 - Mehta G, Macdonald S, Cronberg A, Rosselli M, Khera-Butler T, Sumpter C, et al. Short-term abstinence from alcohol and changes in cardiovascular risk factors, liver function tests and cancer-related growth factors: A prospective observational study. *BMJ Open*. 2018 ; 8 : e020673.
- 12 - Mehta G, Macdonald S MJB, Al-Khatib SH, Piao S, Rosselli M, Nair D, Jalan R, Sumpter C, Khera-Butler T, Cronberg A MK. Short term abstinence from alcohol improves insulin resistance and fatty liver phenotype in moderate drinkers. *Hepatology*. 2015 ; 62 : 267A.
- 13 - Shipley LC, Kodali S, Singal AK. Recent updates on alcoholic hepatitis. *Dig Liver Dis*. 2019 ; 51 : 761-8.
- 14 - Altamirano J, López-Pelayo H, Michelena J, Jones PD, Ortega L, Ginès P, et al. Alcohol abstinence in patients surviving an episode of alcoholic hepatitis: Prediction and impact on long-term survival. *Hepatology Published Online First*. 2017 ; 66 (6) : 1842-53. doi:10.1002/hep.29338.
- 15 - Petroni ML, Brodosi L, Marchignoli F, Musio A, Marchesini G. Moderate alcohol intake in non-alcoholic fatty liver disease: To drink or not to drink? *Nutrients*. 2019 ; 11. doi:10.3390/nu11123048.
- 16 - Costentin CE, Mourad A, Lahmek P, Causse X, Pariente A, Hagège H, et al. Hepatocellular carcinoma is diagnosed at a later stage in alcoholic patients: Results of a prospective, nationwide study. *Cancer*. 2018 ; 124 : 1964-72.
- 17 - Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, Nicholls T, Costello B, Nanayakkara S, et al. Alcohol abstinence in drinkers with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2020 ; 382 : 20-8.
- 18 - Larsson SC, Drca N, Wolk A. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: A prospective study and dose-response meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2014 ; 64 : 281-9.
- 19 - Moore K. Dry January results "staggering". 25 janvier 2015. <https://www.royalfree.nhs.uk/news-media/news/dry-january-results-staggering/>.
- 20 - Coghlan A. Here's to a Dry January. *New Sci Published Online*

- First. 2014 ; 221 (2950) : 6-7. doi:10.1016/s0262-4079(14)60012-9.
- 21 - Munsterman ID, Groefsema MM, Weijers G, Klein WM, Swinkels DW, Drenth JPH, et al. Biochemical effects on the liver of 1 month of alcohol abstinence in moderate alcohol consumers. *Alcohol Alcohol*. 2018 ; 53 : 435-8.
- 22 - Bell H, Tallaksen CME, Try K, Haug E. Carbohydrate-deficient transferrin and other markers of high alcohol consumption: A study of 502 patients admitted consecutively to a medical department. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994 ; 18 (5) : 1103-8. doi:10.1111/j.1530-0277.1994.tb00088.x
- 23 - Puukka K, Hietala J, Koivisto H, Anttila P, Bloigu R, Niemelä O. Additive effects of moderate drinking and obesity on serum γ -glutamyl transferase activity. *Am J Clin Nutr*. 2006 ; 83 : 1351-4.
- 24 - Imbert-Bismut F, Ratziu V, Pieroni L, Charlotte F, Benhamou Y, Poynard T. Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection: A prospective study. *Lancet*. 2001 ; 357 : 1069-75.
- 25 - Robinson E, de Visser R. Dry January "leads to less drinking all year round". *Alcohol Alert*. January 2015 : 1-2.
- 26 - de Visser RO, Robinson E, Bond R. Voluntary temporary abstinence from alcohol during "Dry January" and subsequent alcohol use. *Health Psychol*. 2016 ; 35 : 281-9.
- 27 - Bartram A, Hanson-Easey S, Elliott J. Heroic journeys through sobriety: How temporary alcohol abstinence campaigns portray participant experiences. *Int J Drug Policy*. 2018 ; 55 : 80-7.
- 28 - Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *J Addict Nurs*. 1993 ; 5 (1) : 2-16. doi:10.3109/10884609309149692.
- 29 - Russell S, Ross-Houle K, Critchley KA, Whitfield M. Evaluating the impact of Dry January 2016. Liverpool : CPH, Faculty of Education, Health and Community, Liverpool John Moores University, Henry Cotton Campus ; 2016.
- 30 - Hamilton I, Gilmore I. Could campaigns like Dry January do more harm than good? *BMJ*. 2016 ; 352 : i143.
- 31 - Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH*. 2015; (24-25) : 440-9.