

SOMMAIRE

Édito p.1 **Points clés** p.2 **Les actions Santé publique France en prévention et promotion de la santé en matière d'alcool** p.3 **Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque** p.3 **Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France** p.5 **Consommation d'alcool dans la région Bretagne** p.12 **Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Bretagne** p.16 **Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Bretagne** p.20 **La politique de prévention et de lutte contre les consommations d'alcool à risque dans la région Bretagne** p.29 **Conclusion et perspectives** p.32 **Sources des données** p.32 **Définition des variables** p.34 **Effectifs régionaux des enquêtes** p.36 **Bibliographie** p.36

ÉDITO

« Comme bien d'autres substances psychoactives, la consommation d'alcool expose à un risque de dépendance, à des conséquences graves en lien avec sa très forte toxicité, tant neurologique que générale, et à de nombreux dommages sociaux, par les troubles du comportement qu'elle induit. Rappelons que la France est un des pays les plus consommateurs dans le monde, et que l'alcool constitue, avec le tabac et la nutrition, un déterminant majeur de santé.

Dans ce contexte, la publication des données régionales relatives aux consommations d'alcool nous permet d'avoir une meilleure connaissance des pratiques des bretons, de les comparer avec celles des autres régions françaises et de voir les évolutions survenues ces dernières années.

Si la prévalence de la consommation annuelle d'alcool est stable en Bretagne, comme en France, depuis 2000, celle-ci reste à un niveau encore très élevé et impacte lourdement sur la santé de la population.

Au vu des données du BSP, certains constats sont partagés avec les autres régions : la consommation d'alcool reste une pratique très fortement présente à tous les âges de la vie ; les consommations sont beaucoup plus marquées chez les hommes, et les modes de consommations sont différents selon les tranches d'âges. En revanche, la Bretagne se distingue des autres régions métropolitaines par des niveaux de consommations plus élevés : les consommations hebdomadaires et les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont plus marquées en Bretagne qu'ailleurs.

Les consommations sont inscrites dans un contexte sociétal et culturel particulier, comme en témoigne le niveau d'expérimentation des jeunes bretons, l'un des plus haut de ceux observés en France : 93,7 % des bretons ont déjà expérimenté l'alcool à 17 ans. Ce chiffre pose la question de l'omniprésence de l'alcool dans notre société et du regard encore très bienveillant dont il fait l'objet. Ces éléments doivent nous conduire à mieux informer les parents pour leur permettre de jouer leur rôle éducatif et de modèle dans ce domaine (les études réalisées auprès des jeunes montrent que les premières consommations se font dans le contexte familial, étude ARAMIS-OFDT décembre 2017), et à agir : auprès des commerces qui respectent insuffisamment l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs et sur les campagnes publicitaires et les stratégies marketing dont ils sont la cible.

Les données du BSP nous montrent que les adultes bretons sont également très concernés : ils sont encore très nombreux à consommer bien au-delà des repères de consommation à moindre risque.

Mais bien que les chiffres de prévalence soient globalement plus élevés dans notre région, il est tout de même à noter que la prévalence des API mensuelles, après avoir augmenté entre 2005 et 2014, a diminué en 2017 ; cette tendance baissière reste à consolider et il convient donc de poursuivre et d'intensifier les actions de politique de santé engagées.

Les données sur le nombre de passages aux urgences en lien avec une intoxication éthylique aiguë, et celles relatives aux principaux cancers directement liés à l'alcool témoignent également de cette situation de surconsommation d'alcool dans notre région.

La connaissance sur les conséquences négatives de l'alcool sur la santé et sur les niveaux de consommation à moindre risque, est encore très insuffisante.

.../...

Il serait intéressant de compléter ces données, avec des informations prenant en compte l'ensemble des pathologies en lien avec la consommation d'alcool ; outre son intérêt en termes d'adaptation de l'offre et de l'organisation des soins, ces informations auraient le mérite d'informer sur l'impact de la consommation d'alcool de façon plus exacte et de permettre à chacun de faire des choix éclairés pour sa santé. Ainsi, pour exemple, la plupart des femmes n'identifie pas la consommation d'alcool parmi les facteurs de risque de développer un cancer du sein.

Un éclairage sur l'importance des dommages sociaux seraient également à envisager.

