

chutes, suicide et homicide). C'est ensuite à partir des statistiques nationales de décès de l'Inserm en 1995, qu'a été calculé le nombre de décès en lien avec l'alcool (« décès attribuables ») sur l'année et pour chaque pathologie incriminée. Ainsi, d'après ces calculs, sur les 45 000 décès estimés, les étiologies les plus fréquemment en cause sont les cancers des VADS (16 000 décès dont 14 000 chez l'homme), les affections digestives (8 200), les maladies cardio-vasculaires (7 600) et les accidents (7 100 décès dont 2 860 dans les accidents de la route) (tableau 2).

Tableau 2 Décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool, France, 1995 / **Table 2** Number of deaths attributable to alcohol by gender and disease, France, 1995

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cancers des VADS	14 000	2 000	16 000
Troubles mentaux	2 000	500	2 500
Cardio vasculaire	7 000	600	7 600
Respiratoire	1 000	100	1 100
Digestive	6 000	2 200	8 200
Accidents, empoisonnements	6 000	1 100	7 100
Mal Spécifié	2 000	500	2 500
TOTAL	38 000	7 000	45 000

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

Il n'existe pas de données françaises de mortalité en lien avec l'alcool plus récentes. Or, compte tenu des évolutions récentes de la consommation d'alcool (diminution progressive des quantités, modification des modes de consommation), une nouvelle

évaluation de ces chiffres semble nécessaire. D'autant qu'ils présentent certaines limites, soulignées par l'auteur elle-même, comme le recours à des risques relatifs issus d'études épidémiologiques non françaises -voire même non européennes- l'ancienneté de certaines de ces études, la surestimation possible de cas attribuables à l'alcool (cohorte rétrospective avec un niveau de consommation plus élevé à l'époque) ou encore la sous-estimation d'autres cas (du fait de la seule prise en compte du diagnostic principal de décès et non pas des diagnostics associés).

Une réflexion est aujourd'hui en cours, notamment au sein de l'OFDT, pour actualiser ces modalités de calcul de la mortalité attribuable à l'alcool à partir de données plus récentes.

L'alcool au centre de débats publics

La réduction de la consommation en termes de litres d'alcool pur par habitant est un objectif stratégique de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 comme du plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Le ministre de la Santé et des Solidarités a, également, annoncé la tenue en 2006 d'États généraux sur l'alcool sur la base des recommandations d'un rapport de ses services [11].

L'ensemble de ces éléments concourt à replacer le problème de l'alcool au centre des débats publics en amenant notamment les individus à prendre conscience des risques sanitaires et sociaux associés. La réactualisation des données de mortalité française inhérente à l'alcool s'impose donc dans ce contexte. En marge de la réduction actuelle des quantités consommées, les modes de consumma-

tion ont évolué en France, renforçant la notion de plaisir associée à l'alcool. C'est pourquoi les mesures de santé publique qui seront envisagées auront à prendre en compte les représentations sociales positives liées à l'alcool, encore souvent considéré comme un produit de consommation plutôt que comme un psychotrope.

Références

- [1] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Editions la Découverte. 2005, Paris.
- [2] Legleye S and al. Alcoolisation, un phénomène complexe, in Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Ed INPES. 2006, Paris.
- [3] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Alcool, effets sur la santé. Expertise collective. 2001, Paris: Inserm. 360 p.
- [4] Middleton Fillmore K, and al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction research and theory*, 2006: p. 1-31.
- [5] Lépine JP and al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 (ESEMeD). *Encéphale*; 2005, 31: 182-94.
- [6] Vigne C. Alcoolisme et addictions en gériatrie. *La revue de Gériatrie*, 2003. 28: p. 741-3.
- [7] Got C. Le poids de l'alcool dans la santé publique en France. *Gastroenterol Clin Biol*, 2002. 26(5 Suppl): p. 149-57.
- [8] Naveau S, G Perlemuter, and A. Balian. Epidémiologie et histoire naturelle de la cirrhose. *Rev Prat*, 2005. 55(14): p. 1527-32.
- [9] Hill C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en Santé publique, 2000. 30: p. 14-7.
- [10] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Étude stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (SAM). Éléments de conclusion, 2005.
- [11] Bertrand X, Jeandet-Mengual E. Rapport sur la perspective d'organisation d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme. 2005, ministère de la Santé et des Solidarités: Paris. 51 p.

Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005

Pierre Arwidson (pierre.arwidson@inpes.sante.fr), Christophe Léon, Juliette Guillemont

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif du travail présenté est d'estimer la consommation totale annuelle d'alcool à partir des déclarations d'un échantillon représentatif de la population française et de mesurer la contribution à la consommation totale d'alcool selon l'âge et le niveau de consommation.

Méthode – Les données analysées sont issues du Baromètre santé 2005, une enquête téléphonique en population générale, avec une méthode aléatoire, réalisée auprès de 30 514 personnes de 12 à 75 ans de fin 2004 à début 2005. La quantité totale annuelle consommée a été établie à partir des réponses aux questions sur la fréquence de consommation d'alcool et sur la quantité consommée par unité de temps.

Résultats – Dix-sept pour cent de la population n'a pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois. Les buveurs d'alcool de 45-75 ans (44 % de l'échantillon) contribuent à 60 % de la consommation totale alors que les 12-44 ans (56 % de l'échantillon) n'y contribuent qu'à 40 %. Les hommes buveurs d'alcool contribuent à 73 % de la consommation totale. Soixante-dix pour cent des buveurs d'alcool consomment moins de 1 000 verres

Self-reported annual alcohol consumption, France, 2005

Background – The purpose of this paper is to evaluate the total annual alcohol consumption using the responses of a random sample of the French population and to assess the contribution to this total annual alcohol consumption by age and level of alcohol consumption groups.

Method – The analysed data come from the Health Barometer 2005, a random telephone survey carried out late 2004 and early 2005 in the general population, with a sample of 30,514 respondents aged from 12 to 75. The total annual alcohol consumption was calculated from the respondents' answers about the frequency of alcohol consumption and the quantity consumed by time unit.

Results – Seventeen per cent of the population has not used any alcohol during the past 12 months. Alcohol users aged 45 to 75 (44% of the sample) contribute to 60% of the total alcohol consumption, whereas the 12-44 age

par an (soit 2,7 verres par jour) et ils représentent 60 % de la consommation totale. Quarante-vingt-deux pour cent des buveurs d'alcool consomment moins de 2 000 verres par an (soit 5,5 verres par jour) et ils représentent 87 % de la consommation annuelle totale du pays.

Discussion – L'objectif de santé publique de réduire la consommation d'alcool globale ne s'obtiendra pas si les actions de prévention ne s'adressent qu'aux gros buveurs mais nécessite que les petits et moyens buveurs réduisent leur consommation (paradoxe de la prévention).

Mots clés / Key words

Consommation d'alcool, étude transversale, consommation annuelle déclarée, contribution à la consommation totale, sous-déclaration
Alcohol drinking, cross-sectional survey, self-reported annual consumption, contribution to total consumption, underreporting

group (56% of the sample) contribute only to 40%. Male alcohol consumers contribute to 73% of the total consumption. Seventy-seven per cent of alcohol users drink less than 1,000 glasses per year (equivalent to 2.7 glasses per day), which represents 60% of the total alcohol consumption of the sample. Eighty-two per cent of alcohol users drink less than 2,000 glasses per year (equivalent to 5.5 glasses per day), and they represent 87% of the total alcohol consumption of the country.

Discussion – *The public health objective to reduce the total alcohol consumption cannot be reached if prevention strategies are only targeted at heavy drinkers. Light and average drinkers need to reduce their consumption (prevention paradox).*

Introduction

Le premier objectif en annexe de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 est de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %. Cet objectif est justifié en raison de la corrélation positive entre la quantité totale consommée par une population et la quantité de problèmes sociaux et sanitaires liés à cette consommation [1,2]. Par ailleurs, les effets bénéfiques pour la santé de la consommation d'alcool restent controversés [3]. Et aucun bénéfice populationnel sur la santé cardiovasculaire n'a été observé dans les pays ayant vécu un accroissement de leur consommation d'alcool [2].

