

Alcool et cancers

COLLECTION
Fiches repère

ÉTAT DES
CONNAISSANCES
EN DATE
DU 20 JANVIER 2011

La consommation de boissons alcoolisées augmente le risque des cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du côlon-rectum, du sein et du foie. L'augmentation de risque dépend de la dose consommée et non du type d'alcool. La consommation de boissons alcoolisées est aussi en France la deuxième cause de mortalité évitable par cancers, après le tabac.

1. CE QUE L'ON SAIT

1.1 - La relation alcool-cancers est scientifiquement établie

- L'alcool est classé cancérigène pour l'Homme par le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) Dès 1988, le Circ (qui fait partie de l'Organisation mondiale de la santé) a conclu que les boissons alcoolisées étaient cancérigènes pour l'Homme (groupe 1)¹ (IARC, 1988).

Lors de deux autres évaluations récentes, en 2007 et en 2009, le Circ a confirmé cette classification et aussi classé l'éthanol apporté par les boissons alcoolisées (Baan, 2007 ; IARC, 2010), puis l'acétaldéhyde associé à la consommation d'alcool (Secrétan, 2009) dans le groupe des agents cancérigènes pour l'Homme (groupe 1).

- Les niveaux de preuve des relations entre consommation de boissons alcoolisées et risque de cancers sont jugés convaincants pour plusieurs localisations de cancer par le World Cancer Research Fund (WCRF) et l'American Institute for Cancer Research (AICR)

Ces niveaux de preuve sont établis sur la base d'études épidémiologiques, après ajustement sur la consommation de tabac, et d'études mécanistiques. La relation est jugée convaincante pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum (chez l'homme) et du sein (chez la femme). Elle est jugée probable pour le cancer du foie et pour le cancer du côlon-rectum (chez la femme). La relation avec le risque de cancer du rein est peu probable. Pour d'autres localisations, les données scientifiques ne permettent pas de conclure (WCRF/AICR, 2007)².

- Des études de cohorte récentes confirment l'association entre la consommation de boissons alcoolisées et l'augmentation du risque de cancers

Une augmentation de risque de cancer du sein de 12 % est observée pour 10 g d'éthanol consommé par jour (correspondant à environ un verre) dans une étude portant sur plus d'un million de femmes (Allen, 2009).

1 Depuis les années 1970, le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) évalue la cancérigénité pour l'Homme de divers agents génotoxiques sélectionnés parmi des facteurs suspectés dans le cas d'expositions professionnelles, environnementales ou liées aux habitudes individuelles ou culturelles. Les évaluations sont réalisées par des groupes d'experts internationaux selon une méthodologie normalisée. Elles donnent lieu à des monographies.

Après évaluation, les agents sont classés en différents groupes :

- Groupe 1 : groupe des agents cancérigènes pour l'Homme
- Groupe 2A : groupe des agents possiblement cancérigènes pour l'Homme
- Groupe 2B : groupe des agents probablement cancérigènes pour l'Homme
- Groupe 3 : groupe des agents dont le potentiel cancérigène n'est pas classifiable
- Groupe 4 : groupe des agents probablement non cancérigènes pour l'Homme

2 Depuis les années 1990, le World Cancer Research Fund (WCRF) et l'American Institute for Cancer Research (AICR) évaluent l'ensemble des facteurs nutritionnels susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque de cancers. Les évaluations réalisées par le WCRF et l'AICR ont donné lieu à deux rapports en 1997 et 2007. En 2007, le niveau de preuve des relations entre facteurs nutritionnels et risque de cancers a été évalué par un panel de 21 experts internationaux (pour chaque facteur et chaque localisation de cancers) à partir de l'ensemble des données scientifiques disponibles et des méta-analyses réalisées. La qualification du niveau de preuve prend en compte différents types d'études épidémiologiques (études cas-témoins, cohortes, essais contrôlés randomisés...), la quantité, la qualité et la nature des données, l'absence d'hétérogénéité et la plausibilité biologique (études mécanistiques). Les différents qualificatifs du niveau de preuve sont les suivants : « convaincant », « probable », « limité mais évocateur » et « effet substantiel sur le risque peu probable ».

