

SOMMAIRE

Édito p.1 **Points clés** p.1 **Les actions Santé publique France en prévention et en promotion de la santé en matière d'alcool** p.2 **Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque** p.2 **Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France** p.4 **Consommation d'alcool dans la région Guadeloupe** p.11 **Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Guadeloupe** p.14 **Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Guadeloupe** p.22 **Conclusion et perspectives** p.29 **Sources des données** p.29 **Définition des variables** p.31 **Effectifs régionaux des enquêtes** p.33 **Bibliographie** p.33

ÉDITO

La consommation d'alcool est très ancrée dans nos sociétés. A chaque culture correspondent des alcools différents qui sont souvent mis en exergue comme des symboles identitaires. Sous nos latitudes, le Rhum est évidemment le plus emblématique. N'a-t-on pas appelée une de nos plus fameuses régates entre Saint-Malo et la Guadeloupe : la route du Rhum !

C'est pourquoi il n'est pas simple de lutter contre la consommation d'alcool et d'expliquer que sous des dehors sociétaux, l'addiction peut malheureusement être rapidement atteinte. La vigilance ne doit donc jamais être relâchée et la lutte contre l'alcoolisme est un défi majeur à relever tous ensemble : agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy et ses partenaires associatifs, les établissements de santé, les professionnels de santé de premier recours mais aussi les structures de proximité comme les centres communaux d'action sociale (CCAS).

Cette lutte doit intervenir très tôt dans la vie de notre population. En effet, dès la conception il est essentiel de protéger l'enfant à naître. La grande campagne des « Mille premiers jours », lancée en septembre 2019 pour deux ans, sera l'occasion de faire passer ces messages aux futures mamans. De plus, si la prévalence de la consommation moyenne d'alcool en Guadeloupe est inférieure à la métropole, l'évolution des taux observés chez les plus jeunes appelle une attention prioritaire (prévalence de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans 91% contre 85,7% métropole). Par ailleurs, les Guadeloupéens consomment plus fréquemment des alcools forts dont les effets délétères sont majeurs.

C'est pourquoi, j'ai souhaité que nous prenions cette année 5 mesures nouvelles face à l'alcoolisme : 1) renforcer la participation de l'ARS à l'appel à projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ; 2) renforcer le partenariat avec l'Education Nationale afin de toucher les enfants dès le plus jeune âge ; 3) renforcer le réseau addictions de notre territoire notamment grâce aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui ont accepté de mettre en œuvre le dispositif anti-démarrage par éthylotest électronique ; 4) développer l'activité du centre hospitalier Beauperthuis en tant que référent territorial pour la prise en charge hospitalière des personnes alcooliques ; 5) intégrer l'aspect addictions au projet territorial de santé mentale pour que l'alcool ne soit plus une réponse à la souffrance psychique.

Ainsi, je remercie Santé Publique France pour l'étude conduite ci-dessous. Elle nous permet à nouveau de réaliser à quel point nous devons agir et rester vigilants pour renforcer notre avenir.

Dr Valérie DENUX

Directrice générale de l'Agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

POINTS CLÉS

- La consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18-75 ans résidant en Guadeloupe (6,9 % contre 10,0 %) était inférieure à celle de leurs homologues de la métropole. Il en était de même pour les alcoolisations ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles (10,5 % contre 16,2 %);
- Si la consommation hebdomadaire de bière (19,2 % contre 17,2 %) chez les adultes de 18-75 résidant en Guadeloupe était similaire à celle de leurs homologues vivant en métropole, la consommation hebdomadaire de vin était inférieure (19,7 % contre 30,0 %), celles d'alcool fort (15,2 % contre 9,7 %) et d'autres types d'alcool (6,2 % contre 4,3 %) étaient supérieures;
- La consommation hebdomadaire d'alcool chez les jeunes de 18-30 ans résidant en Guadeloupe (37,4 %) était proche de celle des jeunes du même âge résidant en France métropolitaine (32,5 %);
- En Guadeloupe, 9 jeunes de 17 ans sur 10 (91 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie contre un peu plus de 8 sur 10 (85,7 %) en France métropolitaine;
- En Guadeloupe, le taux cumulé de mortalité des principales pathologies en lien direct avec l'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose alcoolique, psychose alcoolique et l'alcoolisme) était plus de 20 fois inférieur à celui de la moyenne de France métropolitaine chez les femmes et 14 fois supérieur chez les hommes.

LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE EN PRÉVENTION-PROMOTION DE LA SANTÉ EN MATIÈRE D'ALCOOL

En 2017, avec l'Institut national du cancer (INCa), Santé publique France a publié un avis d'experts sur les repères de consommation d'alcool en France (cf. infra). Les études récentes menées par l'agence démontrent qu'environ ¼ de la population adulte française, soit 10 millions de personnes, ont une consommation supérieure à ces repères.

Pour cette raison, et dans une logique de réduction du risque, Santé publique France a lancé depuis 2018 plusieurs dispositifs de prévention des conséquences néfastes de l'alcool. En 2019, ce sont trois dispositifs qui ont été déployés : l'un concerne la connaissance et la compréhension des repères (« **Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours** »), le deuxième est à destination des femmes enceintes et de leur entourage (« **Zéro alcool pendant la grossesse** »), et le troisième s'adresse spécifiquement aux jeunes (« **Amis aussi la nuit** »).

Ces dispositifs destinés à favoriser une prise de conscience, ou s'adressant à une population particulière, ne sont néanmoins pas suffisants pour enclencher des changements de comportements durables dans la population générale. Sur la base de la littérature internationale, Santé publique France étudie la faisabilité d'un défi fédérateur lancé à tous ceux qui souhaitent réduire leur risque. L'objectif est d'inviter chacun, sur une base volontaire, à faire le point sur sa propre consommation, tout en créant les conditions d'un effet d'entraînement et de solidarité, dans un esprit positif voire ludique. Les publications scientifiques démontrent les bienfaits à court et moyen terme pour tous de ce type de dispositif.

En 2020, Santé publique France poursuit et amplifie ainsi la **promotion des repères de consommation** et travaille sur l'opportunité de concevoir un nouveau **dispositif fédérateur susceptible de déclencher des changements de comportements** et donc de réduire les risques associés à la consommation nocive d'alcool. Ces actions de marketing social s'inscrivent en complément des autres actions portées par l'agence, notamment dans le champ du développement des compétences psychosociales ou du soutien à la parentalité.

FOCUS SUR LES NOUVEAUX REPÈRES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE : « POUR VOTRE SANTÉ, L'ALCOOL C'EST MAXIMUM 2 VERRS PAR JOUR, ET PAS TOUS LES JOURS »

En 2017, dans le cadre d'une saisine de la Direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) ont mandaté **un groupe d'experts avec pour objectif d'actualiser les repères de consommation à moindre risque suite aux avancées scientifiques**, en particulier concernant le lien entre l'alcool et le risque de développer des cancers.

Ce groupe d'experts s'est appuyé sur des auditions, une revue de la littérature scientifique, et une modélisation des risques pour la santé selon différents scénarii d'exposition à l'alcool réalisée par deux spécialistes reconnus. Ces travaux ont été complétés par une étude qualitative pour décrire la perception de la population française et ses connaissances en matière de consommation d'alcool et des risques perçus. Il est, en effet, nécessaire de tenir compte de l'épidémiologie objective (protection stricte pour la santé) mais aussi de l'épidémiologie profane (croyances et connaissances) afin d'identifier ce qui est acceptable par la population, et donc plus efficace en termes de communication.

L'établissement des repères de consommation à moindre risque s'est donc fait en deux temps. Tout d'abord, une évaluation du risque de mortalité « vie-entière » attribuable à la consommation d'alcool a été réalisée dans la population française de moins de 75 ans, selon plusieurs niveaux de consommation quotidienne d'alcool, allant de 0 g à 100 g par jour, pendant toute une vie. Cette analyse a été réalisée en s'appuyant sur un modèle de calcul préconisé par l'Union Européenne et utilisé dans d'autres pays.

Ensuite, les experts ont cherché un référentiel afin de donner un jugement sur ces niveaux de risque. Les résultats de l'étude qualitative ont confirmé qu'il n'était pas possible de viser le risque zéro, perçu comme inadapté et inaudible. Par ailleurs, la population serait prête à accepter des niveaux de risque de décès au cours de la vie très différents selon qu'ils sont perçus comme subis (moins acceptables) ou choisis (plus acceptables).

Pour un risque subi, par exemple une exposition à des produits toxiques dans l'eau ou l'air, le risque jugé acceptable serait de l'ordre de 1 décès pour 1 million d'individus exposés. Pour un risque choisi, par exemple un sport dit « à risque » ou la conduite automobile, un risque acceptable serait de l'ordre de 1 décès pour 1 000 individus, soit 1 000 fois plus que lorsque l'exposition est subie. En ce qui concerne spécifiquement l'alcool, les recommandations établies dans certains pays, comme en Australie ou en Angleterre, indiquent que des risques de l'ordre de 1 pour 100 sont jugés acceptables.

En France, **compte tenu de l'ordre de grandeur d'acceptabilité d'un risque choisi pour la consommation d'alcool, les experts ont fixé le risque de mortalité attribuable à l'alcool perçu comme acceptable entre ces deux ordres de grandeur de risques choisis, soit entre 1/100 et 1/1 000. Cela correspond à environ 14 g d'alcool pur par jour, soit 10 verres standard par semaine.**

L'étude qualitative a également montré le besoin d'avoir **un double référentiel de consommation - jour et semaine** - et de **préférer des repères sans distinction de sexe**. Cela a été possible puisqu'au seuil de consommation retenu, les risques sanitaires sont peu différents entre les hommes et les femmes. Les nouveaux repères de consommation à moindre risque comportent ainsi 3 dimensions et s'adressent aux adultes en bonne santé. **Lorsqu'on consomme de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour sa santé au cours de sa vie de : 1) ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine, 2) ne pas consommer plus de 2 verres standard par jour, 3) avoir des jours dans la semaine sans consommation.**

Les données du Baromètre de Santé publique France 2017 ont montré qu'en France métropolitaine, 23,6 % des adultes de 18 à 75 ans présentaient une consommation d'alcool dépassant ces repères à moindre risque, sur au moins une de ces trois dimensions.

L'objectif, comme l'ont recommandé les experts mandatés par Santé publique France et l'INCa, est de promouvoir ces repères auprès du grand public et des professionnels de santé. La formulation de ces repères a été retravaillée dans le cadre d'une étude qualitative puis quantitative afin de la rendre plus compréhensible et mémorisable : « **Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours** ».

Références :

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>

Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(10-11):180-7.

**Pour votre santé,
l'alcool c'est
maximum
2 verres par jour
et pas tous
les jours.**

Parlez-en à
votre médecin

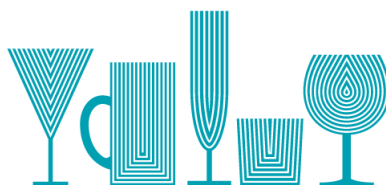


© 0 800 800 830
ALCOOL.MED.SRV.FR



**Réduire sa
consommation
d'alcool c'est
réduire les risques
pour sa santé.**

Parlez-en à
votre médecin



© 0 800 800 830
ALCOOL.MED.SRV.FR



**Vous avez
5 minutes ?
Évaluez votre
consommation
d'alcool.**

Rendez-vous sur
alcool-info-service.fr
et parlez-en à
votre médecin



© 0 800 800 830
ALCOOL.MED.SRV.FR



COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

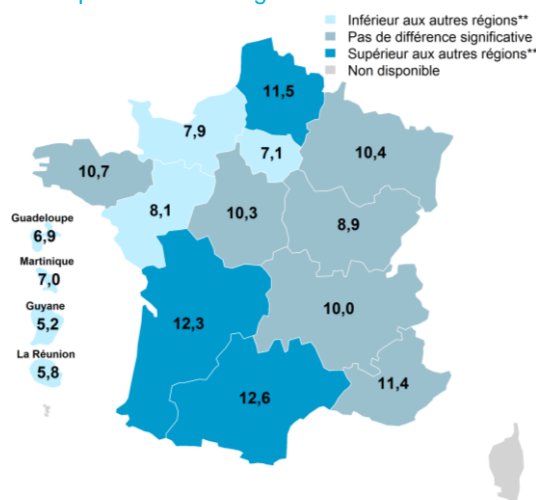
Consommation d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans

Consommation quotidienne

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la **prévalence standardisée de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans était de 10,0 % en France métropolitaine**, et variait selon les régions de 7,1 % à 12,6 % (figure 1, tableau 1). Les régions Île-de-France (7,1 %), Normandie (7,9 %) et Pays de la Loire (8,1 %) présentaient des prévalences significativement moins élevées ($p < 0,05$) que la moyenne des autres régions métropolitaines, tandis que les régions Hauts-de-France (11,5 %), Nouvelle-Aquitaine (12,3 %) et Occitanie (12,6 %) se distinguaient par des prévalences plus élevées.

Selon le Baromètre Santé 2014, la **Guadeloupe (6,9 %)**, la Guyane (5,2 %), la Martinique (7,0 %) et La Réunion (5,8 %) affichaient des prévalences comparables entre elles, et **significativement moins élevées que la moyenne de la France métropolitaine**.

Figure 1 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



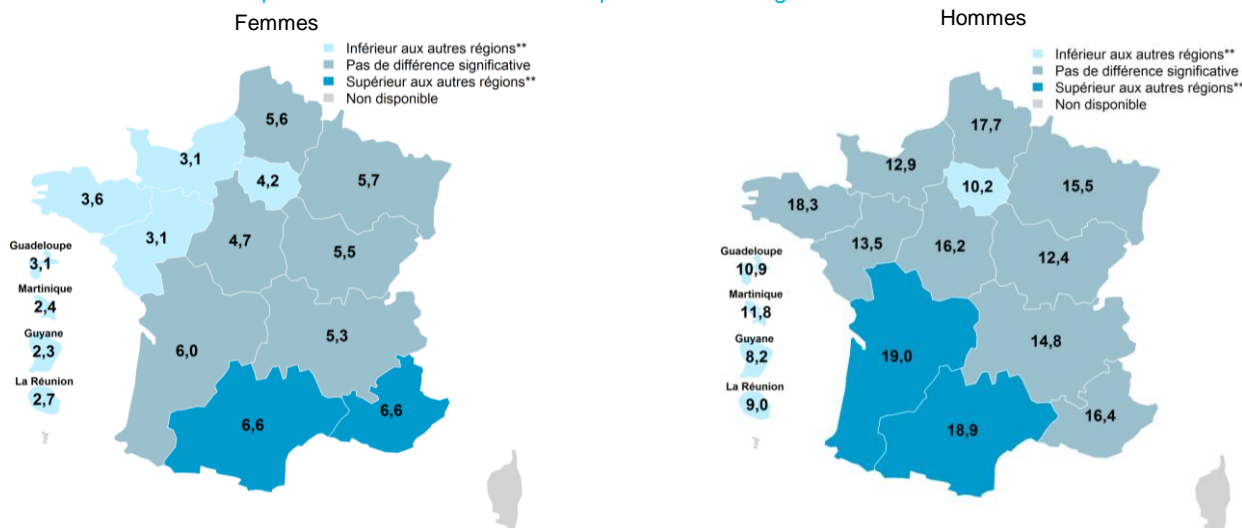
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Figure 2 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

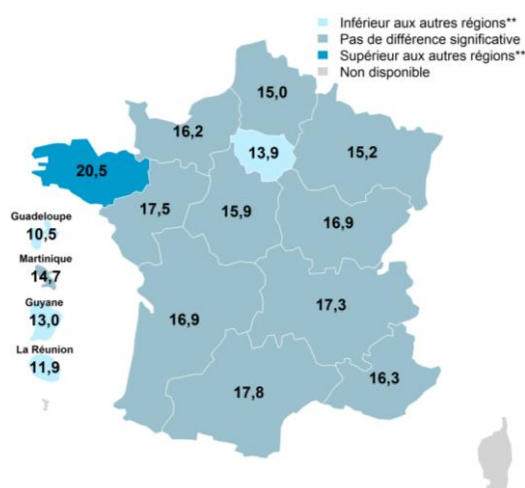
La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à 6,6 % (Occitanie) chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en 2014, elle variait selon les régions de 2,3 % (Guyane) à 3,1 % (Guadeloupe) chez les femmes et de 8,2 % (Guyane) à 11,8 % (Martinique) chez les hommes. **En Guadeloupe, ces prévalences étaient de 3,1 % chez les femmes et de 10,9 % chez les hommes.**