Pour atteindre l'objectif cité ci-dessus, la consommation doit passer de 10,7 litres d'alcool pur par an et par habitant en 1999 à 8,5 d'ici à 2008. Cet objectif est en bonne voie d'être atteint puisque la valeur pour l'année 2003 est de 9,3 litres d'alcool pur par an et par habitant [4].

Le suivi de la consommation d'alcool dans un pays se fait en général à partir de données agrégées des ventes (comptabilisées en tant que telles ou estimées à partir des taxes) [5] puis rapportées *per capita* (*World Drink Trends* [4]) ou à la population des 15 ans et plus (Insee).

Une autre source possible de données est la consommation déclarée par un échantillon de la population interrogé au cours d'une enquête. Même si ce type d'enquête comporte un certain nombre de problèmes, dont la sous-déclaration et la difficulté à interroger certaines catégories de personnes, sans domicile ou en difficulté, c'est le seul moyen d'obtenir une répartition sociodémographique de cette consommation.

Le premier objectif de notre travail est d'examiner la distribution de la consommation d'alcool annuelle déclarée en fonction du sexe, de l'âge et d'examiner la contribution de chaque segment de la population à la consommation globale. Le deuxième est de comparer la consommation annuelle obtenue à partir de cette enquête en population générale à celle issue des données économiques agrégées.

Méthodes

L'enquête téléphonique Baromètre santé 2005 a été réalisée entre le 14 octobre 2004 et le 12 février 2005 auprès d'un échantillon de 30 514 personnes de 12 à 75 ans, parlant le français, habitant en métropole et interrogées à leur domicile principal. L'échantillon a été constitué suivant un tirage aléatoire à deux degrés, le foyer puis la personne éligible au sein du foyer.

Afin de tenir compte de l'évolution du paysage téléphonique, cet échantillon a été constitué de 87,5 % de ménages équipés en lignes téléphoniques filaires et de 12,5 % de ménages uniquement équipés en téléphones portables. Pour les numéros filaires, la base de sondage a été construite à partir d'une liste tirée au sort de numéros de téléphone de foyers en liste blanche. Les nouveaux numéros (listes blanche, rouge, orange, entreprises ou non attribués) ont été obtenus en ajoutant 1 au dixième chiffre du numéro. Pour les numéros de téléphone portable, les numéros ont été obtenus en générant de façon aléatoire les 4 derniers chiffres des numéros après les préfixes spécifiques de chaque opérateur. Cette méthode permet d'interroger les foyers sur listes rouge et orange, sans que ces listes nous soient fournies. La personne éligible au sein du foyer était celle dont l'anniversaire à venir était le plus proche.

Dans ce travail, nous avons cherché à rassembler en un seul indicateur les quantités d'alcool consommées au cours des douze derniers mois. La première série de questions permet d'obtenir une fréquence déclarée de consommation d'alcool : - au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu tous les jours, 4 fois par semaine ou plus, 2 à 3 fois par semaine, 1 fois par semaine, 2 à 4 fois par mois, une fois par mois ou moins souvent, jamais ?

Cette question était répétée pour chaque type d'alcool. Une deuxième question a permis d'obtenir la consommation d'alcool par unité de temps :

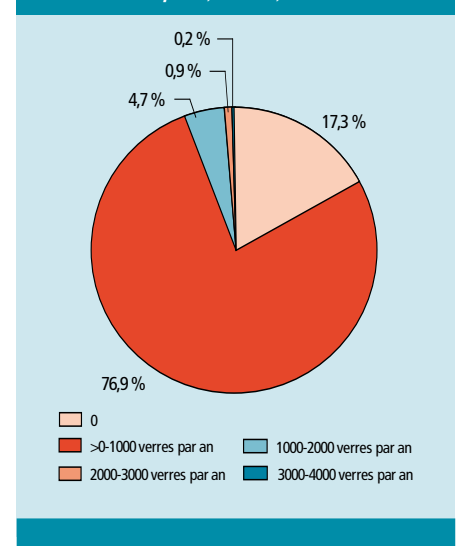
- au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

Un indicateur synthétique a été constitué en multipliant la fréquence de consommation ramenée à l'année par la quantité consommée par unité de temps.