Une autre étude de cohorte fournit une estimation de la réponse-dose pour les cancers des voies aérodigestives supérieures avec un risque multiplié par 1,14 chez l'homme et 1,23 chez la femme pour 10 g d'alcool supplémentaires par jour (Weikert, 2009).

- **Différents mécanismes plausibles peuvent coexister** (WCRF/AICR, 2007 ; INCa, 2007)

Certains mécanismes sont communs à plusieurs localisations de cancers, en particulier le rôle cancérigène du principal métabolite de l'alcool, l'acétaldéhyde, ainsi que des radicaux libres produits. La consommation d'alcool induit des déficits nutritionnels, notamment en folates et autres vitamines, favorables à la cancérogénèse.

D'autres mécanismes sont plus spécifiques de certaines localisations : exposition directe à l'acétaldéhyde contenu dans les boissons alcoolisées (Secretan, 2009) et/ou modification de la perméabilité de la muqueuse par l'alcool favorisant l'absorption d'autres cancérigènes tels que le tabac dans le cas des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, augmentation du taux d'hormones stéroïdes dans le cas du cancer du sein, développement de pathologies hépatiques (stéatose, hépatite, cirrhose) dans le cas du cancer du foie.

1.2 - L'alcool est le deuxième facteur de risque de mortalité par cancers en France

La consommation de boissons alcoolisées est la deuxième cause évitable de mortalité par cancers, après le tabac (IARC, 2007). Pour l'année 2006, il a été estimé que la consommation d'alcool était responsable de plus de 9 000 décès par cancers (Hill, 2009). Selon la même source, 9 % des décès par cancers chez l'homme et 3 % chez la femme seraient attribuables à la consommation d'alcool en France.

1.3 - Les modalités d'action de l'alcool vis-à-vis du risque de cancers

- **Il n'y a pas de dose sans effet**

Le risque de cancers augmente de manière linéaire avec la dose d'alcool apportée par les boissons (WCRF/AICR, 2007 ; INCa, 2007). **Aucun seuil de consommation sans risque n'a été identifié**, et même une consommation faible ou modérée d'alcool augmente le risque de cancers (Allen, 2009 ; Tramacere, 2010).

L'augmentation de risque est significative dès une consommation moyenne d'un verre par jour.

- **Tous les types de boissons alcoolisées ont le même effet** **Toutes les boissons alcoolisées** (bière, vin, champagne, alcools forts...) **augmentent le risque de cancers**. Le facteur qui compte est la quantité d'alcool (d'éthanol) pur consommée (WCRF, 2007 ; Allen, 2009).

- **Le terrain génétique impacte le risque de cancers des consommateurs de boissons alcoolisées**

Dans l'organisme, l'alcool est métabolisé en acétaldéhyde par l'alcool déshydrogénase (ADH) puis en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Ces deux enzymes font l'objet de polymorphismes génétiques se traduisant par des activités enzymatiques augmentées ou diminuées et modifiant la capacité des individus à consommer des boissons alcoolisées. Les données scientifiques actuellement disponibles montrent que certains polymorphismes des gènes ADH1B et ALDH2 exposent les consommateurs d'alcool à un risque majoré de développer un cancer des voies aérodigestives supérieures (Druesne-Pecollo, 2009).

- **L'arrêt de la consommation d'alcool réduit le risque de cancers des voies aérodigestives supérieures**

Pour ces cancers, des études récentes observent que le risque de cancers diminue après 10 ans d'arrêt de la consommation d'alcool et qu'après 20 ans, il n'est plus significativement différent de celui des personnes n'ayant jamais bu (Rehm, 2007 ; Marron, 2009).