Alcoolisations ponctuelles importantes

La prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles variait selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne et la moyenne de la France métropolitaine était de 16,2 % (figure 3, tableau 1). Seule l'Île-de-France (13,9 %) affichait une prévalence significativement plus faible par rapport à la moyenne des autres régions, tandis que la Bretagne présentait une prévalence significativement plus élevée (20,5 %). Dans les DROM, la **Guadeloupe (10,5 %)**, à La Réunion (11,9 %) et la Guyane (13,0 %) **présentaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine**, tandis qu'en Martinique, la prévalence ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 4). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 6,1 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 9,3 % (Occitanie) chez les femmes et de 21,4 % (Île-de-France) à 32,4 % (Bretagne) chez les hommes. Dans les DROM, elle variait selon les régions de 4,9 % (La Réunion) à 6,9 % (Guyane) chez les femmes et de 15,6 % (Guadeloupe) à 24,3 % (Martinique) chez les hommes. **En Guadeloupe, la prévalence était de 5,7 % chez les femmes.**

Figure 3 : Prévalences régionales standardisées* des alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014

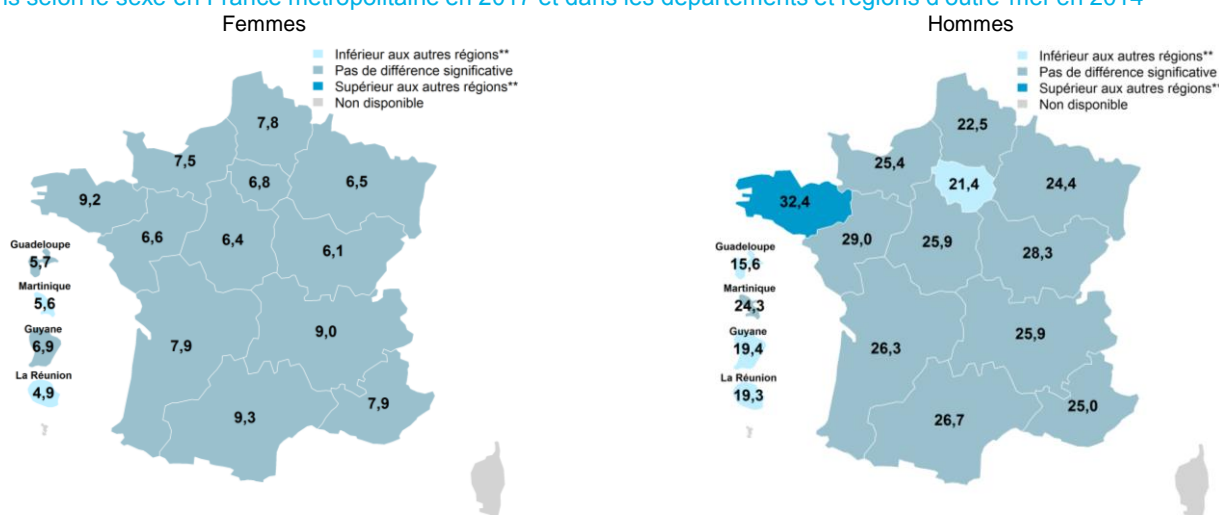


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Figure 4 : Prévalences régionales standardisées* des alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Tableau 1 : Prévalences régionales brutes et standardisées^a de la consommation quotidienne d'alcool et des alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles chez les adultes de 18 à 75 ans en 2017 (France métropolitaine) et en 2014 (départements et régions d'outre-mer)

Région	Consommation quotidienne (prévalence brute)	IC 95 %	Consommation quotidienne (prévalence standardisée ^a)	IC 95 %	Alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (prévalence brute)	IC 95 %	Alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (prévalence standardisée ^a)	IC 95 %
Guyane	4,5 %	[3,5 - 5,9]	5,2 %	[3,9 - 6,8]	16,2 %	[14,1 - 18,6]	13,0 %	[11,2 - 15,0]
La Réunion	5,2 %	[4,1 - 6,5]	5,8 %	[4,6 - 7,2]	12,9 %	[11,2 - 14,9]	11,9 %	[10,3 - 13,8]
Ile-de-France	6,1 %	[5,3 - 6,9]	7,1 %	[6,3 - 8,1]	14,4 %	[13,2 - 15,8]	13,9 %	[12,7 - 15,2]
Guadeloupe	6,4 %	[5,2 - 7,8]	6,9 %	[5,6 - 8,4]	10,3 %	[8,8 - 12,0]	10,5 %	[9,0 - 12,3]
Martinique	6,5 %	[5,2 - 8,0]	7,0 %	[5,6 - 8,7]	13,9 %	[12,1 - 15,8]	14,7 %	[12,9 - 16,8]
Normandie	8,1 %	[6,4 - 10,2]	7,9 %	[6,2 - 10,0]	16,0 %	[13,7 - 18,7]	16,2 %	[13,8 - 18,9]
Pays de la Loire	8,2 %	[6,8 - 9,9]	8,1 %	[6,7 - 9,8]	17,8 %	[15,6 - 20,2]	17,5 %	[15,3 - 19,9]
Bourgogne-Franche-Comté	9,5 %	[7,7 - 11,8]	8,9 %	[7,1 - 11,0]	16,7 %	[14,3 - 19,6]	16,9 %	[14,4 - 19,8]
Auvergne-Rhône-Alpes	10,0 %	[8,8 - 11,3]	10,0 %	[8,8 - 11,3]	17,3 %	[15,7 - 18,9]	17,3 %	[15,7 - 18,9]
Grand-Est	10,4 %	[8,9 - 12,0]	10,4 %	[9,0 - 12,1]	15,2 %	[13,5 - 17,2]	15,2 %	[13,4 - 17,2]
Bretagne	10,8 %	[9,0 - 12,9]	10,7 %	[9,0 - 12,8]	20,3 %	[17,9 - 23,0]	20,5 %	[18,0 - 23,2]
Centre-Val de Loire	11,1 %	[8,8 - 13,9]	10,3 %	[8,2 - 12,9]	15,5 %	[12,8 - 18,7]	15,9 %	[13,2 - 19,1]
Hauts-de-France	11,2 %	[9,7 - 13,0]	11,5 %	[9,9 - 13,3]	15,2 %	[13,4 - 17,3]	15,0 %	[13,1 - 17,0]
PACA	11,9 %	[10,2 - 13,9]	11,4 %	[9,7 - 13,4]	15,8 %	[13,8 - 18,1]	16,3 %	[14,2 - 18,6]
Nouvelle-Aquitaine	12,9 %	[11,4 - 14,6]	12,3 %	[10,8 - 14,0]	16,4 %	[14,7 - 18,4]	16,9 %	[15,0 - 18,9]
Occitanie	13,4 %	[11,9 - 15,2]	12,6 %	[11,1 - 14,2]	16,9 %	[15,0 - 18,9]	17,8 %	[15,8 - 19,9]

^a Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016. IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Champ : France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Consommation par types d'alcool

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, les prévalences standardisées de la consommation hebdomadaire par type d'alcool étaient, en France métropolitaine, de 17,2 % pour la bière, 30,0 % pour le vin, 9,7 % pour l'alcool fort et 4,3 % pour les autres types d'alcool.

Pour la bière, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 13,0 % en Île-de-France à 23,2 % en Bretagne (figure 5). Elle était significativement plus élevée dans les Hauts-de-France (19,8 %), le Grand Est (19,8 %) et la Bretagne (23,2 %) comparée à la moyenne des autres régions métropolitaines et significativement moins élevée en Île-de-France (13,0 %) et en Centre-Val de Loire (13,6 %).

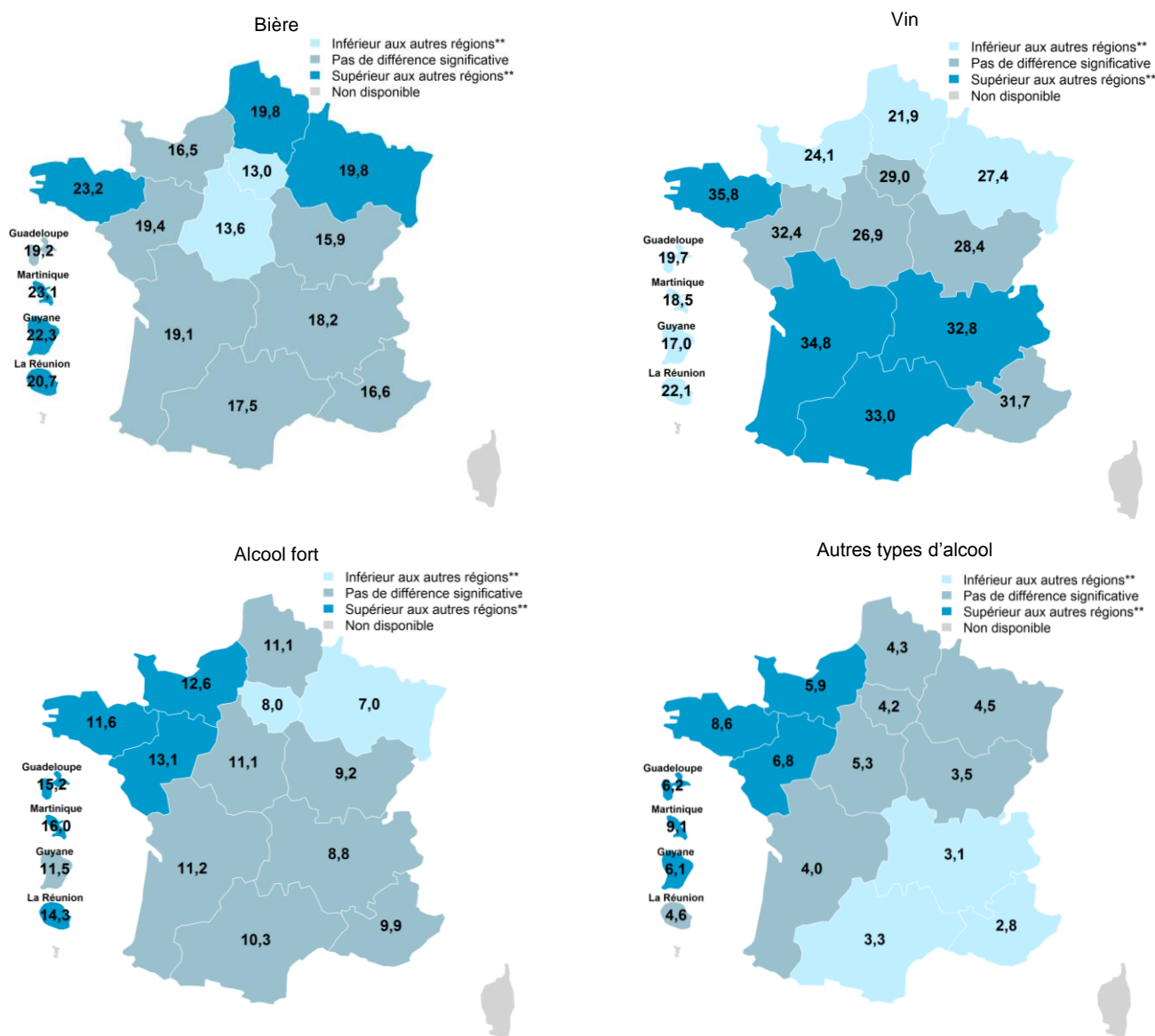
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine (34,8 %) – ainsi qu'en Bretagne (35,8 %) que dans les autres régions métropolitaines. Elle était significativement plus faible dans les régions du nord : Hauts-de-France (21,9 %), Normandie (24,1 %) et Grand Est (27,4 %).

Pour l'alcool fort, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 7,0 % dans le Grand Est à 13,1 % dans les Pays de la Loire. Elle était significativement plus élevée dans les régions du nord-ouest : Bretagne (11,6 %), Normandie (12,6 %) et Pays de la Loire (13,1 %) que dans les autres régions métropolitaines, et significativement plus faible en Grand Est (7,0 %) et en Île-de-France (8,0 %).

Pour les autres types d'alcool, elle variait de 2,8 % en Provence-Alpes-Côte d'azur à 8,6 % en Bretagne. Elle était significativement plus élevée dans les régions du nord-ouest : Normandie (5,9 %), Pays de la Loire (6,8 %) et Bretagne (8,6 %) et significativement plus faible dans les régions du sud-est : Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,8 %), Auvergne-Rhône-Alpes (3,1 %) et Occitanie (3,3 %).

Selon le Baromètre santé DOM 2014, la consommation hebdomadaire de bière était significativement plus élevée que la moyenne de la France métropolitaine à La Réunion (20,7 %), en Guyane (22,3 %) et en Martinique (23,1 %). **La consommation hebdomadaire d'alcool fort était également significativement plus élevée** à La Réunion (14,3 %), en **Guadeloupe (15,2 %)**, ainsi qu'en Martinique (16,0 %). **La consommation hebdomadaire d'autres types d'alcool était plus élevée** en Guyane (6,1 %), en **Guadeloupe (6,2 %)** et en Martinique (9,1 %) **que la moyenne de la France métropolitaine**. En revanche, **la consommation hebdomadaire de vin était significativement moins fréquente** en Guyane (17,0 %), en Martinique (18,5 %), en **Guadeloupe (19,7 %)** et à La Réunion (22,1 %) **comparées à la moyenne de France métropolitaine**.

Figure 5 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation hebdomadaire de bière, vin, alcool fort et autres types d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

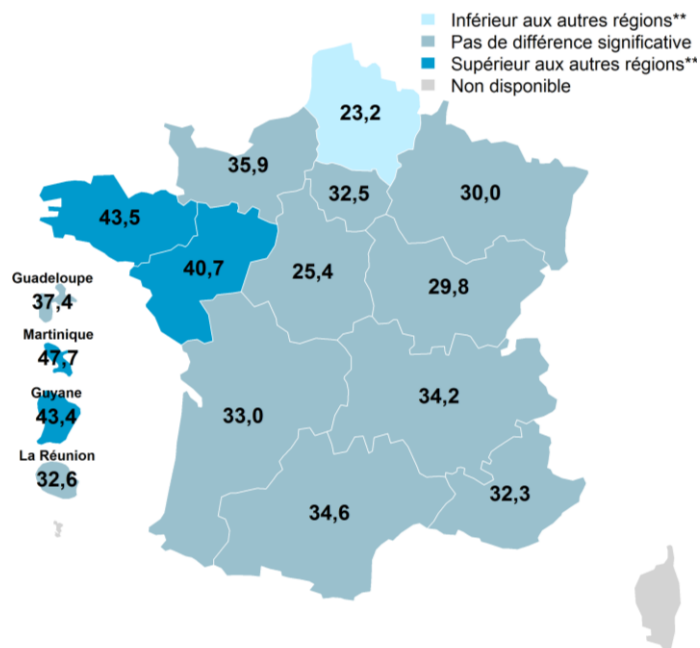
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans s'élevait à 32,5 % pour la France métropolitaine et variait de 23,2 % à 43,5 % selon les régions de France métropolitaine (figure 6). Seuls les Hauts-de-France (23,2 %) présentaient une prévalence hebdomadaire significativement inférieure à la moyenne des autres régions de France métropolitaine tandis que les Pays de la Loire (40,7 %) et la Bretagne (43,5 %) se distinguaient par des prévalences significativement plus élevées.

Selon le Baromètre santé DOM 2014, la Guyane (43,4 %) et la Martinique (47,7 %) affichaient des prévalences hebdomadaires significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine. La Réunion (32,6 %) et la **Guadeloupe (37,4 %)** n'en différaient pas.

Figure 6 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

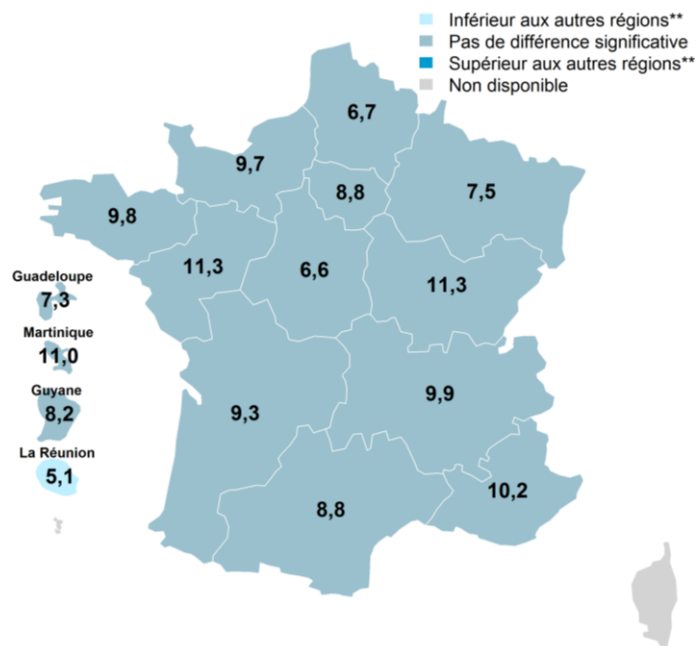
** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

D'après la même enquête, la prévalence standardisée des alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires chez les adultes de 18 à 30 ans était de 9,0 % en France métropolitaine. Celle-ci variait de 6,6 % (Centre-Val de Loire) à 11,3 % (Pays de la Loire et Bourgogne-Franche-Comté) selon les régions de France métropolitaine (figure 7), mais aucune d'entre elles ne différaient de la moyenne des autres régions métropolitaines. Pour les DROM, seule La Réunion (5,1 %) se distinguait par une prévalence significativement plus faible que la moyenne de la France métropolitaine. En **Guadeloupe**, la prévalence était de **7,3 %**.

