

## Chapitre 5 : Consommation d'alcool

*Des extraits de ce chapitre se trouvent dans Shield K, Marant Micallef C, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, et al. (2017). New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.14009> PMID:28833736 [Epub ahead of print].*

### Introduction

Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) a déterminé qu'il existe des indications suffisantes de la cancérogénicité de l'alcool, même lorsqu'il est consommé à des volumes moyens faibles (1). La consommation d'alcool est associée à une augmentation du risque de développer des cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage (carcinome épidermoïde), du côlon-rectum, du foie et des voies biliaires intra-hépatiques, du larynx et du sein (2–4). Ce chapitre quantifie le nombre de nouveaux cas de cancer en France, en 2015, attribuables à la consommation d'alcool.

### Méthodes

Le nombre de nouveaux cas de cancer attribuables à la consommation d'alcool a été estimé sous l'hypothèse d'un temps de latence moyen de 10 ans entre la consommation d'alcool et le développement du cancer et en utilisant une version modifiée de la formule de Levin dans laquelle la consommation d'alcool est modélisée comme une exposition continue.

Le niveau de référence pour le développement du cancer est l'abstinence à vie, les anciens buveurs et les buveurs actuels ayant un risque accru de cancer (2, 3). Les données sur la consommation d'alcool (voir Tableau 5.1) ont été obtenues à partir de deux bases de données : i) le Baromètre santé 2005 (5), une enquête représentative nationale pour les données de consommation d'alcool déclarées et, ii) le Système mondial d'information sur l'alcool et la santé pour les données sur la quantité d'alcool mise à disposition au niveau des populations (pour la population vivant en France) (6). Les données de l'enquête ont été ajustées à l'aide des données sur la mise à

disposition d'alcool en France pour corriger la sous-déclaration, selon les méthodes décrites par Rehm et coll. (7, 8).

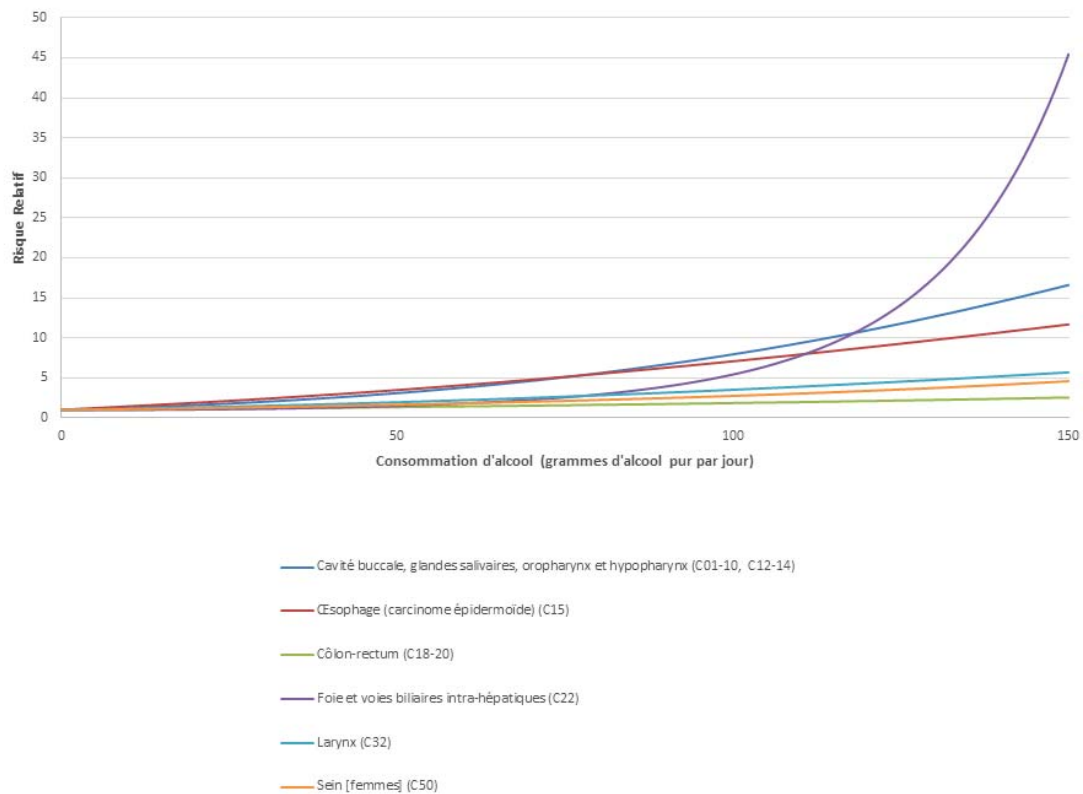
**Tableau 5.1. Prévalence de la consommation d'alcool selon le statut de consommation et le sexe chez les adultes de 20 ans et plus, en France, en 2005**