- **Les propriétés du resvératrol débattues**

Les propriétés anticancérogènes du resvératrol sont souvent mises en avant. Cependant, ses effets potentiellement protecteurs sont remis en question pour plusieurs raisons. Les effets du resvératrol ont été observés principalement sur des modèles cellulaires et ne sont pas confirmés dans les modèles animaux et chez l'Homme (Liu, 2007). Par ailleurs, la biodisponibilité³ du resvératrol chez l'Homme est très faible (Baur, 2006). Les études épidémiologiques disponibles sont rares et ne permettent donc pas de conclure sur une éventuelle association inverse entre resvératrol du vin et risque de cancers. De plus, il est important de noter que la teneur en resvératrol du vin est variable et que d'autres aliments sont sources de

3 L'effet d'un constituant alimentaire dans l'organisme dépend de sa biodisponibilité, c'est-à-dire de son absorption intestinale, de son passage dans la circulation sanguine, de son métabolisme et de son élimination

resvératrol (raisin, mûres, cacahuètes...) et présentent l'avantage de ne pas contenir d'alcool.

1.4 - La consommation d'alcool en France reste une des plus élevées dans le monde

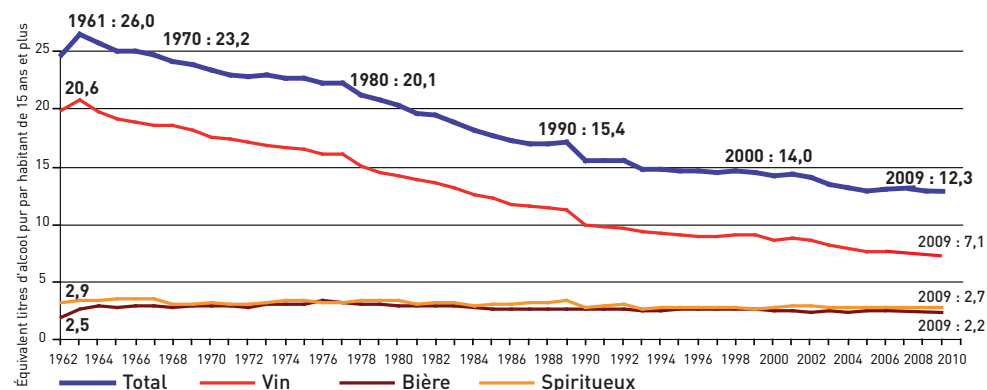
D'après les données de vente d'alcool (figure 1), la consommation moyenne d'alcool en 2009 correspond à 12,3 litres d'alcool pur par an, soit un peu moins de trois verres « standard » d'alcool par jour et par personne de plus de 15 ans (1 verre standard contient environ 10 g d'alcool pur : figure 2).

Depuis le début des années 1960, la consommation d'alcool en France a fortement diminué. Au début des années 1960, les quantités d'alcool vendues par habitant âgé de 15 ans et plus s'établissaient à 26 litres d'alcool pur. Quarante ans plus tard, ces ventes ont été divisées par deux. Cette baisse est liée à la diminution de la consommation de vin qui reste néanmoins la boisson alcoolique la plus consommée. La tendance à la baisse a été moins forte dans les années 1990 que dans les années 1980. Cette évolution se poursuit dans les années 2000.

Cette consommation reste cependant encore l'une des plus élevées au monde (WHO, 2004). Parmi les pays membres de l'Union européenne en 2003, la France occupait le cinquième rang européen (DREES, 2009).

À partir de données déclaratives du Baromètre santé 2005 (Beck, 2007), il a été estimé que la consommation quotidienne de boissons alcoolisées concernait 13,7 % des

FIGURE 1 : VENTE D'ALCOOL PAR HABITANT ÂGÉ DE 15 ANS ET PLUS DEPUIS 1961 (EN LITRES D'ALCOOL PUR)



Source : OMS, groupe IDA, Insee

FIGURE 2 : VERRE STANDARD POUR DIFFÉRENTS BOISSONS ALCOOLISÉES ET ÉQUIVALENCE EN GRAMMES D'ALCOOL

Volumes de différents types de boissons alcoolisées équivalant à environ 10 g d'alcool pur*



*Il s'agit d'exemples. Il existe des variations importantes du degré alcoolique pour chaque type de boissons alcoolisées (vin : de 10 à 15° ; bières : de 3 à 8° ; etc.)