Figure 7 : Prévalences régionales standardisées* des alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires chez les adultes de 18 à 30 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

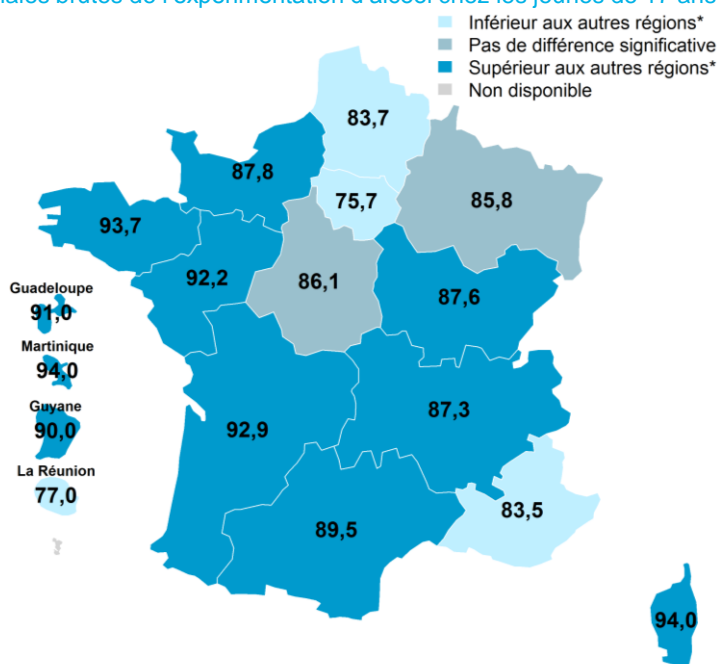
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans

En 2017, selon l'enquête Escapad (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), la prévalence de l'expérimentation d'alcool (avoir déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans sa vie) chez les jeunes de 17 ans variait de 75,7 % à 94,0 % selon les régions de France métropolitaine (figure 8), avec une moyenne de 85,7 % pour la France métropolitaine. Les régions Île-de-France (75,7 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (83,5 %) et Hauts-de-France (83,7 %) présentaient des prévalences significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. A l'inverse, les régions Auvergne-Rhône-Alpes (87,3 %), Bourgogne-Franche-Comté (87,6 %), Normandie (87,8 %), Occitanie (89,5 %), Pays de la Loire (92,2 %), Nouvelle-Aquitaine (92,9 %), Bretagne (93,7 %) et Corse (94,0 %) affichaient des prévalences significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine.

Au sein des DROM, la Guyane (90,0 %), la **Guadeloupe (91,0 %)** et la Martinique (94,0 %) **présentaient des prévalences de l'expérimentation d'alcool comparables entre elles et significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine**, contrairement à La Réunion (77,0 %) qui affichait une prévalence significativement plus faible.

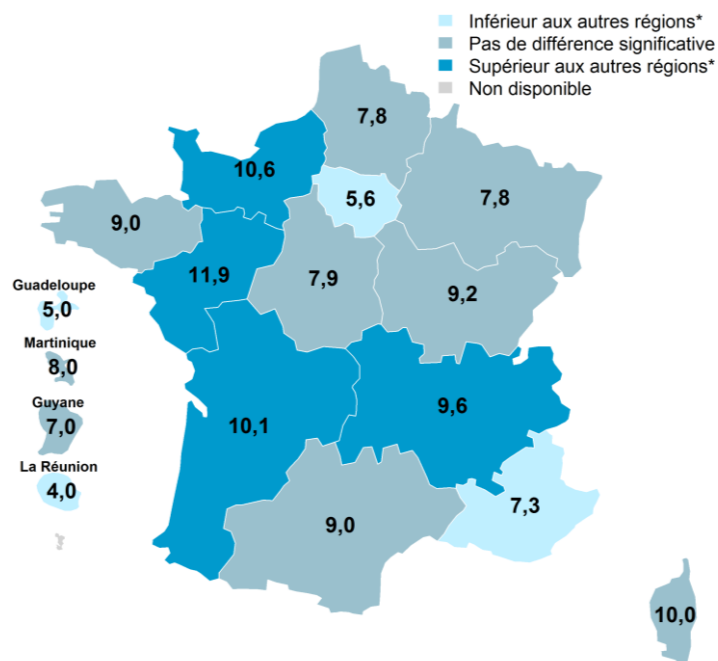
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

D'après la même enquête, la prévalence de l'usage régulier d'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois) chez les jeunes de 17 ans variait de 5,6 % à 11,9 % selon les régions de France métropolitaine (figure 9), avec une moyenne de 8,4 % pour la France métropolitaine. L'Île-de-France (5,6 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,3 %) présentaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne nationale, tandis que les régions Auvergne-Rhône-Alpes (9,6 %), Nouvelle-Aquitaine (10,1 %), Normandie (10,6 %) et Pays de la Loire (11,9 %) affichaient des prévalences significativement supérieures à la moyenne de France métropolitaine.

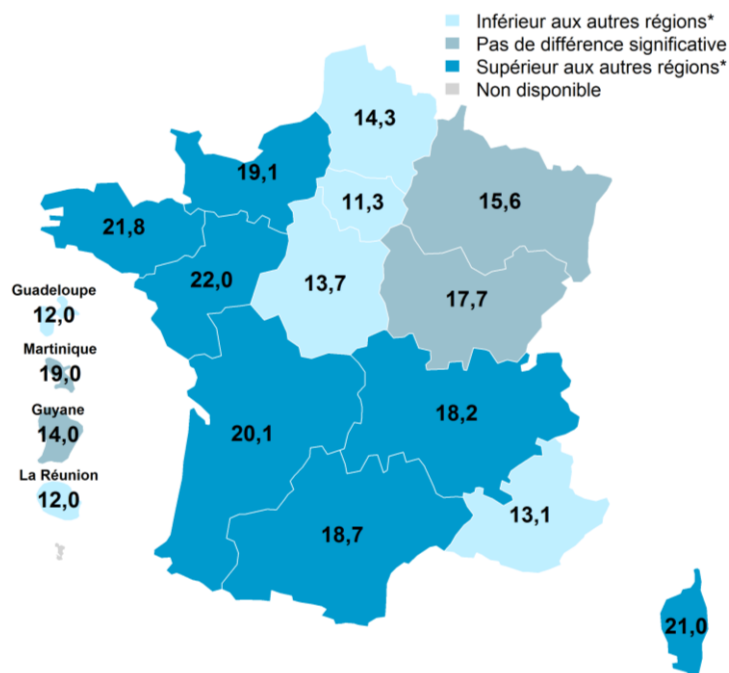
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la **Guadeloupe (5,0 %)** présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 9 : Prévalence régionale brute de l'usage régulier d'alcool (≥ 10 usages par mois) chez les jeunes de 17 ans en 2017

* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne de France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

Selon la même enquête, la prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes répétées (au moins 3 dans le mois) chez les jeunes de 17 ans variait de 11,3 % à 22,0 % selon les régions de France métropolitaine (figure 10), avec une moyenne de 16,4 % pour la France métropolitaine. Les régions Île-de-France (11,3 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13,1 %), Centre-Val de Loire (13,7 %) et Hauts-de-France (14,3 %) affichaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine. À l'inverse, les régions Auvergne-Rhône-Alpes (18,2 %), Occitanie (18,7 %), Normandie (19,1 %), Nouvelle-Aquitaine (20,1 %), Corse (21,0 %), Bretagne (21,8 %) et Pays de la Loire (22,0 %) se distinguaient par des prévalences significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine.

Au sein des DROM, La Réunion (12,0 %) et la Guadeloupe (12,0 %) se démarquaient par des prévalences d'alcoolisations ponctuelles importantes répétées plus faibles que la moyenne de France métropolitaine. La Guyane (14,0 %) et la Martinique (19,0 %) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 10 : Prévalences régionales brutes des alcoolisations ponctuelles importantes répétées (≥ 3 par mois) chez les jeunes de 17 ans en 2017

* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne de France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

LA CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA RÉGION GUADELOUPE

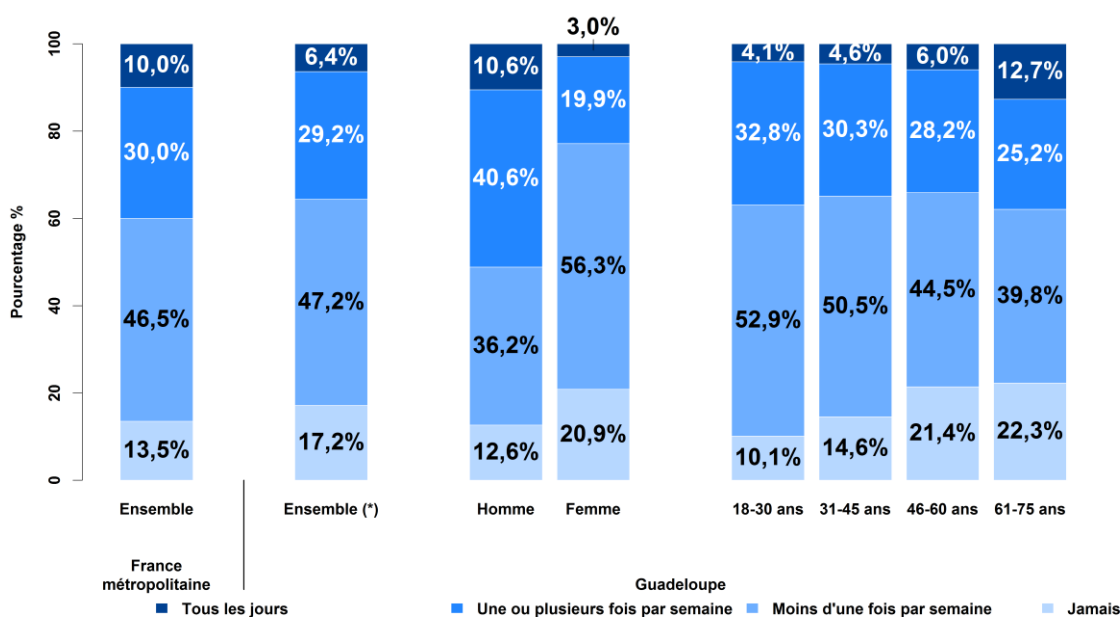
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation au cours des 12 derniers mois (Baromètre 2014)

En 2014, en **Guadeloupe**, **35,6 %** des personnes âgées de 18-75 ans **déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 6,4 % tous les jours au cours des 12 derniers mois** (figure 11). Ces proportions étaient significativement inférieures à celles observées en France métropolitaine, respectivement de 40,0 % et 10,0 %.

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Guadeloupe. Ainsi, **10,6 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 3,0 % des femmes**. La consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les 61-75 ans (12,7 %) que chez les 18-30 ans (4,1 %) et 31-45 ans (4,6 %).

Figure 11 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et en Guadeloupe, et selon le sexe et l'âge pour la région Guadeloupe, 2014.



(ns) différence non significative ; * différence significative (comparaison avec moyenne de France métropolitaine).

Champ : DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

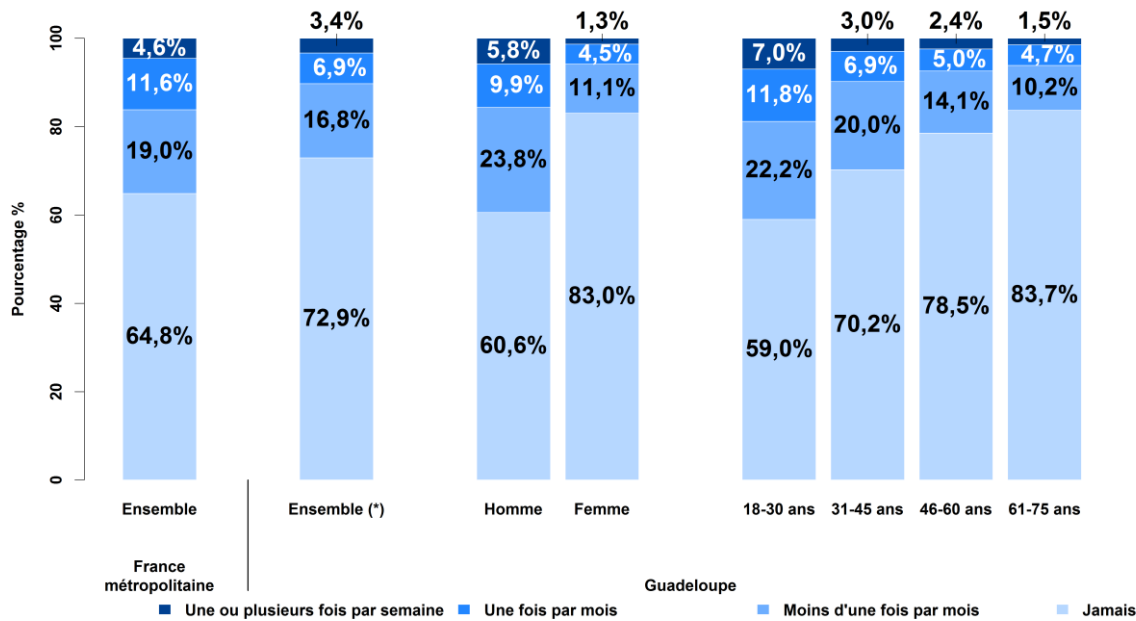
Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2014, en **Guadeloupe**, **27,1 %** des personnes âgées de 18-75 ans **déclaraient au moins une API (6 verres ou plus en une seule occasion) au cours des 12 derniers mois dont 10,3 % au moins une fois par mois et 3,4 % au moins une fois par semaine** (figure 12). En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 35,2 %, 16,2 % et 4,6 % (différence significative avec celles de la région).

En Guadeloupe, **l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (39,4 % dont 15,7 % au moins une fois par mois et 5,8 % au mois une fois par semaine) que chez les femmes (17,0 % dont 5,9 % au moins une fois par mois et 1,3 % au mois une fois par semaine)**. La prévalence des API dans l'année était inversement proportionnelle à l'âge : elle était plus importante parmi les 18-30 ans (41,0 % dont 18,9 % au moins une fois par mois et 7,0 % au moins une fois par semaine), puis diminuait avec l'âge.

Figure 12 : Fréquence des API au cours des 12 derniers mois par les 18-75 ans en France métropolitaine et en Guadeloupe, et selon le sexe et l'âge pour la région Guadeloupe, 2014.



(ns) différence non significative ; * différence significative (comparaison avec la moyenne de France métropolitaine).

Champ : DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Facteurs associés

En 2014, en Guadeloupe, le niveau de revenu n'était pas associé à la consommation quotidienne d'alcool, contrairement à l'âge, le sexe et le diplôme pour lesquels il y avait une association significative indépendamment des autres variables (Tableau 2).

Tableau 2 : Facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois pour la région Guadeloupe, 2014.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=783)	10,6	4,1***	[2,7-6,4]
Femme (réf.) (n=1168)	3,0	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=346)	4,1	0,3**	[0,2-0,6]
31-45 ans (n=608)	4,6	0,4**	[0,2-0,7]
46-60 ans (n=631)	6,0	0,5**	[0,3-0,8]
61-75 ans (réf.) (n=366)	12,7	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=466)	6,2	1,0	[0,6-1,8]
2e tercile (n=580)	5,9	1,0	[0,6-1,7]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=700)	6,3	1,0	
Refus/Nsp (n=205)	8,2	1,5	[0,8-2,9]
Diplôme en 3 modalités	***		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1056)	8,2	2,1*	[1,1-3,8]
Bac (n=362)	3,5	1,4	[0,6-2,9]
Supérieur au Bac (réf.) (n=519)	2,8	1,0	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Champ : DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Le sexe et l'âge étaient significativement associés aux API mensuelles en **Guadeloupe** (Tableau 3). Un gradient était observé pour l'âge : les odds ratios (OR) associés aux API mensuelles augmentaient lorsque l'âge diminuait. Les personnes ayant refusé d'indiquer leurs niveaux de revenu ou qui ont répondu « ne sait pas » pratiquaient moins souvent une API mensuelle que celles qui avaient un revenu élevé. Par contre, les personnes ayant déclaré aucun diplôme ou un niveau de diplôme inférieur ou égal au Bac pratiquaient plus souvent une API mensuelle.