Résultats

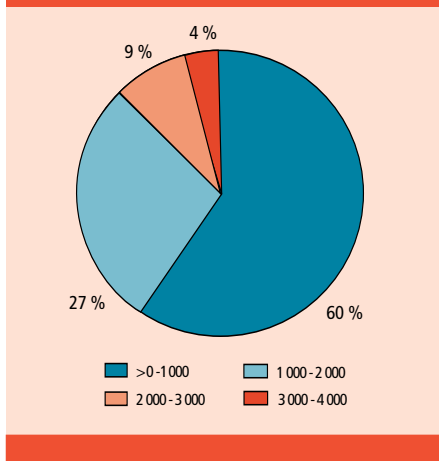
Dix-sept pour cent de la population interrogée déclarent ne pas avoir bu d'alcool au cours des 12 derniers mois (figure 1).

Figure 1 Répartition de la consommation totale annuelle déclarée d'alcool, France, 2005
Figure 1 Distribution of self-reported total annual alcohol consumption, France, 2005



Plus de trois quarts des 12-75 ans ont consommé moins de mille verres par an (arbitrairement petits buveurs). Moins de 5 % ont déclaré consommer entre mille et deux mille verres par an (buveurs moyens). Environ 1 % a déclaré consommer entre deux et trois mille verres par an (gros buveurs) et 0,2 % entre trois et quatre mille verres dans l'année (très gros buveurs). Sur la quantité totale d'alcool absorbé par l'échantillon, les petits buveurs auront consommé 60 %, les buveurs moyens 27 %, les gros buveurs 9 % et les très gros buveurs 4 % (figure 2).

Figure 2 Contribution de 4 niveaux de consommation annuelle d'alcool à la consommation globale, France, 2005 / **Figure 2** Contribution of 4 levels of annual alcohol consumption to total consumption, France, 2005



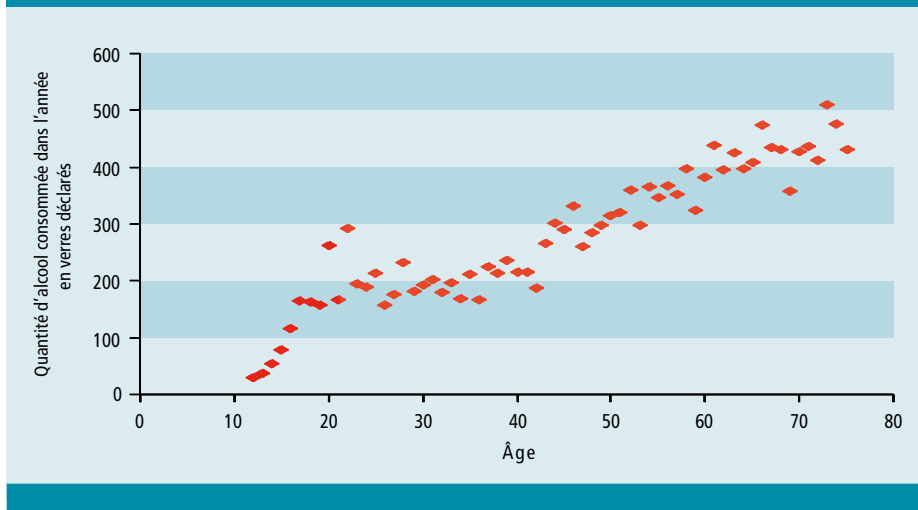
La consommation moyenne annuelle déclarée (CMAD) est de 268 verres par an [IC95 % 261 – 274] parmi ceux qui déclarent consommer de l'alcool.

La CMAD des hommes est de 385 verres par an [IC95 % 373 – 396] et celle des femmes de 146 [IC95 % 142 – 151]. Les hommes de 12 à 75 ans contribuent à 73 % de la consommation annuelle déclarée totale (CAD) dans cette tranche d'âges.