Français âgés de 12 à 75 ans. Celle-ci s'avère presque trois fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (20,3 % versus 7,3 %). En termes de quantités bues, l'écart entre les sexes est également très marqué : les hommes qui déclarent consommer de l'alcool ont bu en moyenne 2,6 verres dans la journée lors de la dernière consommation contre 1,8 verre pour les femmes. La consommation quotidienne déclarée d'alcool est plus fréquente quand l'âge est plus important (39 % des 65-75 ans versus 3 % des 20-25 ans), mais en revanche, les quantités bues sont nettement plus importantes

parmi les jeunes adultes (environ 3 verres bus lors de la dernière journée de consommation chez les 15-25 ans *versus* 1,9 chez les 65-75 ans).

2. CE QUI SE FAIT

2.1 - Diffusion de documents d'information scientifique sur alcool et cancers

● Au niveau international

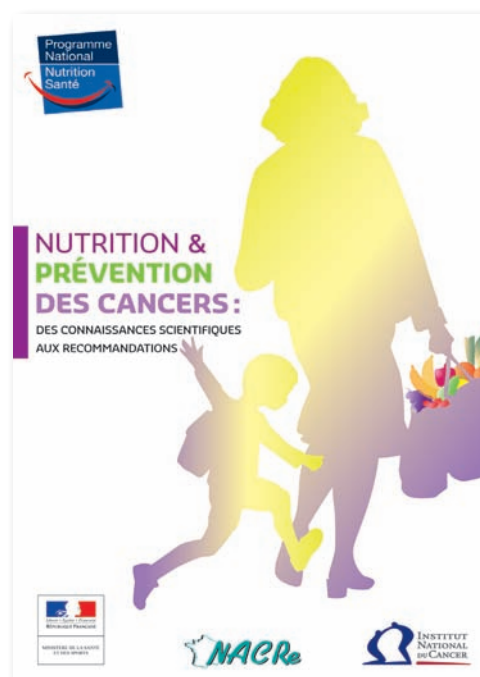
En novembre 2007, à l'issue d'une expertise collective internationale de grande envergure, le rapport du WCRF et de l'AICR « Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective » a été publié (WCRF/AICR, 2007). Ce rapport fait le point des connaissances dans le domaine des relations entre nutrition (dont l'alcool) et cancers à partir de la totalité de la littérature scientifique publiée jusqu'en 2006.

L'évaluation réalisée par le Circ en 2007 (Baan, 2007) sur les boissons alcoolisées a récemment donné lieu à une monographie (IARC, 2010).

● Au niveau national

Un rapport faisant le point des connaissances sur les relations entre la consommation d'alcool et le risque de cancers réalisé

avec l'appui du réseau NACRe (réseau National alimentation cancer recherche) a été publié en décembre 2007 par l'Institut National du Cancer (INCa, 2007).



En 2009, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), l'INCa a coordonné l'actualisation de la brochure « Alimentation, nutrition et cancer : vérités, hypothèses et idées fausses » (InVS, 2003) en s'appuyant sur l'expertise du réseau NACRe. Cette brochure (INCa, 2009), à destination des professionnels de santé, fait un point actualisé sur les connaissances scientifiques validées concernant les relations entre facteurs nutritionnels et risque de cancers en s'appuyant sur l'évaluation et les niveaux de preuve qui ont été établis par le WCRF et l'AICR (WCRF/AICR, 2007). Elle présente notamment les données relatives aux nombreuses localisations de cancers pour lesquelles la relation avec la consommation d'alcool est jugée convaincante.

