

Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (1)

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance**. Les indicateurs de suivi de cet objectif sont issus d'enquêtes déclaratives en population générale.

Le premier porte sur les consommations actuelles à risque, intégrant les notions de fréquence et de quantité d'alcool durant les douze derniers mois. Il est produit à partir du test AUDIT-C, c'est-à-dire des trois premières questions du test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), développé par l'OMS. L'AUDIT entier comporte dix questions, il est conçu pour détecter les personnes dont le mode de consommation provoque déjà des troubles ou risque de causer des dommages dans le futur, en termes de santé physique ou mentale. L'AUDIT-C n'étant pas un test suffisamment précis pour repérer la dépendance à l'alcool, les alcoolo-dépendants ne sont pas distingués des consommateurs à risque chronique. En revanche, il permet de mesurer l'usage à risque ponctuel, en particulier chez les jeunes, qui expose à des risques spécifiques (dont les accidents) et permet de cibler les actions de prévention.

D'autres indicateurs sont utilisés pour éclairer la consommation des adolescents. Ils portent sur l'usage régulier d'alcool (au moins dix fois au cours des trente derniers jours), comportement relativement atypique à l'adolescence, ainsi que sur les ivresses régulières (au moins dix épisodes au cours des douze derniers mois), des pratiques plus spécifiques aux jeunes mais minoritaires.

méconnaissance des résultats oblige à classer les accidents corporels en plusieurs catégories. Les accidents à alcoolémie indéterminée ou inconnue (ATI) sont des accidents dans lesquels aucun des conducteurs n'a de taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé et dans lesquels on ne connaît pas l'alcoolémie pour au moins un des conducteurs. Les accidents avec alcool (AAA) et les accidents sans alcool (ASA) forment les accidents au taux d'alcoolémie connu (ATC).

En 2009, d'après les données recueillies par l'ONISR, les ATC représentaient 82 % des accidents corporels et 80 % des accidents mortels. La proportion d'accidents en présence d'alcool est calculée sur le sous-ensemble des accidents dont on connaît l'alcoolémie (soit 59 208 accidents corporels et 3 167 accidents mortels).

En 2009, on dénombrait 6 282 accidents corporels avec un taux d'alcoolémie positif dont 938 mortels, soit 10,6 % des accidents corporels et 29,6 % des accidents mortels.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence déclarée des consommations d'alcool à risque dans l'année.

En 2010, selon les données du Baromètre santé menée en population générale, 37,2 % des 18-75 ans présentent une consommation excessive d'alcool dans l'année: 9,2 % sont des consommateurs à risque chronique et 28,0 % des consommateurs à risque ponctuel. Les prévalences varient selon le sexe et l'âge (tableau 1), 15,1 % des hommes présentent un risque d'alcoolisation excessive chronique, contre 3,7 % des femmes et le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle concerne 38,9 % des hommes et 17,7 % des femmes. La consommation à risque ponctuel diminue avec l'âge, tandis que la consommation à risque chronique, importante chez les jeunes (14 % parmi les 18-24 ans), diminue jusqu'à 45 ans (7 % parmi les 35-44 ans), puis augmente au-delà (9,1 % chez les 65-75 ans). Globalement, la prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année a peu augmenté entre 2005 et 2010, passant de 36,6 % à 37,2 %. Mais, on observe chez les plus jeunes, un accroissement des usages à risque chez les hommes comme chez les femmes, en particulier chez les femmes jeunes, entre 18 et 24 ans.

L'enquête Santé protection sociale (ESPS) de l'Irdes permet d'éclairer les disparités de consommation selon la profession ou catégorie sociale (PCS) [graphique 1]. En 2008, parmi les hommes, les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés sont les plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique. En revanche, ces PCS sont les moins concernées par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel, alors que les autres catégories sont plus exposées. La proportion de femmes cadres qui présentent une consommation à risque ponctuel est également très élevée et contrairement à ce que l'on observe chez les hommes, les femmes cadres sont aussi celles qui présentent le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé.