Tableau 3 : Facteurs associés aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région *Guadeloupe*, 2014.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe			

Homme (n=781)	15,7	3,6***	[2,5-5,0]
Femme (réf.) (n=1165)	5,9	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)			

18-30 ans (n=344)	18,9	7,0***	[3,8-12,7]
31-45 ans (n=606)	9,8	2,6**	[1,5-4,7]
46-60 ans (n=630)	7,4	1,5	[0,9-2,8]
61-75 ans (réf.) (n=366)	6,2	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=465)	10,9	0,8	[0,5-1,3]
2e tercile (n=579)	9,1	0,7	[0,4-1,0]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=699)	12,3	1,0	
Refus/Nsp (n=203)	7,2	0,4**	[0,2-0,7]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1053)	11,2	1,9**	[1,2-3,0]
Bac (n=360)	9,3	1,0	[0,6-1,7]
Supérieur au Bac (réf.) (n=519)	8,5	1,0	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Champ : DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

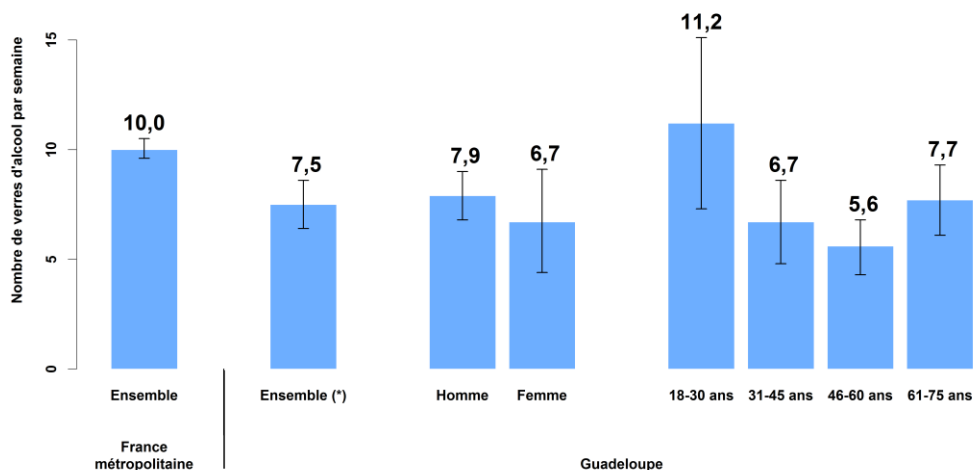
Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Nombre de verres consommés

En 2014, en **Guadeloupe**, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne **7,5 [6,4-8,6]** verres par semaine, **ce qui était inférieur à la moyenne des régions métropolitaines** (figure13). **La moyenne métropolitaine était de 10,0 [9,6-10,5]** verres par semaine.

Le nombre moyen de verres consommés par semaine n'était pas significativement différent chez les hommes et chez les femmes (respectivement de 7,9 [6,8-9,0] et 6,7 [4,4-9,1]). Il était plus élevé chez les 18-30 ans (11,0 [7,3 – 15,1] verres par semaine) que chez les 46-60 ans (5,6 [4,3-6,8]).

Figure 13 : Nombre de verres consommés en moyenne par semaine par les 18-75 ans au cours des 12 derniers mois en France métropolitaine et en Guadeloupe, et selon le sexe et l'âge pour la région Guadeloupe, 2014.



(ns) différence non significative ; * différence significative (comparaison avec la moyenne de France métropolitaine).

Champ : DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire et déclarant consommer de l'alcool de manière hebdomadaire au cours des 12 derniers mois.

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

MORBIDITÉ AIGUË LIÉE À L'ALCOOL DANS LA RÉGION GUADELOUPE

De nombreux passages aux urgences concernent des pathologies directement liées à l'alcool. Celles-ci sont la plupart du temps la conséquence d'une intoxication aiguë, pouvant elle-même entraîner des situations complexes à prendre en charge pour les soignants. De plus, de nombreux passages sont en lien indirect avec l'alcool et ne peuvent pas être chiffrés en raison d'absence d'information sur le contexte de la prise en charge du patient, notamment au sein des pathologies traumatiques.

GUADELOUPE

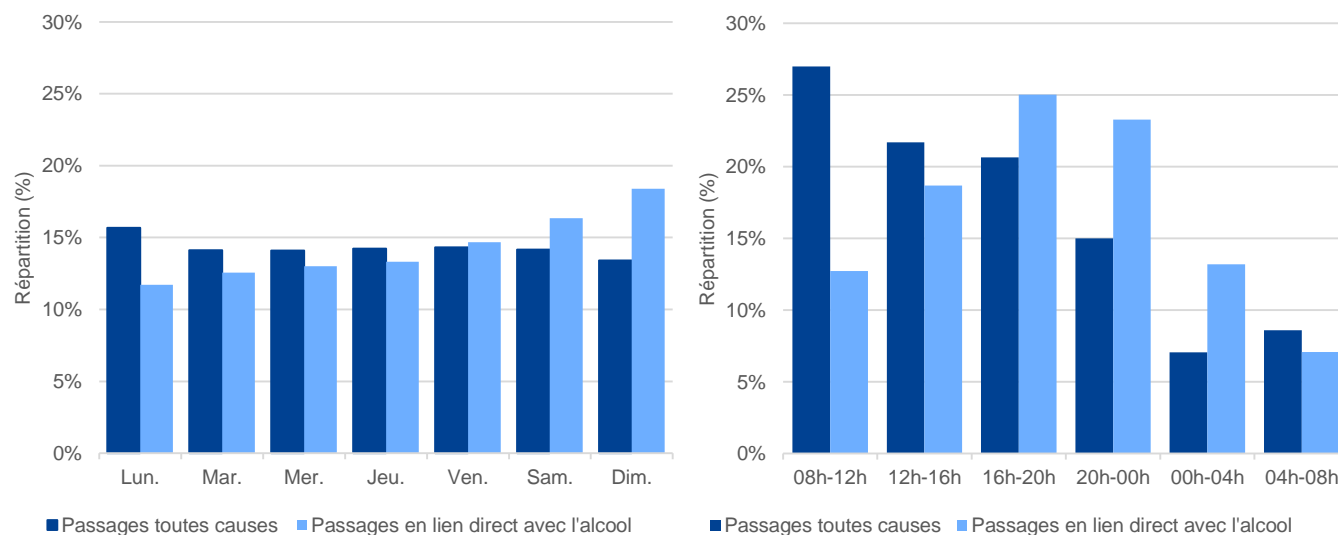
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, **1 327** passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 3 services d'urgence (SU) de la **Guadeloupe** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), **soit en moyenne 3,64 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,39 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).**

Les passages aux urgences toutes causes en **Guadeloupe**, en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine (figure 14), avec une activité légèrement plus élevée sur la journée du lundi. Pour les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, on observait une répartition relativement stable du lundi au jeudi (entre **11,7 %** et **13,3 %** des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine. Près de la moitié (**49,4 %**) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au dimanche. Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne **1,88 %** de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 14), les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires 16 – 20 heures, 20 heures – minuit et minuit – 4 heures (respectivement **25,0 %**, **23,3 %** et **13,2 %** des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement **1,67 %**, **2,11 %** et **2,47 %** des passages aux urgences toutes causes.

Figure 14 : Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool et des passages aux urgences toutes causes en Guadeloupe en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

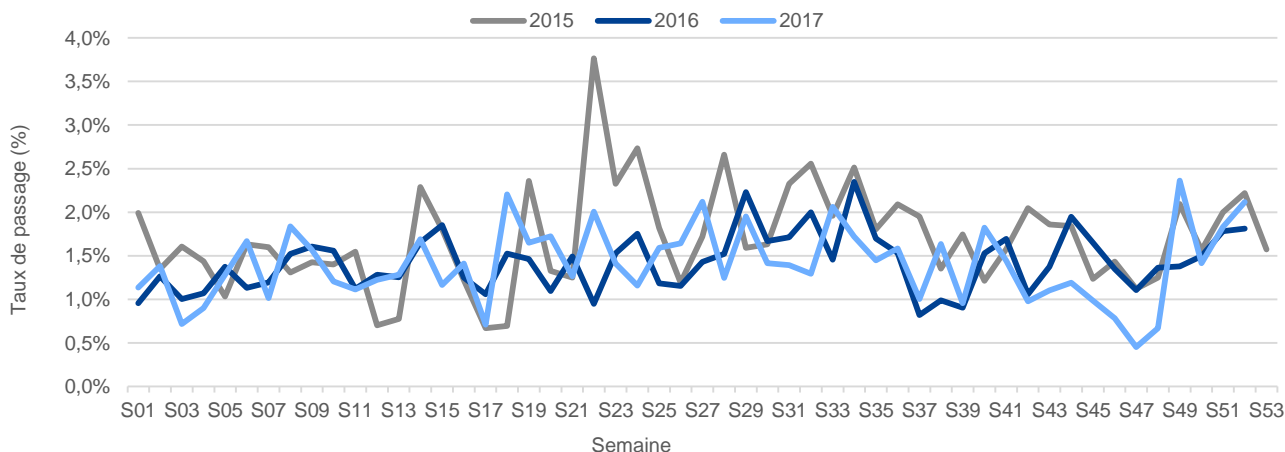
Evolution des taux hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool

La figure 15 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool en **Guadeloupe** de 2015 à 2017. A part l'année 2015 pour laquelle on observe des pics à **3,8 %**, **2,7 %**, **2,7 %** et **2,6 %** respectivement aux semaines **22**, **24**, **28** et **32**, il n'est pas observé de différences d'une année à l'autre et l'évolution sur une année montre peu de variations. Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de **1,68 %** en 2015 à **1,39 %** en 2017.

Evolution des taux hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool

La figure 15 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool en **Guadeloupe** de 2015 à 2017. A part l'année 2015 pour laquelle on observe des fluctuations à 3,8 %, 2,7 %, 2,7 % et 2,6 % respectivement aux semaines 22, 24, 28 et 32, il n'est pas observé de différences d'une année à l'autre et l'évolution sur une année montre peu de variations. **Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 1,68 % en 2015 à 1,39 % en 2017.**

Figure 15 : Taux bruts hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes dans la région Guadeloupe sur la période 2015-2017

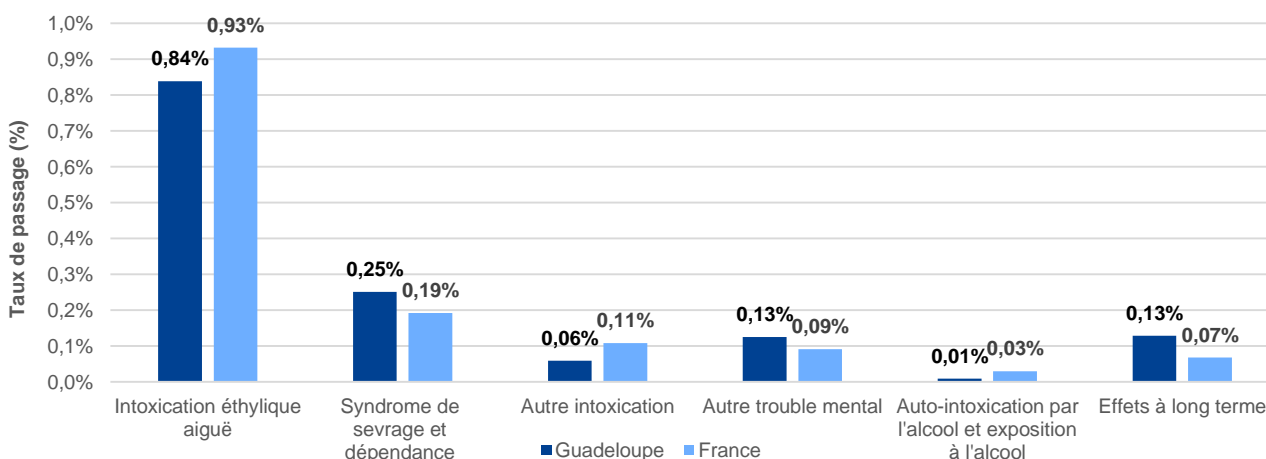


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie

Différentes pathologies peuvent être identifiées comme directement liées à l'alcool (figure 16). En **Guadeloupe** en 2017, **l'intoxication éthylique aiguë était la plus fréquente, représentant 0,84 % de l'ensemble des passages aux urgences et 60,4 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool.** Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, auto-intoxication par l'alcool et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,06 % et 0,25 % de l'ensemble des passages aux urgences. **La distribution de ces pathologies en Guadeloupe était comparable à celle observée au niveau national.**

Figure 16 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie parmi les passages toutes causes dans la région Guadeloupe en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

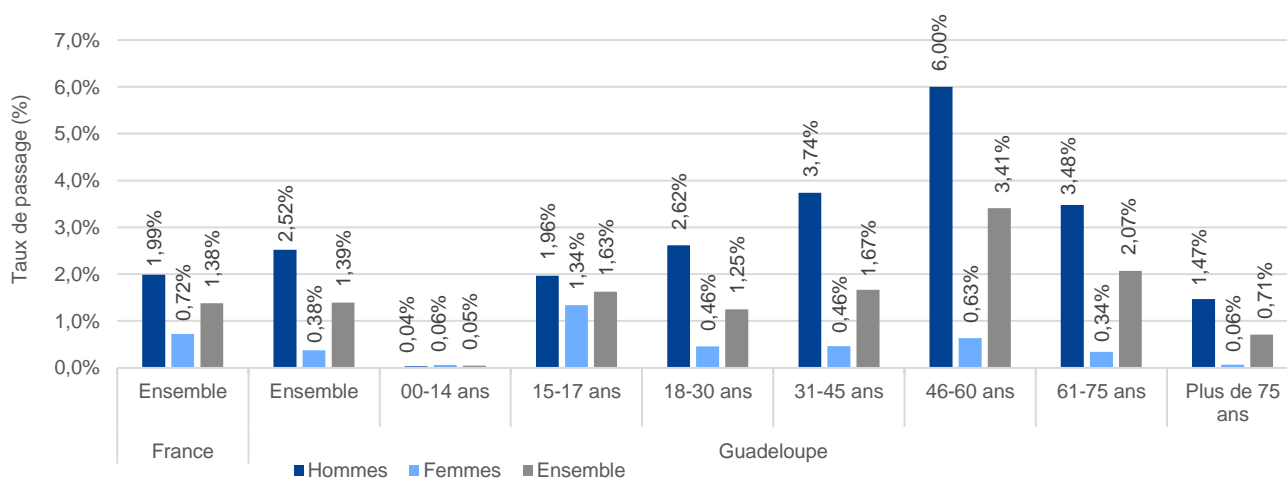
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en Guadeloupe comme au niveau national, **le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (2,52 %) que chez les femmes (0,38 %) (Figure 17).**

Chez les femmes, les tendances étaient quasi-similaires. Le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,06 % chez les moins de 15 ans. Le taux le plus élevé était observé chez les 15-17 ans (1,34 %) et le plus faible était observé chez les plus de 75 ans (0,06 %). Il variait très peu après 18 ans.

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,04 % de l'activité). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (6,00 %) chez les 46-60 ans et diminuait ensuite jusqu'à atteindre 1,47 % chez les plus de 75 ans.

Figure 17 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe parmi les passages toutes causes en Guadeloupe en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

SAINT-MARTIN

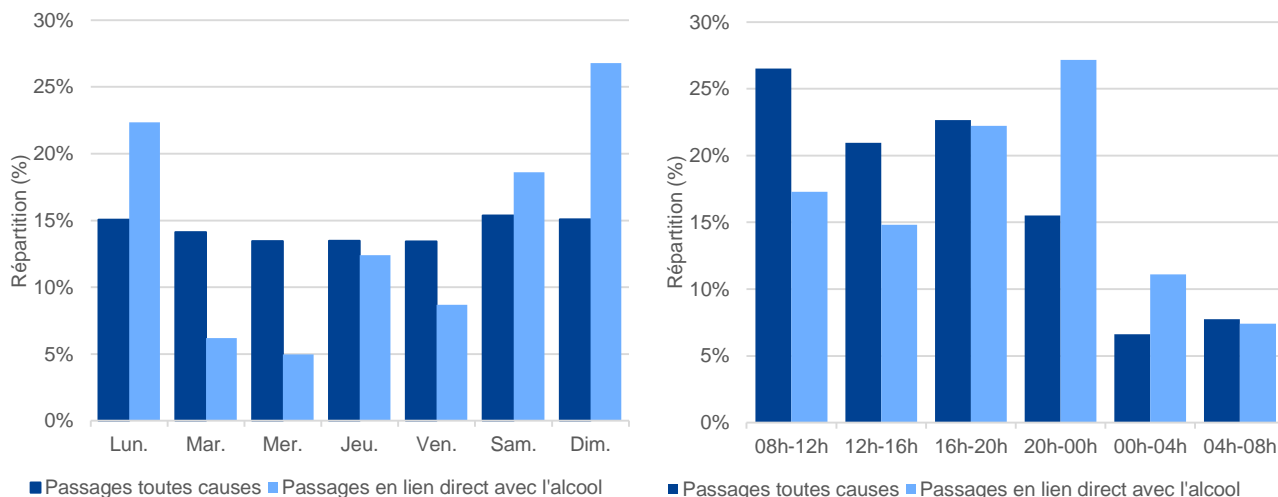
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, **81** passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) du service d'urgence (SU) de Saint-Martin participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne **0,22** passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi **0,78 %** des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).