Le Haut Conseil de la santé publique a émis en juillet 2009 un avis relatif aux recommandations sanitaires en matière de consommation d'alcool. Il considère que les données scientifiques objectivent un risque de cancers associé à la

consommation d'alcool sans effet seuil et préconise d'examiner la relation bénéfique/risque de la consommation d'alcool à faible dose pour l'ensemble des pathologies⁴.

2.2 - Des actions de communication sur les risques sanitaires liés à la consommation d'alcool

Depuis la fin des années 1990, de nombreuses campagnes d'informations (campagnes TV, presse, affichettes...) menées par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) puis l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont pour objectif d'améliorer la connaissance de la population générale sur les repères de consommation et sur les équivalences entre les différentes boissons alcoolisées. Ces actions attirent l'attention du public sur les dangers d'une consommation régulière excessive à l'image des campagnes lancées en 2001 « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir » et 2006 « On préfère toujours se dire que ce sont les autres qui boivent trop ». Ces différentes campagnes ont pu contribuer à accroître la perception des risques liés à l'alcool. Entre 1999 et 2008, le pourcentage des 15-75 ans percevant la dangerosité de la consommation d'alcool est passé de 6 à 10 %⁵ (Costes, 2010).

En 2010, l'Inpes a mis en ligne le site www.alcoolinfoservice.fr qui propose une information complète sur l'alcool et la santé ainsi que l'alcoomètre, un outil d'évaluation de sa consommation associé à un programme d'aide à la réduction. Il fournit également des informations pour orienter les personnes en difficulté avec l'alcool. Cette action s'inscrit dans la mesure 11.6 du Plan cancer 2009-2013 intitulée « Renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool ».

L'Inpes diffuse également un outil à destination des professionnels de santé, « Alcool. Ouvrons le dialogue »⁶. Cet outil a pour objectif de faciliter le dialogue entre médecin et patient et permet d'aider le patient à faire le bilan de sa consommation d'alcool et à la réduire s'il le souhaite.

2.3 - Des mesures pour améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool

La prise en charge des personnes souffrant d'abus ou de dépendance à l'alcool a été réorganisée en 2007 avec la publication du décret du 14 mai 2007. Ce dernier prévoit la mise en place des Centres de soins d'accompagnement et

de prévention en addictologie (CSAPA) résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST)⁷.

En 2008, les statistiques hospitalières ont enregistré plus de 110 000 séjours pour un problème d'alcool, soit une hausse d'environ 10 % par rapport à 2005 (OFDT, 2010). En plus de ces recours liés à la prise en charge de l'abus ou de la dépendance à l'alcool, le nombre total d'hospitalisations liées à des pathologies provoquées par la consommation excessive d'alcool a été estimé à 1,3 million en 2003 (OFDT, 2010).

2.4 - D'autres mesures pour réduire la consommation et l'offre d'alcool en France

Une politique de santé publique combine prévention globale (qui vise l'ensemble de la population) et prévention ciblée (qui vise certains groupes ou situations plus vulnérables ou à risques comme les jeunes, la grossesse, la conduite...). C'est pourquoi les pouvoirs publics prennent des mesures relevant de ces deux types de prévention :

- **les restrictions à la publicité** mises en place par une ordonnance de 1959 et renforcées par la loi Évin de 1991, qui sont d'autant plus nécessaires que des études internationales récentes ont confirmé que l'exposition à des publicités pour l'alcool a un impact sur le comportement des adolescents vis-à-vis de ce produit. Les jeunes fortement exposés à des publicités sur l'alcool commencent plus précocement à boire et sont plus susceptibles d'avoir des consommations élevées en une seule occasion (type « binge drinking ») et des consommations d'alcool plus fréquentes ;

- **la fiscalité** sur certains produits (taxe spécifique sur les « premix/alcopops » en 2005).