Nombre de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif

Lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués. Cependant, l'alcoolémie du ou des conducteurs impliqués n'est pas toujours connue pour diverses raisons (refus du conducteur, gravité de l'accident empêchant la réalisation d'une prise de sang, etc.). Ce problème de

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Prévalences des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 ans

En 2008, selon l'enquête Escapad menée auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée Défense et Citoyenneté (JAPD), l'usage régulier d'alcool (au moins dix consommations déclarées au cours du dernier mois) est trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (13,6 % contre 4,0 %) [graphique 2]. Après avoir augmenté entre 2000 et 2003, la consommation régulière d'alcool diminue entre 2003 et 2008 (-47 % pour les filles et -36 % pour les garçons), date à laquelle elle se situe à un niveau inférieur à celui de 2000. Les usages quotidiens sont encore très rares à l'adolescence: moins d'1 % des 17 ans étaient concernés en 2008.

Après une hausse importante des ivresses alcooliques entre 2003 et 2005, et notamment des ivresses répétées (au moins trois dans l'année) ou régulières (au moins dix au cours des douze derniers mois), on observe une stabilisation en 2008: 25,6 % des jeunes de 17 ans déclaraient des ivresses répétées et 8,6 % des ivresses régulières.

TABLEAU 1 • Prévalence des profils d'alcoolisation à risque dans le baromètre santé en 2010 (en %)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-75 ans	Total
Hommes							
À risque ponctuel	43,5	50,6	44,6	40,7	29,3	18,7	38,9
À risque chronique	19,6	15,8	10,7	13,0	17,4	16,7	15,1
Femmes							
À risque ponctuel	33,3	22,7	17,9	15,6	11,6	8,6	17,7
À risque chronique	8,3	3,0	2,9	2,8	4,1	2,8	3,7
Ensemble							
À risque ponctuel	38,5	36,3	31,1	27,8	20,2	13,2	28,0
À risque chronique	14,0	9,2	6,7	7,7	10,5	9,1	9,2

Champ : Population générale, France métropolitaine.
Source : Baromètre santé 2010, INPES.

SOURCE • Baromètre santé 2010 de l'INPES.

CHAMP • Les personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 15 à 85 ans.

MÉTHODOLOGIE • En 1992, 1993 et 1995, les questionnaires ont été posés aux Français âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Télécom et inscrits sur liste blanche. Le nombre de personnes interrogées était respectivement de 2099, 1950 et 1993. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685). En 2005, l'INPES a élargi cet échantillon classique et l'a complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe, portant la taille totale de l'échantillon à n = 30 514. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus dont 2 944 joignables uniquement sur téléphone mobile. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une

base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage ; on procède ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu auquel il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

LIMITES ET BIAIS • Pour l'AUDIT-C, voir l'enquête ESPS à cela près que les questions d'usage du baromètre se déclinent selon les quatre types d'alcool (vin, bière, alcools forts et autres alcools). De nombreux travaux méthodologiques suggèrent que la sous-déclaration des fréquences et des volumes de consommation est importante dans les enquêtes déclaratives, mais diminue avec la distinction des types d'alcool consommés. Pour cette raison, les questions des Baromètres santé 2005 et 2010 portent précisément et séparément sur les usages de vin, bière, alcools forts et autres alcools. C'est à partir de ces déclarations que sont calculés les fréquences et les volumes consommés et que sont déterminées les catégories de buveurs définies par l'AUDIT-C. Cette procédure améliore le recueil mais s'écarte du calcul standard du score AUDIT-C. Au contraire, l'enquête ESPS respecte la formulation classique, mais recueille des prévalences un peu plus faibles. Les enquêtes s'avèrent ainsi très complémentaires

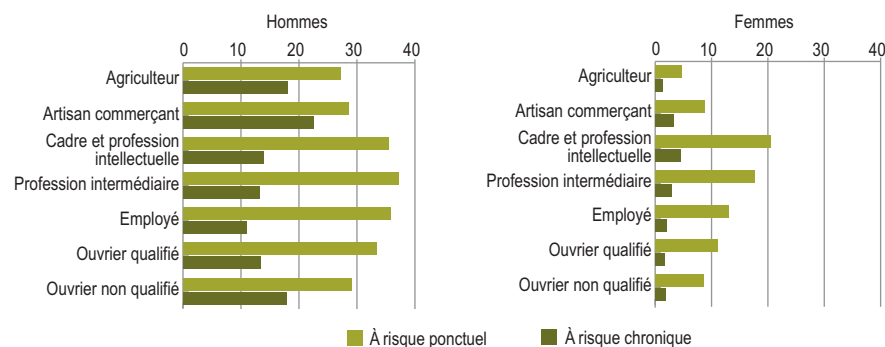
en termes de description. Le pourcentage ne tient pas compte des pourcentages d'hommes et de femmes inclassables dans un profil d'alcoolisation parce qu'elles ont mal ou pas répondu aux questions de l'AUDIT-C (0,3%).