Les passages aux urgences toutes causes à Saint-Martin en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine (figure 18), avec une activité légèrement plus élevée sur les journées du samedi, du dimanche et du lundi. Pour les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, on observait une répartition relativement stable du mardi au jeudi (entre **5,0 %** et **12,4 %** des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin et début de semaine. Plus de trois quart (**76,4 %**) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au lundi. Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne **1,26 %** de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 18), les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires 16 – 20 heures, 20 heures – minuit (respectivement **22,2 %**, **27,2 %** des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement **0,73 %** et **1,27 %** des passages aux urgences toutes causes.

Figure 18 : Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool et des passages aux urgences toutes causes à Saint-Martin en 2017

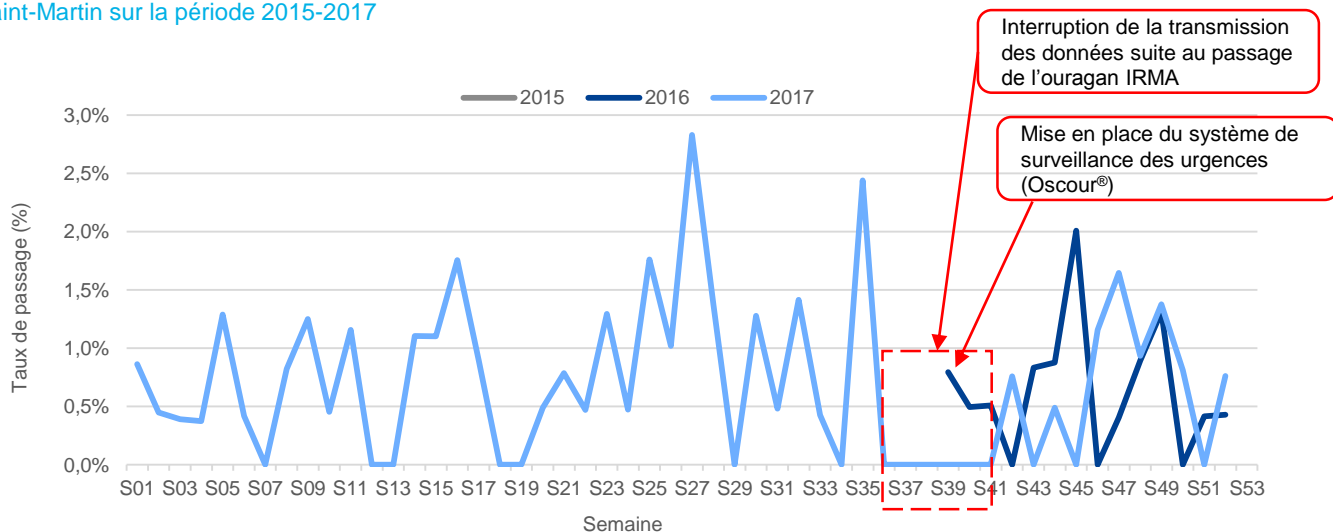


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
 Source : Oscour® (Santé publique France).

Evolution des taux hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool

La figure 19 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool à **Saint-Martin** de 2016 à 2017. La transmission des RPU n'a débuté à Saint-Martin qu'à partir de la semaine 39 de l'année 2016. Suite au passage de l'ouragan IRMA ayant entraîné des problèmes informatiques, une partie des données de l'année 2017 (S37, S38, S39) n'a pas pu être récupérée. La comparaison de l'évolution des taux hebdomadaires de passage aux urgences ne peut, par conséquent être réalisée.

Figure 19 : Taux bruts hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes à Saint-Martin sur la période 2015-2017

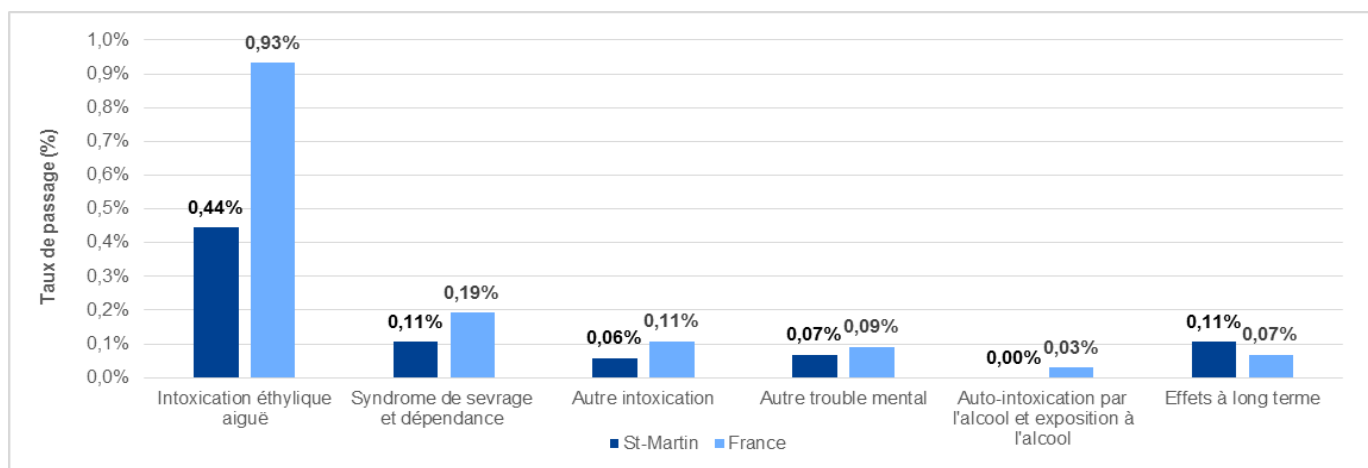


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
 Source : Oscour® (Santé publique France).

Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie

Différentes pathologies peuvent être identifiées comme directement liées à l'alcool (figure 20). **A Saint-Martin en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus fréquente, représentant 0,44 % de l'ensemble des passages aux urgences et 56,8 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool.** Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, tentative de suicide et effets à long terme) représentaient chacune entre 0 % et 0,11 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies à **Saint-Martin** était comparable à celle observée au niveau national.

Figure 20 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie parmi les passages toutes causes à Saint-Martin en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

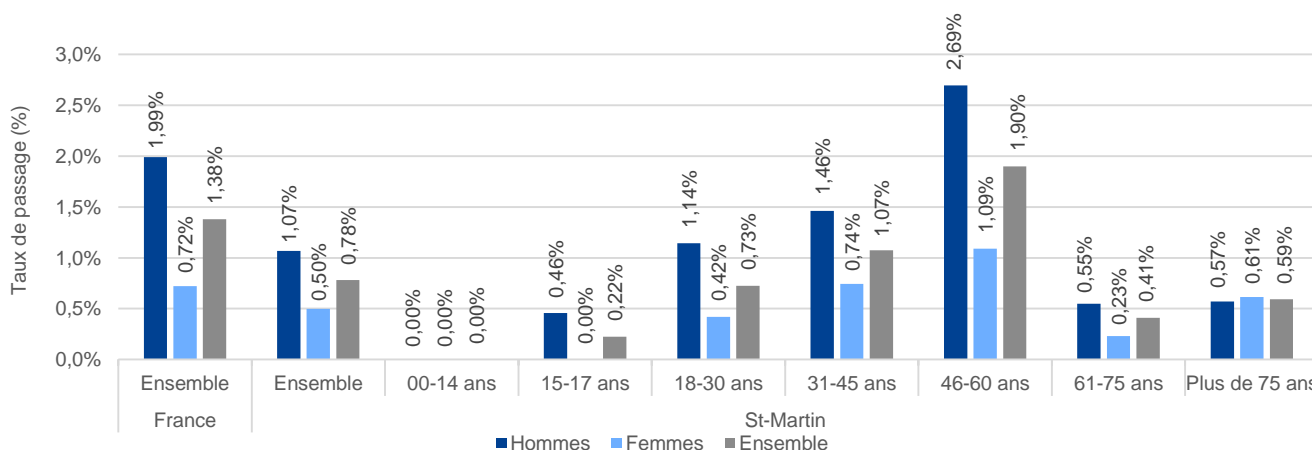
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, à Saint-Martin comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les **hommes (1,07 %)** que chez les **femmes (0,50 %)** (Figure 21).

Chez les hommes, le taux de passage était nul avant l'âge de 15 ans. Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (2,69 %) chez les 46-60 ans et diminuer ensuite dans les tranches d'âge plus âgées.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires à celles des hommes. Le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était nul chez les moins de 15 ans. Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son 1,90 % chez les 46-60 ans. Il diminuait ensuite dans les tranches d'âge plus âgées.

Figure 21 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe parmi les passages toutes causes à Saint-Martin en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

SAINT-BARTHELEMY

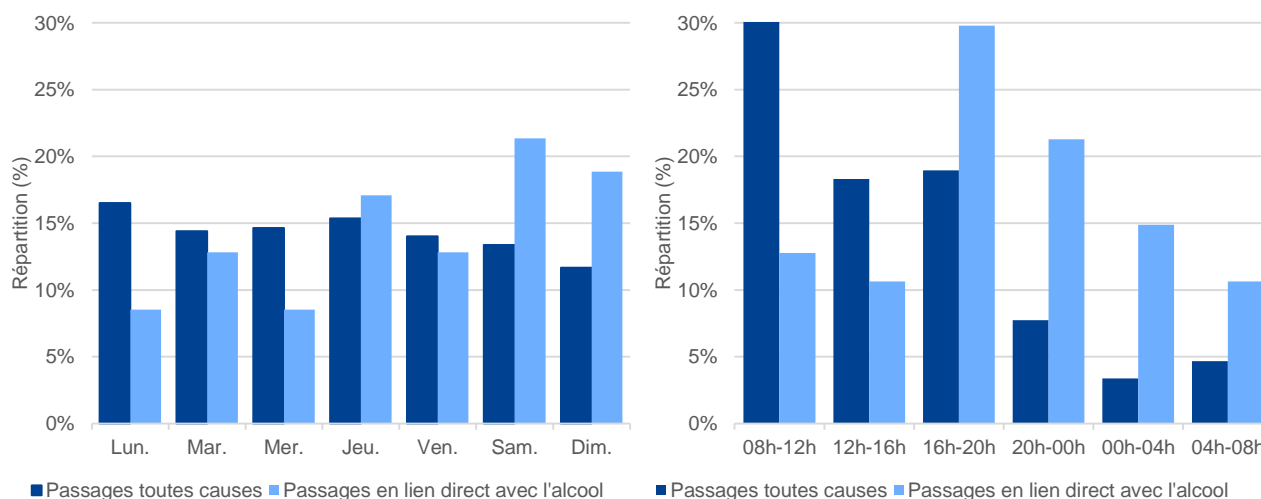
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, **47** passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) du services d'urgence (SU) de **Saint-Barthélemy** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), **soit en moyenne 0,13 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 0,68 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).**

Les passages aux urgences toutes causes à **Saint-Barthélemy** en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine (figure 22), avec une activité légèrement plus élevée sur la journée du lundi. Pour les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, on observait une répartition qui fluctuait du lundi au vendredi (entre **8,5 %** et **17,1 %** des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine. Plus de la moitié (**53,0 %**) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au dimanche. Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne **1,07 %** de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 22), les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires 16 – 20 heures, 20 heures – minuit (respectivement **29,8 %**, **21,3 %** des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement **1,06 %** et **1,81 %** des passages aux urgences toutes causes.

Figure 22 : Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool et des passages aux urgences toutes causes à Saint-Barthélemy en 2017

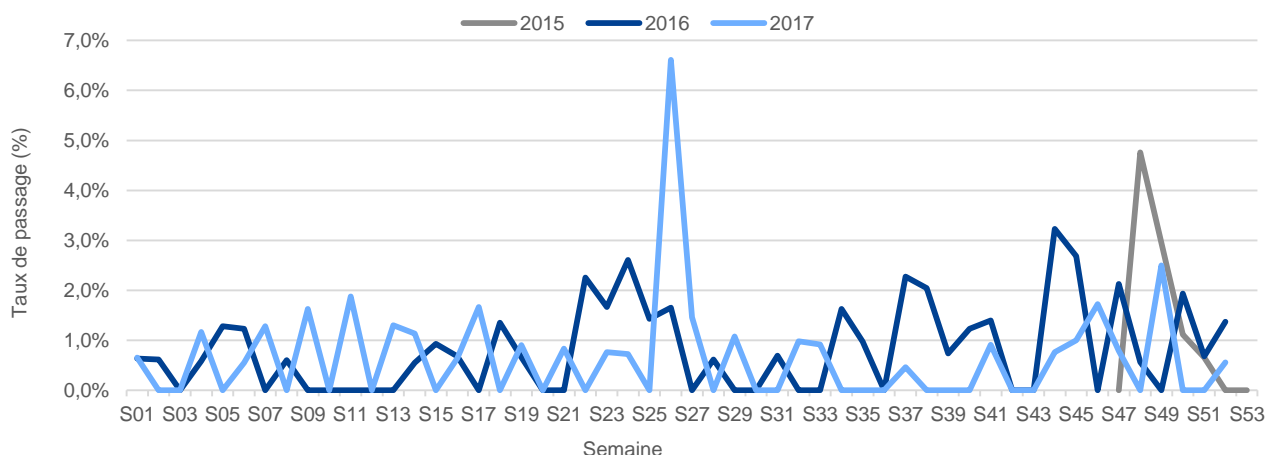


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

Evolution des taux hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool

La figure 23 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool à **Saint-Barthélemy** de 2015 à 2017. La transmission des RPU n'a débuté à Saint-Barthélemy qu'à partir de la semaine 50 de l'année 2015. Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de **0,80 % en 2016 à 0,67 % en 2017.**

Figure 23 : Taux bruts hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes à Saint-Barthélemy sur la période 2015-2017

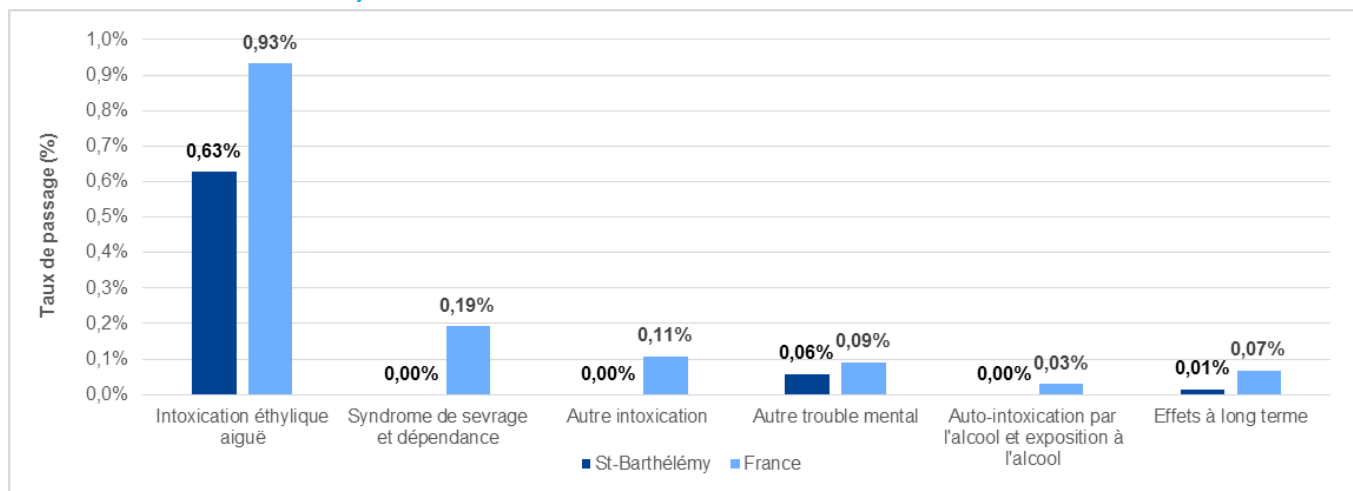


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
 Source : Oscour® (Santé publique France).

Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie

Différentes pathologies peuvent être identifiées comme directement liées à l'alcool (figure 24). A **Saint-Barthélemy** en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus fréquente, représentant 0,63 % de l'ensemble des passages aux urgences et 91,5 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Contrairement au niveau national, la fréquence des autres pathologies (Syndrome de sevrage tabagique, autre trouble mental, tentative de suicide et effets à long terme) restent nulles ou très faibles.

Figure 24 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie parmi les passages toutes causes à Saint-Barthélemy en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
 Source : Oscour® (Santé publique France).