- **Alcool et grossesse**

Dans le cadre du Plan cancer 2003-2007 a été mis en place un message sanitaire à destination des femmes enceintes leur préconisant de renoncer à toute consommation d'alcool. Ce message est apposé sur toutes les unités de conditionnement d'alcool (rendu effectif



4 http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090701_alcool.pdf, consulté le 20/01/2011

5 Pourcentage de personnes jugeant que la consommation d'alcool est dangereuse pour la santé dès l'expérimentation

6 <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/474.pdf>, consulté le 20/01/2011

7 CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie ; CSST : Centre de soins spécialisés pour toxicomanes

le 3 octobre 2007, en application de l'arrêté ministériel du 2 octobre 2006). Ce message peut prendre deux formes : un pictogramme explicite ou une phrase d'information « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant ». En effet, en l'absence d'un seuil en deçà duquel la consommation d'alcool ne présenterait pas de risque pour le fœtus, il est indispensable de s'abstenir de consommer toute boisson alcoolisée tout au long de la grossesse. L'exposition prénatale à l'alcool est la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant.

Une étude de l'Inpes, menée avant (novembre 2004) et après (décembre 2007) la médiatisation de la mesure, montre que la recommandation de non-consommation d'alcool pendant la grossesse est mieux connue en 2007 qu'en 2004 (87 % des enquêtés *versus* 82 %). En 2007, 30 % des enquêtés estiment que le risque pour le fœtus commence dès le premier verre (*versus* 25 % en 2004). Pour 27 % des enquêtés en 2007 (22 % en 2004), le risque est équivalent tout au long de la grossesse (Guillemont, 2008). Cependant, actuellement en France une femme sur deux déclare consommer de l'alcool pendant la grossesse (De Chazeron, 2008).

● Alcool et sécurité routière

La conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit réprimé depuis 1965 en France. Depuis le décret du 29 août 1995, l'alcoolémie légalement tolérée pour tout conducteur de véhicule est fixée à 0,5 g/L de sang (0,25 mg/L d'air expiré). Au-delà de ce taux, la conduite d'un véhicule constitue une infraction relevant, selon le niveau d'alcoolémie constaté, du tribunal de police ou du tribunal correctionnel. Elle est passible, entre autres, d'une peine d'amende, du retrait de points du permis de conduire, de la suspension ou du retrait du permis, voire d'une peine de prison. En cas d'accident ayant entraîné des blessures ou un décès, les peines sont aggravées et peuvent atteindre sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende pour homicide involontaire. En 2007, il y a eu 163 336 condamnations pour conduite en état alcoolique⁸.

Pour lutter contre l'alcoolisation au volant et afin de prévenir les accidents de la route, l'article 94 de la loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires

(HPST) du 21 juillet 2009 restreint la vente d'alcool dans les stations-services : auparavant permise entre 6 heures et 22 heures, elle ne l'est plus qu'entre 8 heures et 18 heures. Il est également strictement interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées, destinées à une consommation immédiate, dans les points de vente de carburant.

● Encadrement de l'offre d'alcool

Par ailleurs, la loi HPST comporte un volet consacré à l'alcool avec pour objectif principal de limiter les consommations à risque, notamment chez les jeunes. La loi a permis d'élargir l'interdiction de la vente d'alcool à l'ensemble des mineurs jusqu'à 18 ans (contre 16 ou 18 ans auparavant, selon le type de boisson et le lieu de vente). La vente à titre principal contre une somme forfaitaire ou l'offre, à titre gratuit, à volonté d'alcool dans un but commercial (communément appelée « open bars ») est également interdite. Lors des « happy hours », il est obligatoire de proposer également des boissons sans alcool à prix réduit.

D'après une enquête d'opinion des Français sur le volet alcool de la loi HPST, 85 % des personnes interrogées sont favorables à l'interdiction de vente d'alcool aux moins de 18 ans, 76 % approuvent l'interdiction des « open bars » et 79 % sont favorables à l'interdiction de vente d'alcool dans les stations-services⁹.

La mise en œuvre des mesures de la loi HPST pour limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs, parachevée par la publication de l'arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches prévues par l'article L. 3342-4 du code de la santé publique et du décret n°2010-465 du 6 mai 2010 relatif aux sanctions prévues pour l'offre et la vente de boissons alcooliques, répond à l'objectif de l'action 11.7 du Plan cancer 2009-2013.