La CAD est plus importante pour les âges les plus élevés. Les 45-75 ans (42 % de l'échantillon) consomment 60 % de la CAD totale des 12-75 ans alors que les 12-44 ans (58 % de l'échantillon) en consomment 40 %. La CMAD des 65-75 ans est presque le double de celle des 20-25 ans (434 versus 221 verres par an ; $p < 0,001$).

Afin de comparer la consommation globale annuelle reconstituée à partir des déclarations avec les données agrégées d'origine économique, il a été nécessaire d'estimer la consommation des personnes non interrogées à savoir les plus de 75 ans. La figure 3 permet de constater que le nombre de verres consommés par an est très bien corrélé avec l'âge alors que la figure 4 indique qu'il y a un certain tassement de la prévalence de la consommation à partir de 70 ans. L'estimation de la

Figure 3 Corrélation entre l'âge et la consommation annuelle déclarée d'alcool (en verres) (coefficient de corrélation : 0,93), France, 2005 / **Figure 3** Correlation between age and self-reported annual alcohol consumption (in glasses) (correlation coefficient: 0.93), France, 2005



consommation globale a été faite en multipliant, pour chaque âge entre 12 et 75 ans [6], la moyenne annuelle de verres consommés par la prévalence de la consommation et l'effectif de la population. Pour les 76 ans et plus, le même calcul a été fait en maintenant constantes la moyenne consommée annuelle à 450 verres et la prévalence annuelle à 0,8. La distribution de cette consommation annuelle totale est donnée dans la figure 5. La quantité totale déclarée de consommation d'alcool a été estimée à près de 12 milliards de verres annuels ce qui fait 3,4 litres d'alcool pur par an et par habitant (en considérant qu'un verre fait 10 g d'alcool et en tenant compte du fait que l'alcool a une densité de 0,8).

Discussion

La reconstitution de la consommation globale d'alcool de la population française à partir des déclarations conduit à retrouver 3,4 litres d'alcool pur par habitant en 2005 qu'il faut comparer aux 9,3 litres d'alcool pur et par habitant en 2003 de *World Drink Trends* [4], soit environ un tiers. Cette différence a plusieurs origines possibles, certaines pourraient être liées à l'enquête et d'autres ne le sont pas. Il se peut que les gros buveurs soient

exclus de l'enquête soit du fait de leurs conditions de vie (sans domicile fixe), soit parce qu'ils ont refusé d'y répondre ou qu'il ait été impossible de les joindre malgré les 12 appels par foyer.

S'ils ont répondu à l'enquête, il se peut que les buveurs aient sous-déclaré volontairement ou involontairement leur consommation, la fréquence ou le nombre de verres par unité de temps. Il se peut également que la quantité d'alcool contenu par verre soit supérieure aux 10 grammes du verre-standard servi au « bistrot ». Les raisons non liées à l'enquête sont que l'alcool acheté n'a pas été consommé (mis en cave par exemple) ou a été consommé par des touristes ou des visiteurs qui ne sont pas enquêtés dans le cadre du Baromètre santé. Ainsi, en 2004, 75 millions de touristes ont passé 561 millions de nuitées [7] en France ce qui ne représente que 2,6 % des nuitées des 60 millions de Français mais peut-être un pourcentage supérieur de verres de bons vins français ! Les parts d'alcool produit à domicile (et non commercialisé) ou importé devraient en revanche avoir été captées par une enquête déclarative (qui ne s'intéresse pas à la provenance de l'alcool) alors qu'elles manquent dans les données économiques agrégées.

Figure 4 Distribution de la prévalence annuelle de consommation d'alcool selon l'âge, France, 2005 / **Figure 4** Distribution of annual prevalence of alcohol consumption by age, France, 2005