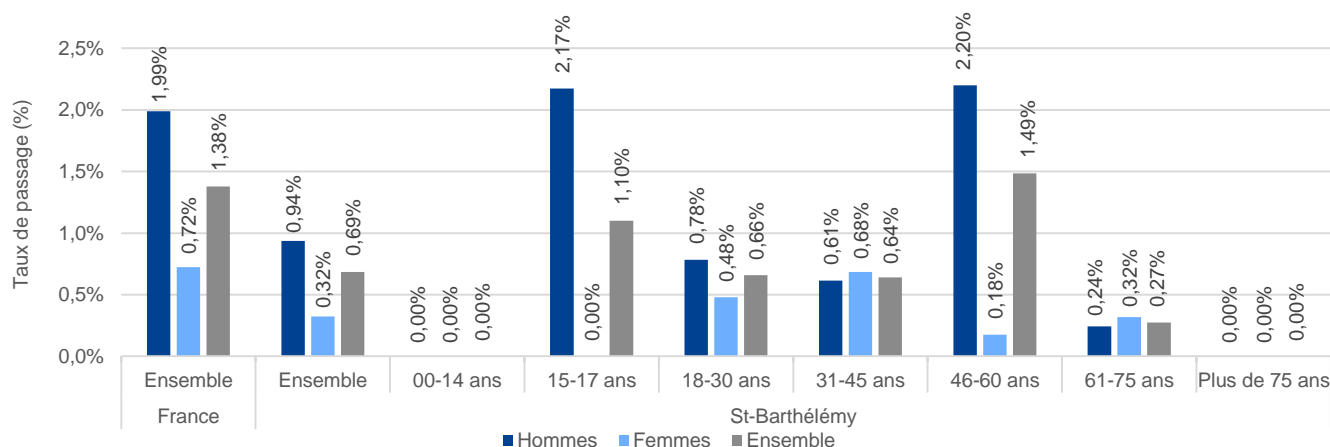
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, à **Saint-Barthélemy** comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (0,94 %) que chez les femmes (0,32 %) (Figure 25).

Chez les hommes, le taux de passage était nul avant l'âge de 15 ans. Il était plus élevé chez les 15-17 ans (2,17 %) et chez les 46-60 ans (2,20 %), nul chez les plus de 75 ans et variant entre 0,24 % et 0,78 % dans les autres tranches d'âge.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires à celles des hommes: le taux était plus élevé chez les 15-17 ans (1,10 %) et chez les 46-60 ans (1,46 %) et nul chez les plus de 75 ans et variant entre 0,27 % et 0,66 % dans les autres tranches d'âge.

Figure 25 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe parmi les passages toutes causes à Saint-Barthélemy en 2017



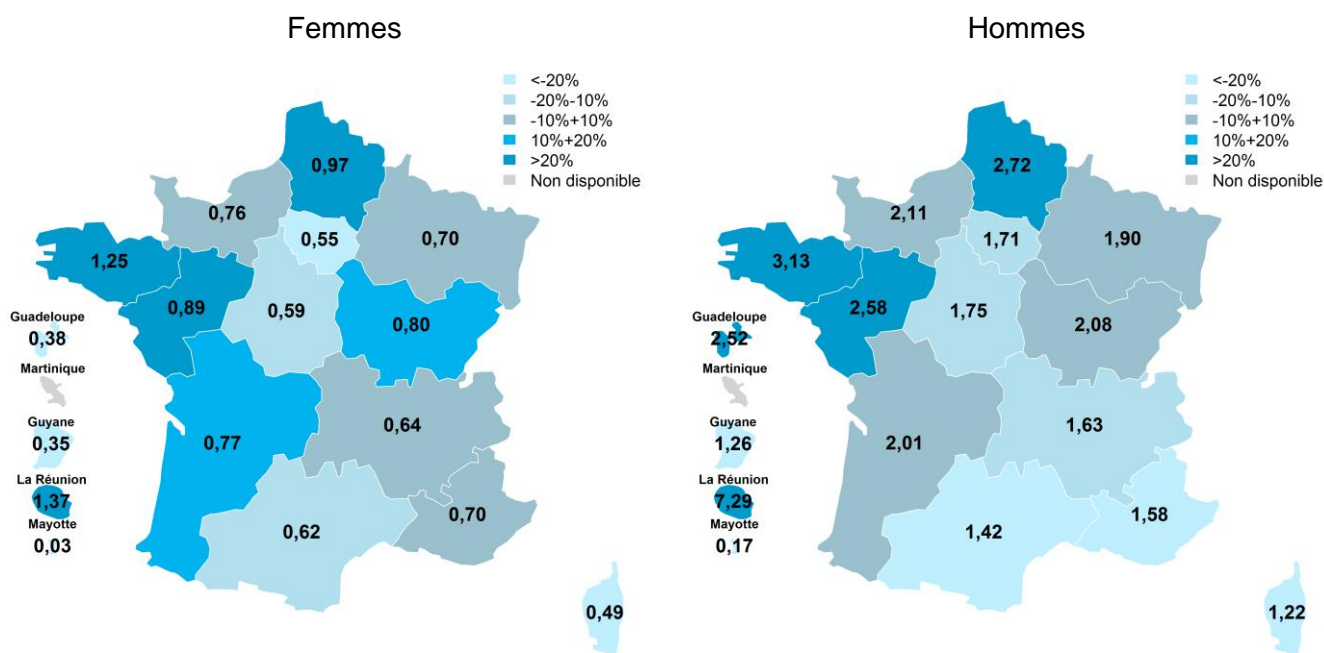
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

Comparaisons régionales et départementales

En 2017, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 0,70 % chez les femmes (figure 26). À Mayotte (0,03 %), à **Saint-Barthélemy (0,32 %)**, en Guyane (0,35 %), en **Guadeloupe (0,38 %)**, en Corse (0,49 %) et à **Saint-Martin (0,50 %)** et en Ile-de-France (0,55 %) les **taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national**. A l'inverse, La Réunion (1,37 %), la Bretagne (1,25 %) et les Hauts-de-France (0,97 %) et les Pays de la Loire avaient des taux supérieurs de plus de 20 % à celui du national.

Chez les hommes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 1,99 % (figure 26). À Mayotte (0,17 %), à **Saint-Barthélemy (0,94 %)**, à **Saint-Martin (1,07 %)**, en Corse (1,22 %), en Guyane (1,26 %), en Occitanie (1,42 %), en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (1,58 %), **les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national**. Par contre, en **Guadeloupe (2,52 %)**, dans les Pays de la Loire (2,58 %), en Hauts-de-France (2,72 %), en Bretagne (3,13 %) et à La Réunion (7,29 %), les **taux régionaux étaient supérieurs de plus de 20 % à celui du national**.

Figure 26 : Taux bruts régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ ASSOCIÉES À L'ALCOOL DANS LA RÉGION GUADELOUPE

La consommation d'alcool est un facteur de risque connu de nombreux cancers dont les cancers des voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx), de l'œsophage et du larynx. Les effets cancérogènes de l'alcool, se synergisent à ceux du tabac en cas d'exposition conjointe.

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

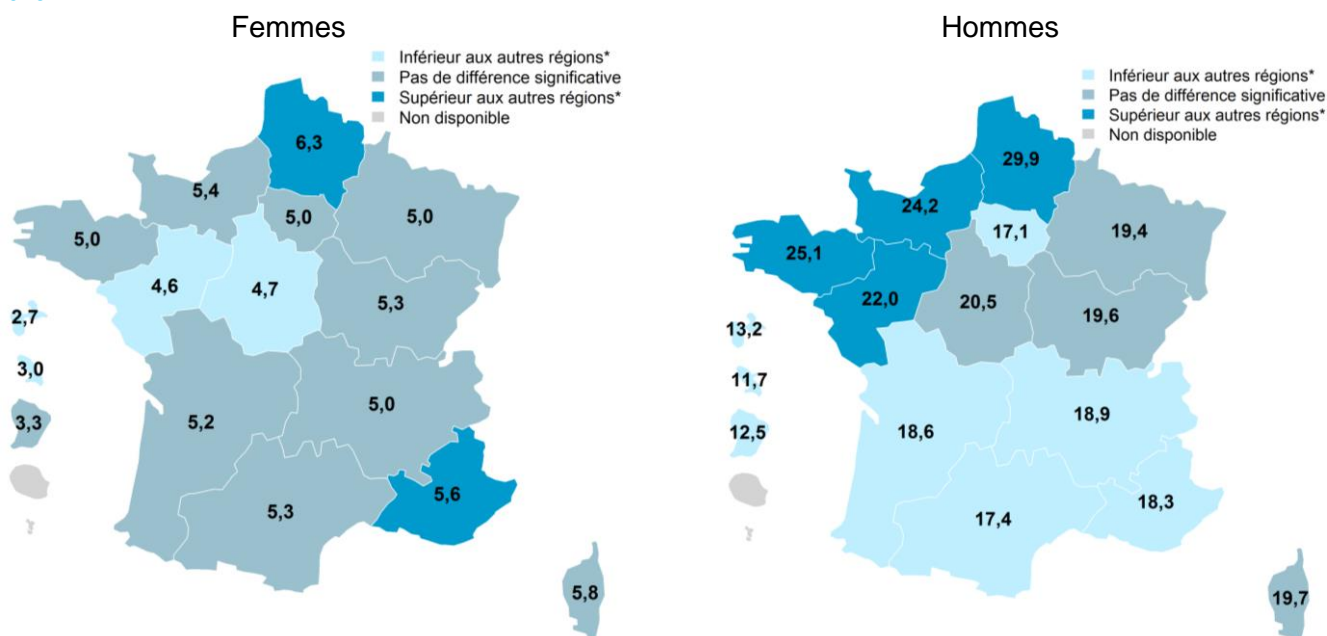
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

En France métropolitaine pour la période 2007-2016, le taux annuel brut d'incidence était de 9,2 [9,0-9,4] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 32,6 [32,0-33,2] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 5,2 [5,1-5,4] et 20,3 [19,9-20,7] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes (figure 25), la **Guadeloupe (2,7 [2,0-3,6] pour 100 000 personnes-années)**, la Martinique (3,0), les Pays de la Loire (4,6) et Centre-Val de Loire (4,7) présentaient des **taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine**. Les régions Provence-Alpes-Côte d'azur (5,6) et Hauts-de-France (6,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 25), huit régions se distinguaient par des **taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine** : la Martinique (11,7), la Guyane (12,5), la **Guadeloupe (13,2 [11,6-15,0])**, l'Île-de-France (17,1), l'Occitanie (17,4), Provence-Alpes-Côte d'azur (18,3), la Nouvelle-Aquitaine (18,) et Auvergne-Rhône-Alpes (18,9). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (22,0), la Normandie (24,2), la Bretagne (25,1) et les Hauts-de-France (29,9).

Figure 25 : Taux régionaux standardisés^a d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe, 2007-2016



^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

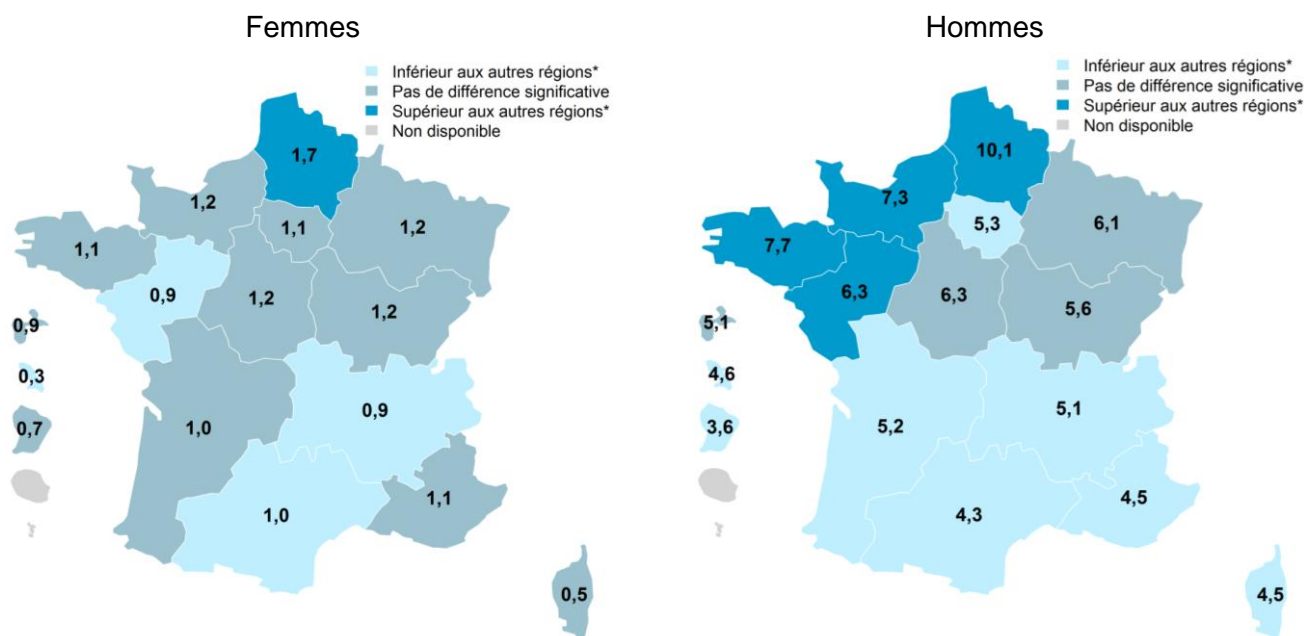
• Mortalité par cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx était de 2,4 [2,4-2,5] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 10,2 [10,1-10,4] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 1,1 [1,1-1,2] et 5,9 [5,9-6,0] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes (figure 26), les régions Martinique (0,3 pour 100 000 personnes-années), Auvergne-Rhône-Alpes (0,9), Pays de la Loire (0,9) et Occitanie (1,0) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne nationale. Seule la région Hauts-de-France (1,7) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. La région **Guadeloupe (0,9 [0,6-1,5]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Chez les hommes (figure 26), huit régions se distinguaient par des taux standardisés de mortalité significativement plus bas : la Guyane (3,6 pour 100 000 personnes-années), l'Occitanie (4,3), Provence-Alpes-Côte d'azur (4,5), la Corse (4,5), la Martinique (4,6), Auvergne-Rhône-Alpes (5,1), la Nouvelle-Aquitaine (5,2) et l'Île-de-France (5,3). À l'inverse, les régions Pays de la Loire (6,3), Normandie (7,3), Bretagne (7,7) et Hauts-de-France (10,1) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus élevés. La région **Guadeloupe 5,6 [5,3-6,0] ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Figure 26 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe, 2007-2014



^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Le cancer de l'œsophage

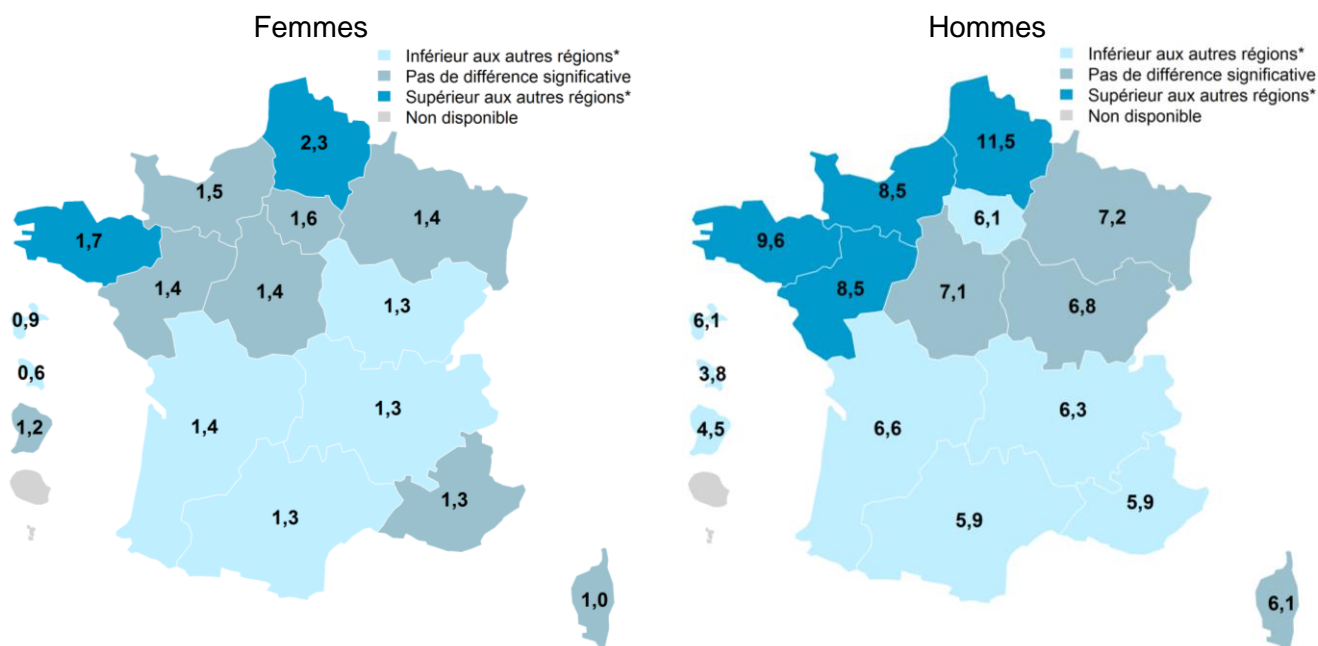
• Incidence du cancer de l'œsophage

En France métropolitaine pour la période 2007-2016, le taux annuel brut d'incidence du cancer de l'œsophage était de 3,3 [3,1-3,5] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 13,0 [12,5-13,5] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 1,5 [1,4-1,6] et de 7,2 [7,0-7,5] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes (figure 27), six régions présentaient des **taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine** : la Martinique (0,6 pour 100 000 personnes-années), la **Guadeloupe (0,9 [0,5-1,5])**, Auvergne-Rhône-Alpes (1,3), l'Occitanie (1,3), la Bourgogne-Franche-Comté (1,3) et la Nouvelle-Aquitaine (1,4). Les régions Bretagne (1,7) et Hauts-de-France (2,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. La région Guyane (1,2 [0,4-2,8]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 27), huit régions se distinguaient par des **taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine** : la Martinique (3,8 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (4,5), Provence-Alpes-Côte d'azur (5,9), l'Occitanie (5,9), l'Île-de-France (6,1), la **Guadeloupe (6,1 [5,1-7,4])**, Auvergne-Rhône-Alpes (6,3 [5,9-6,7]) et la Nouvelle-Aquitaine (6,6 [6,2-7,0]). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne nationale : la Normandie (8,5 [7,8-9,2]), les Pays de la Loire (8,5 [7,8-9,2]), la Bretagne (9,6 [8,8-10,4]) et les Hauts-de-France (11,5 [10,6-12,5]).