2.5. Au niveau européen : des stratégies pour réduire l'usage nocif de l'alcool

L'Union européenne est la région du monde où la proportion de consommateurs d'alcool et les consommations d'alcool par habitant sont les plus élevées. Avec plus de 195 000 décès par an, l'alcool est le troisième facteur de risque le plus important (derrière le tabagisme et l'hypertension) en ce qui concerne les pathologies et les décès prématurés. Réduire l'usage nocif de

⁸ <http://www.drogues.gouv.fr/ce-que-dit-la-loi/ce-que-dit-la-loi-en-matiere-dalcool/alcool-au-volant/> consulté le 20/01/2011

⁹ Les Français et les mesures « alcool » du projet de loi Bachelot. Conférence de presse ANPAA du 18 février 2009. Enquête ANPAA/Ligue nationale contre le cancer/IFOP sur un échantillon représentatif de 1 007 personnes âgées de 15 ans et plus

l'alcool est devenu une préoccupation prioritaire pour l'OMS (WHO, 2008) et la Commission européenne.



Le bureau européen de l'OMS met à disposition des États membres plusieurs ouvrages concernant la politique en matière d'alcool. Un document publié en 2006 (OMS, 2006) vise à encourager et à faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et d'actions pour prévenir ou réduire les méfaits de l'alcool. Le message préconisé concernant

la consommation d'alcool est « avec l'alcool, moins c'est mieux », sans préciser de repères.

Dans la continuité de ce cadre d'action, l'ouvrage de 2009 (WHO, 2009) est destiné à renforcer les stratégies nationales pour limiter les méfaits de l'alcool. Cet ouvrage reprend dix pistes d'intervention : les prix, la disponibilité, le marketing, l'alcool produit de manière illégale et officieuse, l'alcool au volant, les lieux où l'on boit, les interventions en matière de soins de santé, la sensibilisation du grand public, les mesures prises à l'échelle des quartiers et sur les lieux de travail, et le suivi et l'évaluation.

La Commission européenne a lancé la première stratégie européenne de lutte contre les méfaits de l'alcool en 2006. Cette stratégie repose sur plusieurs priorités d'action aux niveaux européen et national, dont la protection des jeunes et des enfants, la diminution du nombre de blessés et de tués dus à l'alcool au volant, la prévention des effets néfastes de l'alcool chez les adultes et l'atténuation des répercussions de la consommation abusive d'alcool au travail (Directorate general for Health and Consumer, 2009).