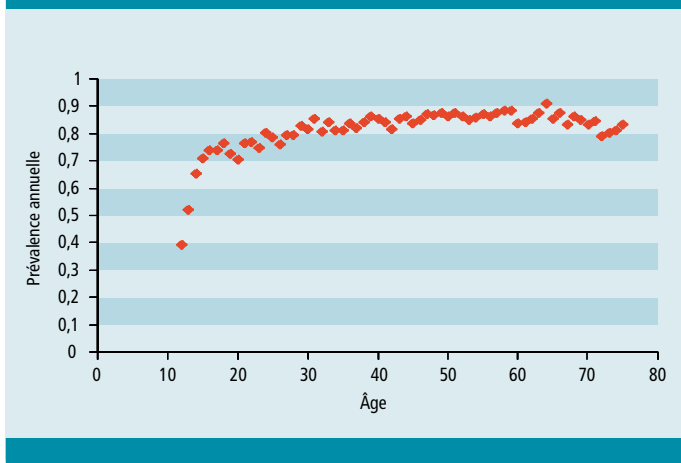
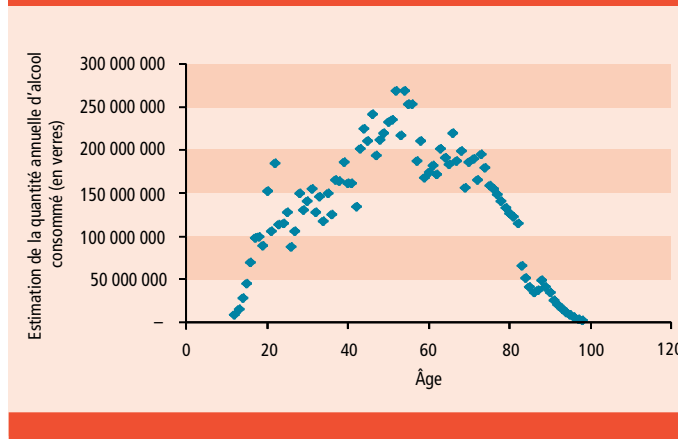


Figure 5 Distribution de la consommation annuelle déclarée d'alcool (ou estimée après 75 ans) selon l'âge, France, 2005 / **Figure 5** Distribution of self-reported annual alcohol consumption (or estimated after 75 years old) by age, France, 2005



Il peut être fait trois hypothèses quant à la sous-déclaration. La première est que la sous-déclaration est également répartie sur l'ensemble de la population des buveurs qui réduiraient volontairement ou involontairement la fréquence de la consommation et le nombre de verres par jour. Dans ce cas, la répartition sociodémographique de la quantité d'alcool consommée mise à jour dans ce travail est valide, seules les valeurs consommées sont sous-estimées. La deuxième hypothèse est que ce sont surtout les gros et très gros buveurs qui sous-déclarent et, dans ce cas la structure de la population reste valable mais ce sont les consommations annuelles des groupes des gros et très gros buveurs qui sont sous-estimées. La troisième hypothèse est que les gros buveurs se déclarent non buveurs et à ce moment, la répartition sociodémographique de la quantité consommée serait fautive. Si l'image générale observée est probablement une combinaison des deux premières hypothèses, la dernière ne nous semble que très peu probable. En effet, dans un pays dont la prévalence de consommation annuelle oscille entre 80 et 90 % (figure 4),

et reflétant une très large acceptation de la consommation d'alcool, il semble peu probable que des buveurs se déclarent non buveurs.

Si l'on souhaite avoir un impact sur la quantité totale d'alcool consommée il est nécessaire d'augmenter le nombre d'abstinents et de réduire la consommation des petits et moyens buveurs qui sont les plus nombreux. Nous sommes là face au paradoxe de la prévention proposé par l'épidémiologiste britannique Geoffrey Rose : une mesure préventive qui amène un grand bénéfice à une société offre peu à chaque individu qui y participe [8]. Dans cette étude, 77 % de la population consomment moins de 1 000 verres par an (équivalant à moins de 2,7 verres par jour) et ils représentent 60 % de la consommation déclarée. Tandis que 82 % de la population consomment moins de 2 000 verres par an (équivalant à environ 5,5 verres par jour) et ils représentent 87 % de la consommation annuelle totale déclarée. La réduction de la consommation d'alcool par les 1,1 % de consommateurs déclarant plus de 2 000 verres par an, est un objectif

hautement souhaitable pour la santé de ces personnes, mais ne produirait probablement qu'un impact limité sur la quantité globale consommée et donc sur la santé de la population française dans son ensemble qui lui est corrélée.