Sexe	Abstinentes à vie (%)	Anciens buveurs (%)	Buveurs actuels (%)	Consommation moyenne d'alcool chez les buveurs actuels (g/jour)*
Hommes	5,5	5,3	89,1	35,8
Femmes	8,7	7,2	84,1	13,3
Total	7,2	6,3	86,5	24,1

\* Ajustée pour expliquer 80 % de l'alcool mis à disposition

Sources : Baromètre santé 2005 (5), Système mondial d'information sur l'alcool et la santé (6)

Les RR correspondant à chaque localisation de cancer ont été obtenus à partir de méta-analyses réalisées par Bagnardi et coll. (2). Les fonctions de RR par localisation sont présentées à la Figure 5.1. Les études incluses dans ces méta-analyses étaient ajustées sur les facteurs de confusion tels que le tabagisme, l'âge et l'alimentation, entre autres.



**Figure 5.1. Fonctions de RR pour la relation entre la consommation d'alcool et diverses localisations de cancer (2)**

## Résultats

En France, en 2015, chez les personnes âgées de 30 ans et plus, près de 28 000 nouveaux cas de cancer (11 700 et 16 200 chez les femmes et les hommes, respectivement) étaient attribuables à la consommation d'alcool, soit 8,0 % des nouveaux cas de cancer, toutes localisations confondues (7,5 % et 8,5 % des nouveaux cas de cancer chez les femmes et les hommes, respectivement) (voir Tableau 5.2). L'alcool avait le plus d'impact sur le cancer de l'œsophage (carcinome épidermoïde), suivi par le cancer du foie, 57,7 % et 48,0 % étant respectivement attribuables à la consommation d'alcool. En termes de nombre de cas, le cancer du sein était le plus impacté par la consommation d'alcool avec 8000 cas attribuables.

**Tableau 5.2. Nombre estimé et fraction de nouveaux cas de cancer attribuables à la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes âgés de 30 ans et plus, en France, en 2015**

Localisations de cancer (code CIM-10)	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre de cas attribuables	FA (%)	Nombre de cas attribuables	FA (%)	Nombre de cas attribuables	FA (%)
Cavité buccale et pharynx (C01–06, C09–10, C12–14)	4871	60,9	804	33,8	5675	54,7
Œsophage (C15*)	1532	62,5	275	40,6	1807	57,7
Côlon-rectum (C18–21)	4580	20,6	2074	10,9	6654	16,1
Foie (C22)	4035	54,8	320	18,7	4355	48,0
Larynx (C32)	1199	39,6	85	20,5	1284	37,3
Sein (C50)	-	-	8081	15,1	8081	15,1
Total	16 217		11 639		27 856	
<b>% tous cancers (C00–97)</b>		<b>8,5</b>		<b>7,5</b>		<b>8,0</b>

CIM = classification internationale des maladies ; FA = fraction attribuable

\* Carcinome épidermoïde de l'œsophage

## Discussion

La consommation d'alcool est liée à un nombre important de nouveaux cas de cancer évitables en France. Par rapport aux estimations menées dans d'autres pays, notre étude montre un nombre plus élevé de nouveaux cas de cancer attribuables à la consommation d'alcool. Par exemple, les résultats d'une étude britannique de 2010 (2) et d'une étude australienne de 2010 (9) sur les cancers attribuables à la consommation d'alcool ont respectivement montré que ceux-ci représentaient 4,0 % et 2,8 % des cancers, toutes localisations confondues. Ces études n'avaient cependant pas corrigé la sous-déclaration de la consommation d'alcool. Les résultats de ces études seraient semblables aux nôtres s'ils n'étaient pas ajustés sur ce facteur (dans ce cas, nos résultats montreraient que 4,4 % et 3,8 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et chez les femmes, respectivement, étaient attribuables à la consommation d'alcool, toutes localisations et tous âges confondus). Par ailleurs, de grandes différences existent entre nos estimations actuelles et le nombre estimé de cas de cancer attribuables à la consommation d'alcool en France, en 2000 (10,8 % et 4,5 % des cas de cancer chez les hommes et chez les femmes, respectivement, toutes localisations confondues). Cependant, l'étude menée en 2000 avait utilisé des estimations de RR différentes et une consommation moyenne chez les buveurs, au lieu d'une distribution.