Figure 27 : Taux régionaux standardisés^a d'incidence du cancer de l'œsophage selon le sexe, 2007-2016



^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

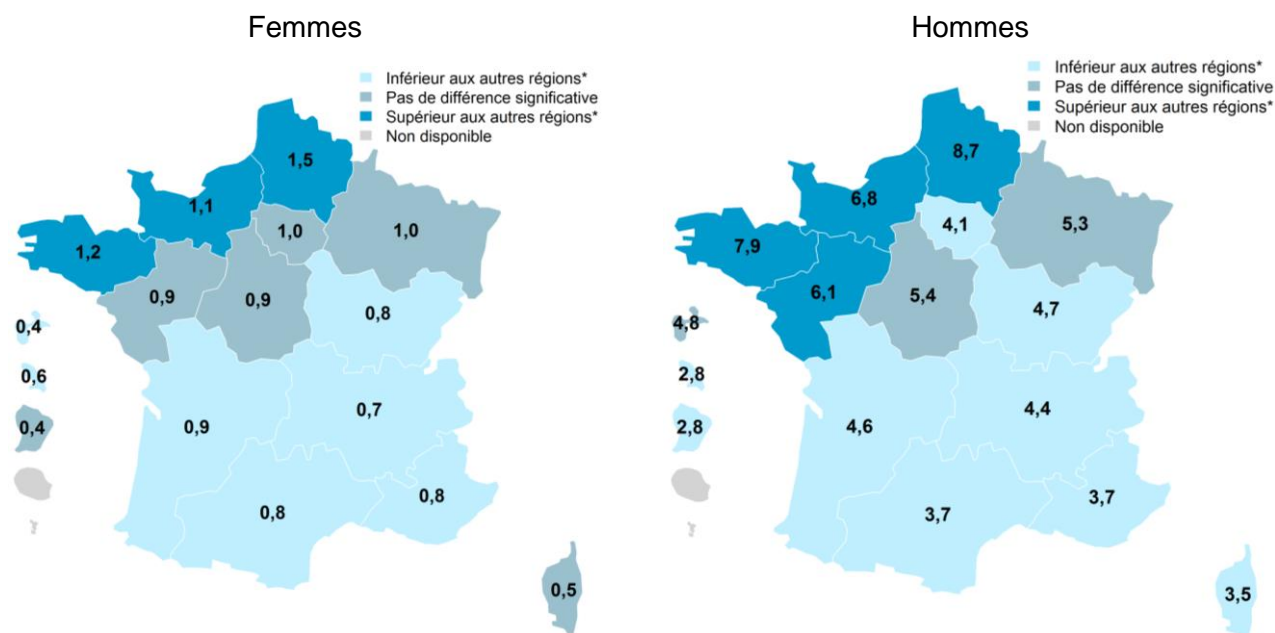
• Mortalité par cancer de l'œsophage

En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer de l'œsophage était de 2,4 [2,4-2,5] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 9,9 [9,8-10,0] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 1,0 [0,9-1,0] et 5,2 [5,1-5,3] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes (figure 28), sept régions présentaient des **taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine** : la **Guadeloupe (0,4 pour 100 000 personnes-années)**, la Martinique (0,6), Auvergne-Rhône-Alpes (0,7), Provence-Alpes-Côte d'azur (0,8), l'Occitanie (0,8), la Bourgogne-Franche-Comté (0,8) et la Nouvelle-Aquitaine (0,9). Trois régions du Nord-Ouest se distinguaient par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (1,1), la Bretagne (1,2) et les Hauts-de-France (1,5). La région Guyane (0,4 [0,1-1,4]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 28), neuf régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (2,8 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (2,8), la Corse (3,5), Provence-Alpes-Côte d'azur (3,7), l'Occitanie (3,7), l'Île-de-France (4,1), Auvergne-Rhône-Alpes (4,4), la Nouvelle-Aquitaine (4,6) et la Bourgogne-Franche-Comté (4,7). Les quatre régions du Nord-Ouest se distinguaient à nouveau par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (6,1), la Normandie (6,8), la Bretagne (7,9) et les Hauts-de-France (8,7). **La région Guadeloupe (4,8 [4,0-5,9]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Figure 28 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancer de l'œsophage selon le sexe, 2007-2014



^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Estimations régionales et départementales de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Le cancer du larynx

• Incidence du cancer du larynx

Les données d'incidence des cancers ne sont disponibles que dans les départements couverts par un registre et doivent donc être estimées dans les autres départements. Pour le cancer du larynx, aucune méthode ne permettait une estimation satisfaisante de l'incidence. En conséquence, seules les données de l'incidence observée du cancer du Larynx sont présentées pour les DROM (hors La Réunion).

Chez les hommes, les taux d'incidence étaient de 3,4 [2,6-4,3] pour 100 000 personnes-années en Martinique, de **3,8 [3,0-4,8] en Guadeloupe** et de 4,4 [2,7-7,0] en Guyane, sans différence statistiquement significative entre ces régions.

Chez les femmes, les taux étaient 0,2 pour 100 000 personnes-années de en Martinique, de **0,4 [0,2-0,9] en Guadeloupe** et de 0,6 [0,1-2,0] en Guyane (0,6) sans différence statistiquement significative entre ces régions.

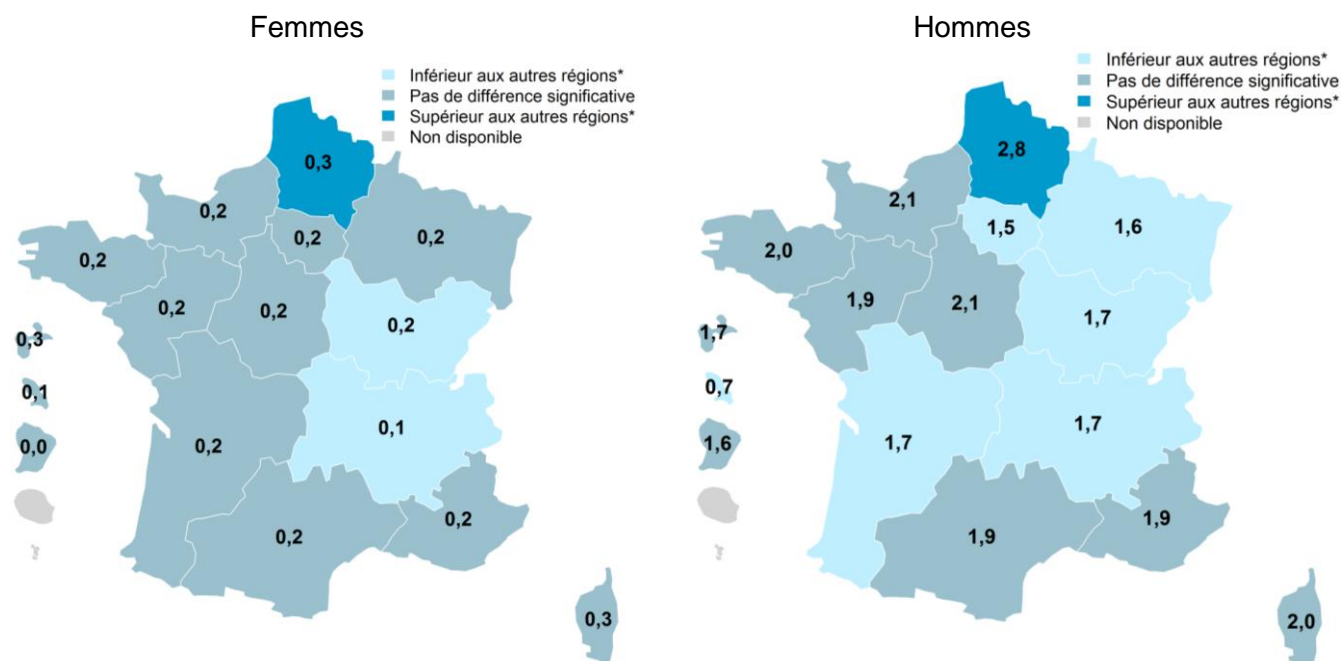
• Mortalité par cancer du larynx

En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer du larynx était de 0,4 [0,39-0,44] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 3,5 [3,4-3,5] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 0,20 [0,18-0,44] et 1,9 [1,8-1,9] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes (figure 29), les régions Auvergne-Rhône-Alpes (0,1 pour 100 000 personnes-années) et Bourgogne-Franche-Comté (0,2) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine, tandis que ce taux était significativement supérieur dans les Hauts-de-France (0,3). La région Guyane (0,0 [0,0-0,8]), la Martinique (0,1 [0,0-0,6]) et **la Guadeloupe (0,3 [0,1-0,9]) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Chez les hommes (figure 29), six régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,7 [0,4-1,3]), l'Île-de-France (1,5 [1,4-1,6]), le Grand Est (1,6 [1,4-1,7]), l'Auvergne-Rhône-Alpes (1,7 [1,6-1,8]), la Nouvelle-Aquitaine (1,7 [1,6-1,9]) et la Bourgogne-Franche-Comté (1,7 [1,5-1,9]). Seule la région Hauts-de-France (2,8 [2,6-2,9]) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. La région Guyane (1,6 [0,7-3,0]), **la Guadeloupe (1,7 [1,2-2,4]) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Figure 29 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancer du larynx selon le sexe, 2007-2014



^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Estimations régionales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

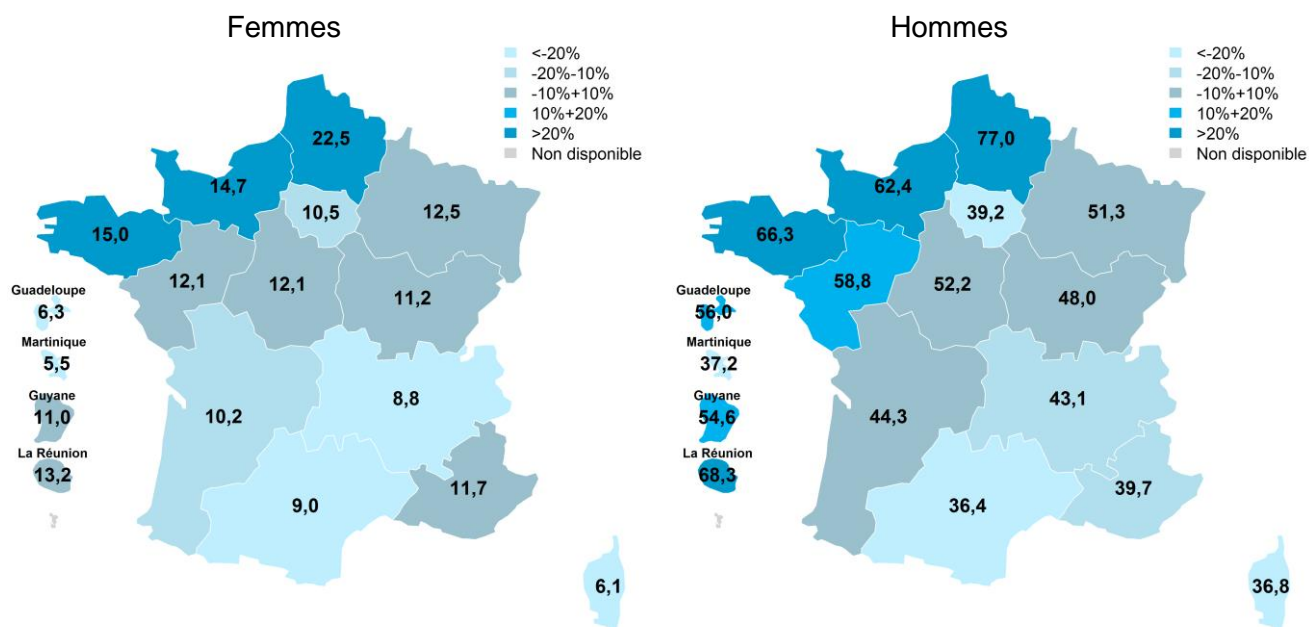
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

Les décès causés par les cancers des voies aéro-digestives supérieures, par cirrhose du foie, par psychose alcoolique et par l'alcoolisme ont été additionnés afin de calculer un taux standardisé de mortalité associé aux principales pathologies directement liées à la consommation d'alcool.

Chez les femmes (figure 30 et 31), ce taux standardisé de mortalité était de 12,0 pour 100 000 habitants en France entière. Les régions Hauts-de-France, Bretagne et Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur à celui des autres régions, tandis qu'en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en **Guadeloupe** en Corse et en Martinique ce **taux était plus de 20 % inférieur à celui la moyenne de France métropolitaine**. En **Guadeloupe**, le **taux de mortalité était de 6,3 pour 100 000 habitants, soit 47,6 % de moins que la moyenne de France métropolitaine**.

Chez les hommes (figure 30 et 31), le taux standardisé de mortalité était de 49,2 pour 100 000 habitants en France entière. Les Hauts-de-France, La Réunion, la Bretagne et la Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur à celui des autres régions, tandis qu'en Île-de-France, en Martinique, en Corse et en Occitanie ces taux étaient plus de 20 % inférieurs à celui la moyenne de France métropolitaine. **En Guadeloupe, le taux de mortalité était de 56,0 pour 100 000 habitants, soit 13,8 % de plus que la moyenne de France métropolitaine**.

Figure 30 : Taux régionaux standardisés de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015

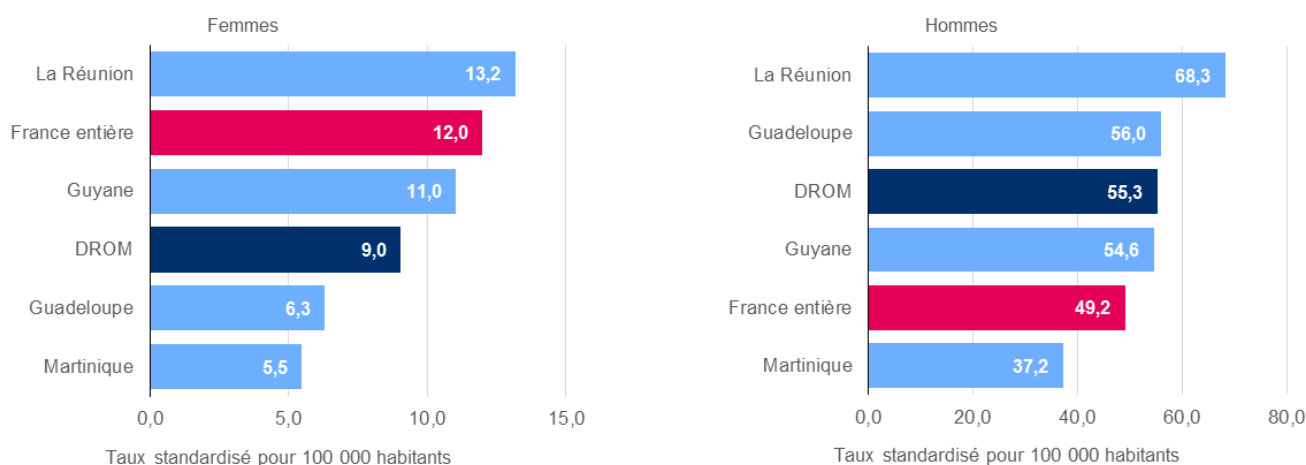


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte).
 Source : Certificats de décès (CépiDC);, exploitation Santé publique France.

Dans les départements et régions d’Outre-Mer (DROM), chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies liées directement à l’alcool varient de 5,5 pour 100 000 habitants en Martinique à 13,2 pour 100 000 habitants à La Réunion (figure 31). En Guadeloupe (6,3 pour 100 000 habitants) et en Martinique, ces taux étaient plus de 20 % inférieurs à celui de la moyenne de l’ensemble des DROM tandis qu’ en Guyane et à La Réunion, il était plus de 20 % supérieur à la moyenne des DROM.