RÉFÉRENCES •

- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007, *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES.
- Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 », *BEH*, n° 21-22, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011.
- Beck F., Legleye S., Spilka S. *et al.*, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005 », *Tendances*, n° 48, mai 2006.
- Beck F., Guignard R., Richard J.B. *et al.* « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 », *Tendances*, n°76, juin 2011.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES-OFDT-IRDES

GRAPHIQUE 1 • Prévalence des profils d'alcoolisation selon la PCS en population générale en 2008 (en %)



Champ : Population générale, France métropolitaine.
Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES. Cette enquête annuelle de 1988 à 1998 a depuis 1998 lieu tous les deux ans.

CHAMP • Personnes vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois grands régimes d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM), représentatives de 95% des personnes vivant en France métropolitaine.

MÉTHODOLOGIE • Trois échantillons représentatifs chacun d'un des trois grands régimes d'assurance maladie.

LIMITES ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'estimation de la prévalence des personnes ayant des consommations d'alcool excessives ou à risque de dépendance se fait à partir du

test AUDIT-C relatif aux douze derniers mois disponible depuis 2002. Le pourcentage de buveurs excessifs est représenté ici en distinguant le risque ponctuel du risque chronique. Le pourcentage est toujours ramené au nombre de personnes ayant renvoyé leur questionnaire santé. Ont été exclues les personnes jugées inclassables dans un profil d'alcoolisation (5%), parce qu'elles ont mal ou pas répondu aux questions de l'AUDIT-C.

RÉFÉRENCE •

- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., 2005, « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 97, série Méthode.

Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (2)

Sur le plan régional, une majorité des régions (14 régions sur 21)¹ ont vu leur niveau d'usage d'alcool régulier diminuer, s'inscrivant ainsi dans la tendance nationale. Quatre régions (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Bourgogne et Languedoc-Roussillon) se distinguent par des consommations régulières plus fréquentes que dans le reste du territoire, alors que cinq autres régions (Provence - Alpes - Côte d'Azur, Île-de-France, Lorraine, Picardie, Nord - Pas-de-Calais) connaissent des consommations régulières moins fréquentes. En 2008, la cartographie régionale des ivresses répétées scinde nettement le territoire métropolitain en deux zones : la moitié ouest/sud-ouest (façade atlantique et grand sud-ouest) s'avère nettement plus concernée que la moitié nord/nord-est. Seule la région Rhône-Alpes fait figure d'exception. Au sein de chacune de ces deux zones, des régions se démarquent plus particulièrement comme la Bretagne, qui continue de devancer fortement les autres par un niveau d'ivresses alcooliques nettement supérieur (39%) ou bien, à l'inverse, la Picardie (18%), le Nord - Pas-de-Calais (20%) et l'Île-de-France

(20%) qui, pour leur part, présentent des ivresses répétées nettement inférieures à ce que l'on observe dans le reste du pays.

Au niveau européen, les jeunes Français déclarent des usages d'alcool relativement moyens, comparativement aux autres pays : selon l'enquête Espad (*European School Survey on Alcohol and other Drugs*), 64% des élèves français âgés de 16 ans déclaraient en 2007 un usage dans le mois, classant la France à la 15^e place des pays européens (sur 35 pays). L'Autriche était le pays où cette consommation mensuelle était la plus élevée (80%) et l'Islande celui où elle était la plus faible (31%)².

Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), la cirrhose alcoolique et les psychoses alcooliques constituent les trois principales causes de mortalité liées à la consommation excessive d'alcool. Ces trois pathologies sont à l'origine de près de 20 000 décès en 2008³. La mortalité liée à une consom-

mation excessive d'alcool croît fortement avec l'âge pour les hommes comme pour les femmes. Le taux standardisé de décès des hommes est 4,2 fois plus élevé que celui des femmes. On observe une forte disparité régionale : les taux de décès sont plus élevés dans le Nord (Nord - Pas-de-Calais particulièrement) et en Bretagne, chez les hommes comme chez les femmes.