Références

- [1] Edwards G. Alcohol policy and the public good. WHO Europe. Oxford, Oxford University Press, 1994, 226 p.
- [2] European Comparative Study (ECAS). Alcohol in Postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Norström T. National Institute of Public Health, European Commission. Stockholm, 2002, 228 p.
- [3] Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory* 2006; 12:101-32.
- [4] World Drink Trends 2005. World Advertising Research Center in association with Commission Gedistilled. Oxfordshire (UK) 184 p.
- [5] Besson D. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation. *Insee Première* 2004; 966.
- [6] www.ined.fr
- [7] <http://www.tourisme.gouv.fr/fr/z2/stat/bilans/att00002162/chap2.pdf> (accédé le vendredi 19 mai 2006).
- [8] Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford. Oxford University Press 1992, 138 p.

Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003

Bernard Laumon (bernard.laumon@inrets.fr)¹, Blandine Gadegbeku¹, Jean-Louis Martin¹, Marie-Berthe Biecheler¹ et le Groupe SAM²

1 / INRETS/UCBL/InVS UMRESTTE 2 / CEESAR, INSERM, INRETS MA, LAB PSA Peugeot Citroën / RENAULT, OFDT

Résumé / Abstract

Objectifs – Évaluer le risque relatif d'être responsable d'un accident mortel (ou de décéder sans être responsable) pour un conducteur sous l'influence de stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, opiacés) et/ou d'alcool, les prévalences en population de tels conducteurs, et le nombre de tués attribuables à ces conduites en France.

Méthode – Étude cas-témoins en population. Les sujets éligibles sont les 10 748 conducteurs, impliqués dans un accident mortel en France d'octobre 2001 à septembre 2003, dont les niveaux d'imprégnation stupéfiants et alcool sont connus. Les cas sont les 6 766 conducteurs responsables de leur accident, les témoins une sélection de 3 006 conducteurs parmi les 3 982 non-responsables.

Résultats – Une positivité à l'alcool et, seule parmi les quatre familles de stupéfiants, une positivité au cannabis sont significativement associées à une augmentation des risques de responsabilité et de décès après ajustement sur différents co-facteurs, dont l'âge du conducteur. Des effets-doses sont mis en évidence et ils restent significatifs après ajustement. La prévalence cannabique (3,3 %) estimée dans la population des conducteurs circulants est inférieure à celle d'une alcoolémie positive (5,3 %, dont 2,7 % au-delà de 0,5 g/l). De l'ordre de 230 tués sont estimés attribuables annuellement au cannabis et 2 270 à l'alcool.

Conclusions – Le nombre de décès sur les routes françaises, attribuables à l'alcool, est très supérieur à celui associé aux stupéfiants. Celui attribuable aux médicaments reste à inventorier.

Alcohol and road safety: some results of the national population based SAM study, France, 2001-2003

Objectives – To evaluate the relative risk of being responsible for a fatal crash (or to die without being responsible) while driving under the influence of illicit drugs (cannabis, amphetamines, cocaine, opiates) and/or alcohol, the prevalence of such drivers within the driving population, and the corresponding numbers of people killed in France.

Method – Population based case-control study. The participants were the 10,748 drivers, with known drug and alcohol concentrations, who were involved in fatal crashes in France from October 2001 to September 2003. The cases were the 6,766 drivers considered at fault in their crash; the controls were 3,006 drivers selected from the 3,982 non responsible drivers.

Results – Positive alcohol and cannabis detections (but not other drugs) were associated with increased risk of responsibility and of being killed after adjustment for different cofactors, including driver age. Significant dose effects were identified and they remain significant after adjustment. No statistical interaction was observed. The prevalence of cannabis (3.3%) estimated for the driving population is lower than that for alcohol (5.3%, among whom 2.7% above 0.5 g/l). About 230 people killed were estimated annually as being attributable to cannabis, compared with 2,270 for alcohol.

Conclusions – In France, the share of alcohol in fatal crashes is very much higher than that associated with illicit drugs. It remains to be evaluated for medical drugs.

Mots clés / Key words

Accident de la route, stupéfiants, cannabis, alcool, France, étude cas-témoins / Road crash, illicit drugs, cannabis, alcohol, France, case-control study