Chez les hommes, le taux standardisés de mortalité par les principales pathologies liées directement à l’alcool varient de 37,2 pour 100 000 habitants en Martinique à 68,3 pour 100 000 habitants à La Réunion (figure 31). Ce taux était plus de 20 % inférieur à celui de la moyenne de l’ensemble des DROM en Martinique et plus de 20 % supérieur à La Réunion, tandis qu’ en Guadeloupe (56,0 pour 100 000 habitants) et en Guyane, cette variation se situaient entre – 10 % et + 10 %.

Figure 31 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l’alcool selon le sexe en 2013-2015 dans les départements et régions d’Outre-Mer



^a Taux standardisés sur l’âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).
 Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Ce bulletin de santé publique présente un état des lieux détaillé et actualisé avec les données disponibles les plus récentes, des habitudes de consommation d'alcool et d'une partie de la morbi-mortalité associée à l'alcool dans les régions françaises, jusqu'au niveau départemental lorsque cela était possible. Notamment, sont présentés pour la première fois des indicateurs de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, en majorité pour des intoxications éthyliques aiguës. Les données rassemblées, issues de systèmes de surveillance sanitaire mis en œuvre par différents partenaires (OFDT, Francim, HCL, INCa et Santé publique France), soulignent à nouveau, une grande variabilité entre femmes et hommes, entre générations et entre les régions et, au sein de celles-ci, entre les départements. Ces résultats devraient contribuer à mieux définir, mettre en œuvre et évaluer les actions locales de santé publique en matière de prévention des consommations nocives d'alcool qu'il s'agisse d'une consommation régulière excessive ou des alcoolisations ponctuelles importantes.

Cependant, ce bulletin de santé publique n'aborde pas tous les effets sanitaires des consommations nocives d'alcool : les traumatismes liés à l'alcool, les violences, et le syndrome d'alcoolisation fœtale sont autant de champs qu'il n'a pas été possible de traiter. Au niveau national, la mortalité attribuable à l'alcool en 2015 a été estimée en prenant en compte l'ensemble des causes de décès pour lesquelles une fraction des décès est imputable à l'alcool, incluant les causes externes ; cette étude ne peut méthodologiquement pas être déclinée au niveau régional.

Le prochain Baromètre de Santé publique France, prévu pour l'année 2020, concernera aussi bien les régions métropolitaines que celles d'outre-mer et permettra donc d'actualiser les indicateurs présentés dans ce BSP pour l'ensemble des régions françaises. Ce Baromètre permettra aussi pour la première fois d'évaluer dans chaque région française le respect des repères de consommation à moindre risque, comme cela a été fait et publié en mars 2019 au niveau national à partir du Baromètre de Santé publique France 2017. Enfin, l'exploitation par l'OFDT de l'enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS 2018), apportera également des éléments utiles quant à l'expérimentation et les habitudes de consommation d'alcool des adolescents.

SOURCE DES DONNÉES

Plusieurs sources de données permettent la production d'indicateurs relatifs à la consommation d'alcool et à la morbidité et la mortalité en lien direct avec l'alcool.

1) Baromètre santé et Baromètre de Santé publique France

Les Baromètres santé sont des enquêtes téléphoniques réalisées par sondage aléatoire. Mis en place dans les années 1990 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) puis portés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et aujourd'hui par Santé publique France, ils abordent les différents comportements et attitudes de santé des personnes résidant en France. Dans cet article, les résultats proviennent des enquêtes Baromètre de Santé publique France 2017 et Baromètre santé DOM 2014.

Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête menée par téléphone auprès d'un échantillon de 25 319 personnes, représentatif de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête étaient les addictions et la santé mentale. La méthode repose sur un sondage aléatoire à deux degrés. La réalisation de l'enquête, par système de Collecte Assistée par Téléphone et Informatique (Cati), a été confiée à l'Institut Ipsos. Le terrain s'est déroulé du 5 janvier au 18 juillet 2017. Le taux de participation était de 48,5 %. La passation du questionnaire a duré en moyenne 31 minutes. Les données ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur la structure par sexe croisé avec âge en tranches décennales pour chaque région, la taille d'unité urbaine, la taille du foyer et le niveau de diplôme de la population résidant en France métropolitaine (population de référence : Insee, enquête emploi 2016). Le protocole complet de cette enquête est disponible dans un document référencé dans la bibliographie de ce BSP.

Le Baromètre santé DOM 2014 a suivi la même méthodologie qu'en métropole. La collecte des données a été confiée à l'Institut Ipsos. Elle s'est déroulée du 29 avril au 27 novembre 2014. Le Baromètre santé DOM 2014 comprenait 8163 individus dont 4098 interrogés sur téléphone fixe et 4065 sur mobiles. Le taux de participation variait de 48% en Guadeloupe à 59% à La Réunion. La passation du questionnaire a duré en moyenne 33 minutes. Le protocole complet de cette enquête est disponible par ailleurs. (Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires; 2015. 16 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>)

2) Enquête ESCAPAD 2017

L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) est une enquête anonyme menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'appuyant sur un questionnaire auto-administré qui se déroule dans tous les centres actifs de la journée défense et citoyenneté (JDC) en France (y compris ceux des DOM) avec le soutien de la Direction du service national et de la jeunesse. Le questionnaire porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs. Cette enquête a lieu tous les 3 ans (depuis 2005) au mois de mars sur une période variant de 1 à 2 semaines selon les années. Les données présentées dans ce bulletin sont issues de la 9^e enquête ESCAPAD qui consistait à interroger tous les jeunes convoqués à la JDC entre le 13 et le 25 mars 2017, soit 43 892 jeunes. Le taux de participation métropolitain, c'est-à-dire le nombre total de questionnaires remplis / nombre total de présents, est de 97,4 %.

3) Organisation coordonnée de la surveillance des urgences (Oscour®)

L'analyse des passages aux urgences directement liés à l'alcool a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgence (SU) participant au réseau Oscour®. Le dispositif Oscour® fait partie du dispositif de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Il repose sur des regroupements syndromiques, définis par des groupes d'experts (cliniciens, urgentistes, épidémiologistes et spécialistes des départements d'information médicale) et constitués par des regroupements de codes diagnostics (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU.

En Guadeloupe, la couverture du réseau Oscour® est de 75 % reposant sur 3 des 4 structures d'urgences (SU) présentes sur l'archipel à savoir : le CHU de pointe-à-pitre, le CH de basse terre (CHBT) et la clinique des eaux claires. Le CH de Marie Galante est l'unique structure non couverte par le réseau Oscour®. En 2017, 92,4 % des 127 282 passages aux urgences répertoriés par la statistique annuelle des établissements de soins (SAE) étaient intégrés au réseau Oscour®.

A Saint-Martin, le réseau Oscour® repose sur le CH Louis Fleming, unique structure d'urgence de l'île, et couvrait en 2017 plus de trois-quarts (77,6 %) des 20 713 passages aux urgences déclarés à la SAE.

A Saint-Barthélemy, la couverture du réseau Oscour® est exhaustive intégrant les RPU de l'unique structure d'urgence de l'île à savoir l'hôpital Irénée Bruyn. Il n'a pas été possible de calculer la couverture du réseau par rapport aux données transmises à la SAE (pas de données disponible en 2017).

En termes de qualité des données transmises en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU est quasi-exhaustive à Saint-Barthélemy (96 %) et représente plus de 8 RPU sur 10 transmis en Guadeloupe (81,2 %). En revanche, le codage des diagnostics était appliqué pour près de deux tiers des RPU (64,5 %) à Saint-Martin (Tableau 4).

Tableau 4: Nombre de structures (SU), couverture régionale et complétude diagnostiques des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® en Guadeloupe, 2017

Département-région et Collectivités d'Outre-mer	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Guadeloupe	3/4 (75 %)	81,2 %
Saint-Martin	1/1 (100 %)	64,5 %
Saint-Barthélemy	1/1 (100 %)	95,8 %

DP: Diagnostic principal ; DA: Diagnostic associé.
 Champ : Tous passages, toutes causes, tous âges.
 Source : Oscour® (Santé publique France).

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

Pour les régions métropolitaines, les estimations régionales et départementales d'incidence des cancers (lèvres, bouche, pharynx ; œsophage) sont réalisées à partir d'une modélisation utilisant les données d'incidence observée dans les zones couvertes par un registre des cancers et les données des bases médico-administratives (données des bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) de l'Assurance maladie (tous régimes) et données d'hospitalisation du PMSI) issues du Système national des données de santé (SNDS).

Pour les départements et régions d'outre-mer, les données d'incidence proviennent des registres de cancers. Il s'agit de données observées puisque chacune de ces régions est couverte par un registre de cancers.

5) Certificats de décès

Les estimations des taux de mortalité sont réalisés à partir de la cause initiale (i.e. maladie qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès) et des causes associées mentionnées dans la partie médicale des certificats de décès, domiciliés au moment du décès en France entière (hors Mayotte) du Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc, Inserm).

DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

1) Baromètre de Santé publique France

Les analyses effectuées reposent sur les réponses obtenues aux questions suivantes, incluant les trois premières questions de l'Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) :

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu du vin, de la bière, des alcools forts, d'autres alcools comme du cidre, champagne, porto... ? » Tous les jours / 4 à 6 fois par semaine / 2 ou 3 fois par semaine / 1 fois par semaine / 2 ou 3 fois par mois / 1 fois par mois ou moins souvent / Jamais.
- « Les jours où vous buvez, combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ? »
- « À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres de boissons alcoolisées ou plus en une même occasion ? Jamais / Moins d'une fois par mois / Une fois par mois / Une fois par semaine / Tous les jours ou presque.

À partir de ces questions, les indicateurs suivants ont été utilisés :

- alcoolisation ponctuelle importante (API) : épisode de consommation d'au moins six verres en une occasion (indicateur présent depuis 2005) : Au moins une fois par an / Au moins une fois par mois / Au moins une fois par semaine. Ces regroupements, non exclusifs, correspondent aux modalités de réponse proposées dans le questionnaire ;
- sur la base du nombre de jours de consommation d'alcool par an, une fréquence maximale déclarée pour la consommation des différents types d'alcool au cours des 12 derniers mois a été calculée en appliquant le recodage suivant : Tous les jours (365) / 4 à 6 fois par semaine (260, soit 52 fois 5 jours par semaine) / 2 ou 3 fois par semaine (130, soit 52 fois 2,5 jours par semaine) / 1 fois par semaine (52) / 2 ou 3 fois par mois (30, soit 12 fois 2,5 jours par mois) / 1 fois par mois ou moins souvent (12) / Jamais (0) ;
- nombre de verres de boissons alcoolisées par an = nombre de jours de consommation d'alcool par an multiplié par le nombre moyen de verres bus en une occasion.

Les « autres types d'alcool » désignent tous types d'alcools consommés qui ne correspondent pas à du vin, à de la bière ou à des alcools forts, en citant comme exemple le cidre, le champagne ou le porto.

2) Enquête ESCAPAD 2017

Est défini comme expérimentation d'alcool le fait d'avoir déjà consommé au moins une fois de l'alcool au cours de sa vie.

Est défini comme usage régulier d'alcool le fait d'avoir consommé au moins 10 fois de l'alcool au cours des 30 derniers jours.

Est défini comme alcoolisation ponctuelle importante (API) le fait d'avoir consommé au moins 5 verres en une seule occasion.

Est défini comme API répétée le fait de rapporter au moins 3 API au cours des 30 derniers jours.

3) Réseau Oscour®

Le regroupement syndromique « passages aux urgences en lien direct avec l'alcool », correspond aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 5.

Tableau 5 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Passages en lien direct avec l'alcool », 2017

Catégorie	Codes CIM-10	Libellés des diagnostics
Regroupement syndromique « Passages en lien direct avec l'alcool »	F10.0, Y90.7, Y90.8, Y91.2, Y91.3	Intoxication éthylique aiguë
	F10.2, F10.3, F10.4, Z50.2, Z71.4, Z72.1	Syndrome de sevrage ou de dépendance, sevrage d'alcool
	F10.1, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9	Autres troubles mentaux liés à l'alcool ou sans précision
	X45 et ses dérivés, T51.0, Y15 et ses dérivés, Y90, Y90.0, Y90.1, Y90.2, Y90.3, Y90.4, Y90.5, Y90.6, Y91, Y91.0, Y91.1, Y91.9, R78.0	Autres intoxications par alcool ou sans précision
	E24.4, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 et ses dérivés, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0	Effets à long-terme de la consommation d'alcool ou pour alcoolisation materno-foetale
	X65 et ses dérivés	Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool

Sources : CIM-10 (classification internationale des maladies, 10^{ème} révision) ; Oscour® (Santé publique France).

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

Le principe de prédiction de l'incidence d'une localisation cancéreuse dans un département consiste à appliquer, par âge, le rapport moyen entre le nombre de nouvelles admissions en ALD (ou d'hospitalisations incidentes (PMSI)) pour cette localisation cancéreuse et l'incidence mesurée dans la zone registre (i.e. départements couverts par un registre de cancers), aux données ALD (ou PMSI) du département. Par exemple, si, dans la zone registre, on observe, pour un âge donné, 100 cas de cancers incidents et 200 patients nouvellement admis au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD, alors le nombre de cancers incidents pour cet âge dans ce département sera estimé à partir du nombre de nouvelles admissions en ALD pour ce cancer divisé par deux.

Les codes CIM10 utilisés pour identifier les ALD et les données PMSI sont :

- cancer des lèvres bouche pharynx : C00 à C14
- cancer de l'œsophage : C15

5) Certificats de décès

Le dénombrement des décès par cancer des lèvres, de la bouche ou du pharynx a été fait à partir des certificats de décès mentionnant cette localisation cancéreuse en cause initiale (codes CIM10 : C00 à C14).

Le dénombrement des décès par cancer de l'œsophage a été fait à partir des certificats de décès mentionnant cette localisation cancéreuse en cause initiale (codes CIM10 : C15).

Le dénombrement des décès par cancer du larynx a été fait à partir des certificats de décès mentionnant cette localisation cancéreuse en cause initiale (codes CIM10 : C32).

Le dénombrement des décès liés aux principales pathologies associées à la consommation d'alcool a été fait à partir des certificats de décès mentionnant :

- Un cancer des voies aéro-digestives supérieures en cause initiale (codes CIM10 : C00 à C14 ; C15 ; C32)
- Une cirrhose du foie en cause initiale (codes CIM10 : K70 et K74.6)
- Une psychose alcoolique ou un alcoolisme en cause initiale (codes CIM10 : F10)

EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

Tableau 6 : Effectifs régionaux des enquêtes

	Baromètre 2017	ESCAPAD 2017
Ile-de-France	4 404	6 662
Grand-Est	2 159	3 046
Hauts-de-France	2 152	4 028
Normandie	1 363	2 268
Centre-Val de Loire	988	1 867
Bourgogne-Franche-Comté	1 133	1 844
Bretagne	1 428	2 241
Pays de la Loire	1 597	2 410
Nouvelle Aquitaine	2 484	3 330
Auvergne-Rhône-Alpes	3 329	4 739
Occitanie	2 371	3 264
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 911	3 083
Corse	108	333
France métropolitaine	25 319	39 115

	Baromètre 2014	ESCAPAD 2017
Guadeloupe	1 952	435
Martinique	1 945	351
Guyane	1 904	430
La Réunion	2 010	382
Métropole	15 186	39 115

BIBLIOGRAPHIE

- Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>].
- Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):180-7. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html]
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):97-108. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html]
- Ducimetiere P, Arwidson P. Focus. Évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):178-9. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_1.html]
- L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V, Regnault N. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France : 2018. 16 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>].
- Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html]
- Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):109-15. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_3.html]
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017>].

- Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 149 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-Franceorganise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca>]
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017.-methode>]
- Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):89-97. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html]
- Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête Escapad 2017.OFDT, 2018 [<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>]
- Velten M, Marrer E, Debreuve-Theresette A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Grand Est. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 173 p.

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL GUADELOUPE, SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHÉLEMY

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Raphael Andler, Frank G.F. Assogba, Oriane Broustal, Jessica Gane, Thibaut Goetsch, Dominique Jeannel, Romain Guignard, Nadège Marguerite, Viet Nguyen-Thanh, Jean-Baptiste Richard, Elodie Terrien, Michel Vernay, Nicolas Vincent

Avec la contribution de :

Olivier Catelinois, Edouard Chatignoux, Florence de Maria, Anne Fouillet, Guillemette Quatremere, Jalpa Shah.

Sous la coordination de

Dominique Jeannel, Viet Nguyen-Thanh, Jean-Baptiste Richard, Michel Vernay

REMERCIEMENTS

Le comité de rédaction remercie :

- le réseau Francim des registres des cancers, les Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut national du Cancer (INCa) et l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) pour l'autorisation de présenter dans ce BSP Alcool des indicateurs provenant de rapports et articles publiés.
- les services d'urgences de la région participant à Oscour® et Est-Rescue.