Le nombre annuel de décès lié à ces trois causes a chuté de plus de 6 500 cas depuis 1990 (-43% pour le taux standardisé) ; ce gain a surtout concerné les hommes. Pour la période récente (2000-2008), le nombre de décès lié à l'imprégnation éthylique chronique a diminué de 12% (-22% pour les taux standardisés). La diminution des taux standardisés de mortalité s'observe dans toutes les régions. En 2007, la France présentait un taux légèrement supérieur à la moyenne des pays de l'UE à 27 en ce qui concerne le taux de mortalité des hommes, alors que celui des femmes était inférieur à la moyenne européenne. La France tend à s'éloigner des tout premiers rangs européens depuis l'arrivée des nouveaux pays de l'Europe de l'est. ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT-IRDES-INPES.

synthèse

En 2010, près de quatre adultes sur dix, entre 18 et 75 ans, présentent une consommation d'alcool à risque, les trois quarts d'entre eux présentant un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et un quart, un risque d'alcoolisation excessive chronique. Les risques apparaissent deux à trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes et varient avec l'âge. La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool a peu augmenté entre 2005 et 2010, passant de 36,6% à 37,2%. Mais, on observe chez les plus jeunes, un accroissement des usages à risque chez les hommes comme chez les femmes, en particulier chez les femmes jeunes, entre 18 et 24 ans.

Les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés au risque d'alcoolisation excessive chronique. En revanche, les autres catégories sont plus concernées par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel. Pour les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est nettement plus élevée que les autres catégories professionnelles. Elles présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé.

En 2008, l'usage régulier d'alcool à 17 ans était trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (13,6% contre 4,0%). Après avoir augmenté entre 2000 et 2003, la consommation régulière a diminué entre 2003 et 2008 (de 7,5% à 4,0% pour les filles et de 21,2% à 13,6% pour les garçons).

1. Les données régionales pour la Corse ne sont pas disponibles, compte tenu d'un sous-échantillon trop faible pour une exploitation fiable.

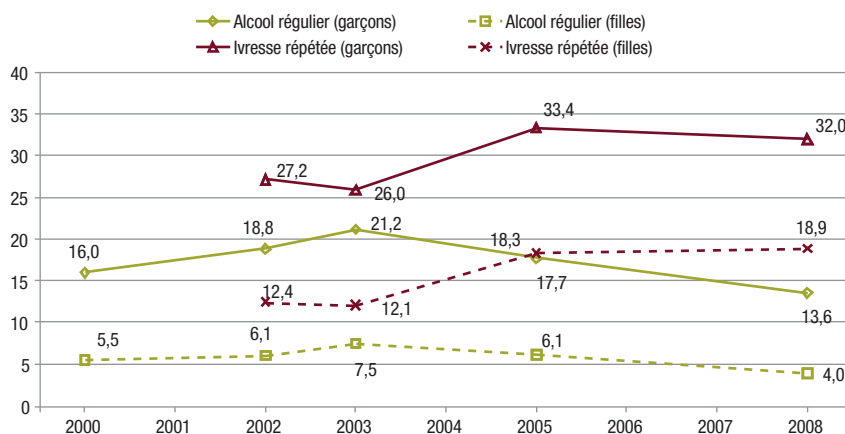
2. Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. 2007, Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD. Utilisation de substances parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'Europe, OEDT.

3. Ce nombre est vraisemblablement très sous-estimé (voir encadré méthodologique). Il constitue cependant un indicateur qui permet de caractériser les populations, les tendances dans le temps et les disparités géographiques des personnes décédées de pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique.

Dans l'AUDIT-C, qui interroge sur les 12 derniers mois, on distingue plusieurs niveaux de risque progressifs, aux conséquences plus ou moins lourdes selon le mode de consommation, occasionnel ou régulier, et la quantité d'alcool consommée. Le **risque d'alcoolisation excessive** est dit **ponctuel** si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil (14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes), mais boire 6 verres ou plus en une même occasion (*binge drinking*) de temps en temps (pas plus d'une fois par mois) suffit pour être classé dans cette catégorie. Les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les rixes ou bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique...