Dans le cadre de cette stratégie, la Commission européenne a élaboré un rapport intitulé « Alcool et médecine générale, Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves » à destination des praticiens en soins de santé primaire. Le principal objectif est de résumer les connaissances sur les risques liés à l'alcool et de passer en revue les différentes stratégies proposées en soins de santé primaires pour aider les personnes ayant une consommation d'alcool à risque ou nocive (Anderson, 2008).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allen N.-E., Beral V., Casabonne D. *et al.* "Moderate alcohol intake and cancer incidence in women". *J Natl Cancer Inst*, 2009;101:296-305.
- Anderson P., Gual A., Colom J. INCa (trad.). « Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves ». Paris, 2008 ; 141 p.
- Baan R., Straif K., Grosse Y. *et al.* "Carcinogenicity of alcoholic beverages". *Lancet Oncol*, 2007;8:292-293.
- Baur J.-A. et Sinclair D.-A. "Therapeutic potential of resveratrol: the *in vivo* evidence". *Nature Rev* 2006;5:493-506.
- Beck F., Guilbert P. et Gautier A. (dir.). « Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé ». Inpes, Saint-Denis, 2007, 608 p.
- Costes J.-M., Laffiteau C., Le Nézet *et al.* « Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008 ». OFDT, 2010.
- De Chazeron I., Llorca P.-M., Ughetto S. *et al.* "Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France?" *Alcohol Clin Exp Res*, 2008;32:868-873.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress). « L'état de santé de la population en France », rapport 2008. 2009, 272 p.
- Directorate General for Health and Consumer. "First Progress report on the implementation of the E.U Alcohol Strategy". September 2009, 61 p.
- Druesne-Pecollo N., Tehard B., Mallet Y. *et al.* "Alcohol and genetic polymorphisms: effect on risk of alcohol-related cancer". *Lancet Oncol*, 2009; 10:173-80.
- Guillemont J. et Léon C. « Alcool et grossesse : connaissance du grand public en 2007 et évolutions en trois ans ». Inpes, Évolutions 2008 n° 15, 6 p.
- Hill C., Doyon F. et Mousannif A. « Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006 ». InVS, Saint-Maurice, 2009, 272 p.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). "Attributable causes of cancer in France in the year 2000". IARC, Lyon, 2007, 172 p.
- IARC Working Group. "Alcohol drinking". IARC Monograph Eval Carcinog Risks Hum, 1988;44:1-378.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). "Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate", 2010, vol 96, 1428 p.
- Institut National du Cancer (INCa), Réseau NACRe. « Alcool et risque de cancers. État des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique ». Collection Rapports & synthèses. INCa, Boulogne-Billancourt, 2007, 58 p.
- Institut National du Cancer (INCa), Réseau NACRe, Direction générale de la santé (DGS). « Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations ». Coll. Les Synthèses du Programme national nutrition santé, ministère de la santé et des sports, 2009, 50 p.
- Institut de Veille Sanitaire (InVS), Direction générale de la santé (DGS). « Alimentation, nutrition et cancer : Vérités, hypothèses et idées fausses ». Coll. Les Synthèses du Programme national nutrition santé, ministère de la santé et des sports, 2003, 54 p.
- Liu B.-L., Zhang X., Zhang W. *et al.* "New enlightenment of French paradox. Resveratrol's potential for cancer chemoprevention and anti-cancer therapy". *Cancer Biol Ther* 2007;6:1833-1836.
- Marron M., Boffetta P., Zhang Z.-F. *et al.* "Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk". *Int J Epidemiol*, 2010;39:182-196.
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). « Drogues, Chiffres clés ». OFDT, 3^e édition, juin 2010, 6 p.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe. « Cadre de la politique en matière d'alcool dans la région européenne de l'OMS ». OMS, 2006, 31 p.
- Rehm J., Patra J. et Popova S. "Alcohol drinking cessation and its effect on esophageal and head and neck cancers: a pooled analysis". *Int J Cancer*, 2007;121:1132-1137.
- Secretan B., Straif K., Baan R. *et al.* "A review of human carcinogens-Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish". *Lancet Oncol*, 2009;10:1033-1034.
- Tramacere I., Negri E., Bagnardi V. *et al.* "A meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers. Part 1: overall results and dose risk relation". *Oral Oncol*, 2010;46:497-503.
- Weikert C., Dietrich T., Boeing H. *et al.* "Lifetime and baseline alcohol intake and risk of cancer of the upper aero-digestive tract in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study". *Int J Cancer*, 2009;125:406-12.
- World Cancer Research Fund (WCRF)/American Institute for Cancer Research (AICR). "Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective". AICR, Washington DC, 2007, 517 p.
- World Health Organization (WHO). "Global status report on alcohol 2004". WHO, Geneva, 2004, 88 p.
- World Health Organization (WHO). "Strategies to reduce the harmful use of alcohol", A61/13, mars 2008.
- WHO Europe. "Handbook for action to reduce alcohol-related harm". WHO, 2009, 70 p.

Coordination de la fiche repère « Alcool et cancers ». Direction santé publique, département prévention, Institut National du Cancer

Remerciements pour relecture à J. Guillemont et A.-J. Serry (Inpes), à C. Taché (DGS), à P. Latino-Martel et N. Pecollo (réseau NACRe)