Les résultats figurant dans ce chapitre présentent certaines limites méthodologiques. Premièrement, l'estimation de la consommation d'alcool utilisée est transversale et non une estimation de la consommation à vie, qui est un meilleur indicateur du risque de cancer (10). Deuxièmement, le choix des RR a pu conduire à une sous-estimation du nombre de nouveaux cas de cancer attribuables à la consommation d'alcool. Notamment, les RR utilisés pour modéliser l'association entre la consommation d'alcool et le risque de développer un cancer peuvent être biaisés du fait d'une déclaration inexacte de l'abstinence à vie dans les études d'observation sous-jacentes. En outre, il a été démontré que l'alcool interagit avec d'autres facteurs de risque de cancer, comme le tabac dans le cas du cancer de l'œsophage (11) ou l'apport alimentaire en folates dans le cas du cancer du sein (12) ; toutefois, la méthodologie actuelle de combinaison

de données de consommation d'alcool aux niveaux populationnel et individuel ne permet pas de modéliser ces interactions (7, 8).

Malgré ces limites méthodologiques, il est clair qu'un grand nombre de nouveaux cas de cancer en France, en 2015, étaient attribuables à la consommation d'alcool. Ainsi, les résultats de la présente étude contribueront à informer les décideurs pour la mise en œuvre de politiques et de programmes coût-efficaces, tels que l'augmentation des prix et des niveaux de taxation (voir références 13–15), afin de réduire la consommation d'alcool et le nombre de cancers attribuables à cette consommation.

## Références

1. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL (2015). Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*. 351:h4238. [PMID:26286216](#)
2. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*. 112(3):580–93. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.579> [PMID:25422909](#)
3. IARC (2010). Alcohol consumption and ethyl carbamate. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*, 96:1–1428. [PMID:21735939](#). Disponible sur : <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/index.php>.
4. Hill C (2003). Alcool et risque de cancer. *Gerontol Soc*. 26(2):59–67. <https://doi.org/10.3917/gq.105.0059>
5. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2006). Baromètre santé 2005. Saint Denis, France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
6. World Health Organization (2015). Global Information System on Alcohol and Health [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>
7. Rehm J, Kehoe T, Gmel G, Stinson F, Grant B, Gmel G (2010). Statistical modeling of volume of alcohol exposure for epidemiological studies of population health: the US example. *Popul Health Metr*. 8(1):3. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-8-3> [PMID:20202213](#)
8. Kehoe T, Gmel G, Shield KD, Gmel G, Rehm J (2012). Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Popul Health Metr*. 10(1):6. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-6> [PMID:22490226](#)
9. Pandeya N, Wilson LF, Webb PM, Neale RE, Bain CJ, Whiteman DC (2015). Cancers in Australia in 2010 attributable to the consumption of alcohol. *Aust N Z J Public Health*. 39(5):408–13. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12456> [PMID:26437723](#)
10. Ferrari P, Jenab M, Norat T, Moskal A, Slimani N, Olsen A, et al. (2007). Lifetime and baseline alcohol intake and risk of colon and rectal cancers in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer*. 121(9):2065–72. <https://doi.org/10.1002/ijc.22966> [PMID:17640039](#)
11. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. (2009). Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 18(2):541–50. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-08-0347> [PMID:19190158](#)
12. Romieu I, Scoccianti C, Chajès V, de Batlle J, Biessy C, Dossus L, et al. (2015). Alcohol intake and breast cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Int J Cancer*. 137(8):1921–30. <https://doi.org/10.1002/ijc.29469> [PMID:25677034](#)

13. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 373(9682):2234–46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3) PMID:19560605
14. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. (2014). Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 384(9941):427–37. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60616-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60616-4) PMID:24797573
15. Rehm J, Lachenmeier DW, Llopis EJ, Imtiaz S, Anderson P (2016). Evidence of reducing ethanol content in beverages to reduce harmful use of alcohol. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 1(1):78–83. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30013-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30013-9) PMID:28404116