Le **risque** devient **chronique** chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool (15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes) ou chez ceux qui ont déclaré avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par semaine. Les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement, etc.) et les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique, etc.). Des doses de consommation d'alcool très élevées laissent soupçonner une dépendance à l'alcool : soit boire 49 verres ou plus par semaine quel que soit le sexe, soit boire 6 verres ou plus en une même occasion tous les jours ou presque. Cependant, le test AUDIT-C n'est pas considéré comme pertinent pour distinguer cette catégorie de buveurs excessifs – il n'en repère d'ailleurs que très peu (1% à 2%).

GRAPHIQUE 2 • Usage régulier d'alcool et ivresses alcooliques répétées* chez les jeunes de 17 ans entre 2000 et 2008 (en %)



* Usage régulier d'alcool : ≥ 10 usages dans le mois ; ivresses alcooliques répétées : ≥ 3 dans l'année.

Champ : France entière.

Sources : Escapad 2000, 2002, 2003, 2005 et 2008, OFDT.

SOURCES • Enquêtes sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad).

CHAMP • Jeunes de 17 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait la demande de naturalisation.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête Escapad est réalisée lors de la journée Défense et citoyenneté (ex-journée d'appel de préparation à la défense, JAPD) qui a remplacé

cette enquête par questionnaire auto-administré est régulière depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer des journées au hasard et à interroger exhaustivement toutes les personnes présentes ces jours dans les centres du service national. Entre 15 000 et 40 000 jeunes sont interrogés chaque année en fonction de la représentativité souhaitée. Depuis 2001 cette enquête a été étendue aux DOM.

LIMITES ET BIAS • L'ivresse déclarée étant une notion moins factuelle que l'usage, l'indicateur d'ivresse régulière est surtout intéressant en tendance. La question du nombre d'ivresses au cours des douze derniers mois n'a été introduite qu'en 2001. La définition des indicateurs comporte une part d'arbitraire dans le choix du seuil de fréquence et dans le choix de leur appellation. Ces choix s'appuient sur des normes européennes. Le terme « régulier » est une appellation utilisée par l'OFDT dans ses enquêtes depuis 2000 ; il évoque plus une notion d'habitude opposée au terme « occasionnel ».

RÉFÉRENCES •

- Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Laffiteau C., 2009, « Les drogues à 17 ans, Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, OFDT, n° 66, 6 p.
- Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O., 2007, « Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usage et prises de risque », OFDT, *Tendances*, n° 49, 4 p.
- Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O., 2007, *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*, OFDT, 77 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., 2008, *Atlas régional Alcool INPES-OFDT*, INPES. Données régionales en ligne sur le site OFDT : www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2004, « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003 », *Rapport OFDT*, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2005, « Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002-2003 », *Rapport OFDT*, 224 p.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976). Ont été retenus, du fait de leur forte implication dans la mortalité liée à une consommation excessive d'alcool, les décès comportant en cause initiale les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (codes CIM-9 140 à 149 jusqu'en 1999 et CIM-10 C00 à C14 à partir de 2000), les tumeurs malignes de l'œsophage (codes CIM-9 150 et CIM-10 C15), les tumeurs malignes du larynx (codes CIM-9 161 et CIM-10 C32), les psychoses alcooliques et alcoolisme (codes CIM-9 291 et 303, et CIM-10 F10) et les cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie (codes CIM-9 571.0, 571.3 et 571.5, et CIM-10 : K70.3, K74.4 et K74.6).

LIMITES ET BIAS • Sous-estimation des décès liés à une consommation excessive d'alcool. En effet, si les psy-

choses alcooliques sont entièrement liées à une consommation excessive d'alcool, une petite part des cirrhoses n'est pas d'origine alcoolique mais virale. Par ailleurs, les cancers des VADS sont dans la plupart des cas conjointement liés à la consommation d'alcool et de tabac. Ainsi, il n'est pas possible dans ce cas d'attribuer une part des décès à la seule consommation d'alcool. Enfin, au-delà de ces décès entièrement ou presque entièrement attribuables à l'alcool, il existe de nombreuses autres causes de décès pour lesquels la consommation d'alcool intervient comme un facteur de risque plus ou moins important. La prise en compte de tous ces risques conduit à un chiffre d'environ 45 000 décès attribuable à l'alcool au milieu des années 1990. Cette donnée est en cours d'actualisation.

RÉFÉRENCE •

- Hill C., 2000, « Alcool et risque de cancer », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 30 : p. 14-17.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.