Le Plan National de Mobilisation contre les addictions présenté en 2018, et, en région Bretagne, le thème du Projet Régional de Santé (PRS) relatif aux addictions et la feuille de route régionale élaborée en 2019, témoignent de l'engagement des pouvoirs publics dans ce domaine. Sur le terrain, les professionnels et bénévoles tant de la prévention que du soin sont également fortement engagés au quotidien. La création, cette année, du fond national de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives est une opportunité en ce sens. Pour aller plus loin, le changement de regard et la mobilisation de tous, citoyens ou acteurs de la vie publique est nécessaire. »

Dr Catherine Mouden,
Psychiatre Addictologue
Chef de service de l'Intersecteur d'Addictologie du CHRU de Brest

Stéphane Mulliez
Directeur général de l'ARS Bretagne

POINTS CLÉS

- **Fréquence de consommation**
 - Aucune évolution de la prévalence des consommations d'alcool (annuelle, mensuelle ou quotidienne) n'a été observée ces dernières années.
 - En 2017, **10,7 %** de la population âgée de **18 à 75 ans** consomment de l'alcool **quotidiennement**, comparable à la moyenne nationale (10,0 %). La consommation quotidienne est plus fréquente chez les **hommes** (18,3 %). La fréquence de consommation quotidienne augmente avec l'âge allant de 5,1 % chez les 18-30 ans à 21,4 % chez les 61-75 ans.
 - **43,5 % des 18-30 ans** consomment de l'alcool de manière **hebdomadaire**, ce qui est significativement supérieur à la moyenne nationale (32,5 %).
 - **93,7 % des jeunes de 17 ans** ont expérimenté l'alcool **au moins une fois dans leur vie** (contre 85,7 % au niveau national).
- **Alcoolisations ponctuelles importantes (API, au moins 6 verres d'alcool en une occasion)**
 - Chez les **18-75 ans**, la Bretagne **est la seule région ayant une prévalence des API mensuelles (20,5 %) significativement supérieure à la moyenne des autres régions (moyenne métropolitaine de 16,2 %)**. Près d'un tiers (32,4 %) des hommes ont au moins une API tous les mois.
 - Chez les **18-30 ans**, la prévalence des **API hebdomadaire n'est pas différente : 9,8 % en Bretagne** contre 9,0% au niveau national.
 - **Plus d'un jeune de 17 ans sur 5 (21,8 %)** ont eu **au moins 3 API en un mois** (supérieur au niveau national de 16,4 %).
- **Mode de consommation**
 - **Quel que soit le type d'alcool**, les 18-75 ans ont une consommation hebdomadaire d'alcool **significativement supérieure à la moyenne des autres régions** (moyenne métropolitaine de bière (23,2 %), vin (35,8 %), alcool fort (11,6 %), autres (8,6 %)).
 - Le nombre moyen de verres consommés chaque semaine chez les 31-45 ans est plus élevé (8,7 verres) que dans les autres classes d'âge (de 6,1 verres chez les 18-30 ans à 5,6 verres chez les 61-75 ans).
- **Observations sanitaires**
 - Aux urgences hospitalières, plus de 15 000 passages en lien direct avec l'alcool sont recensés en 2017 (soit 42 passages par jour en moyenne). Plus de la moitié de ces passages se concentrent sur les 3 derniers jours de la semaine. Deux tiers des passages interviennent entre 16h et 4h du matin. Les taux de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool sont plus élevés chez les 31-45 ans et les 46-60 ans.
 - Les **taux régionaux d'incidence et de mortalité** des cancers des voies aérodigestives (lèvres, bouche, pharynx), chez les hommes et de l'œsophage, chez les hommes comme chez les femmes, sont significativement **plus élevés que la moyenne métropolitaine**.
 - Les **taux régionaux de mortalité** pour les **principales pathologies en lien avec l'alcool** sont **supérieurs** à la moyenne métropolitaine pour chaque sexe (2ème région aux taux les plus importants).

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 VERRES 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

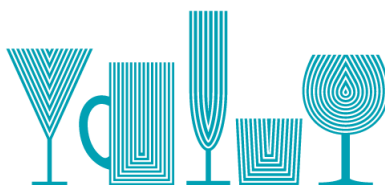


© 0 800 800 830
ALCOOL.INFO-SERVICE.FR



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

Parlez-en à
votre médecin



© 0 800 800 830
ALCOOL.INFO-SERVICE.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.INFO-SERVICE.FR



COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

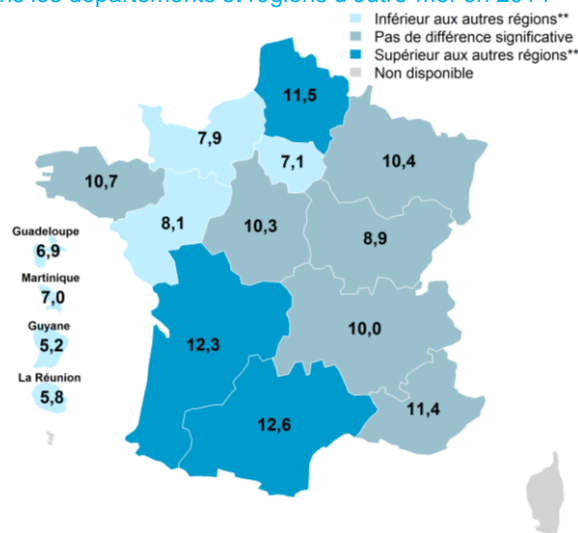
Consommation d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans

• 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 %. 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. La prévalence en région **Bretagne (10,7 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines. (Figure 1, Tableau 1)

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, Tableau 1)

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



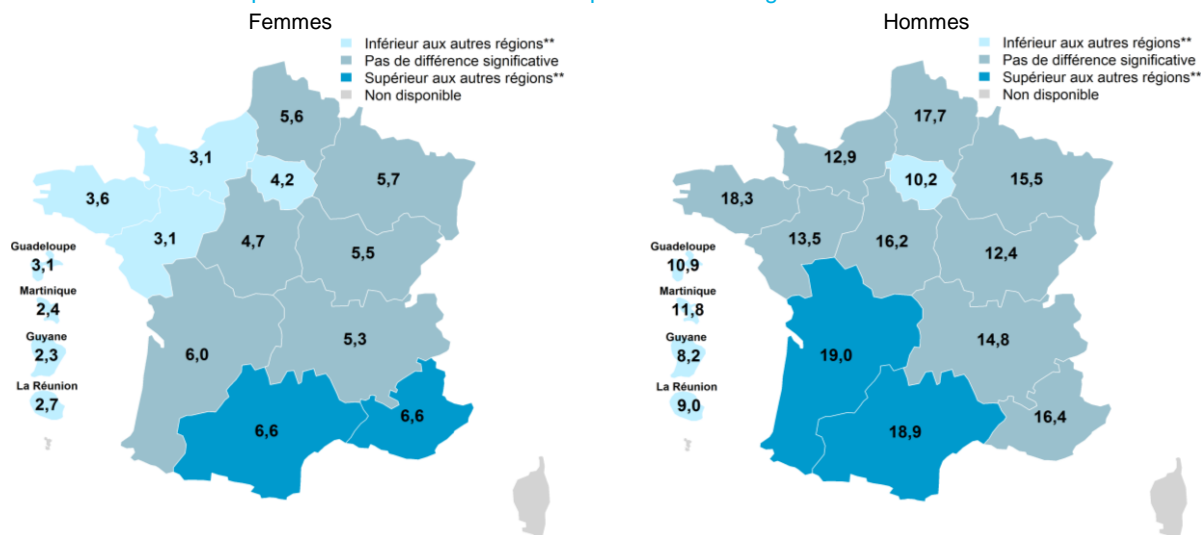
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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).

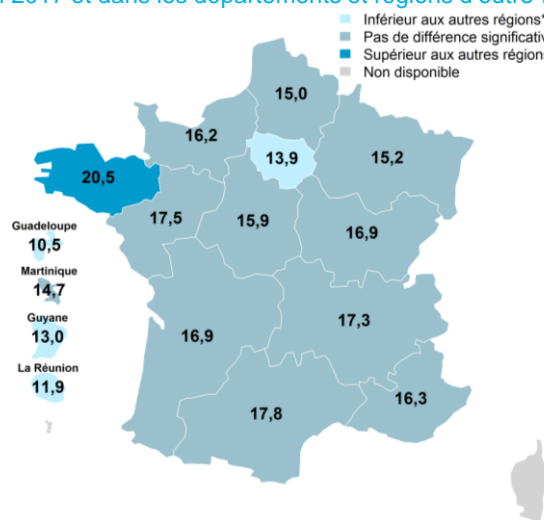
La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région. En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à 6,6 % (Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes. En région **Bretagne**, ces prévalences étaient de **3,6 % chez les femmes et de 18,3 % 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. (Figure 2)

• Alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles

La prévalence des API (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 %. 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 %)**. Les prévalences en Guadeloupe (10,5 %), à La Réunion (11,9 %) et en Guyane (13,0 %) étaient significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine. (Figure 3, Tableau 1)

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région. 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. En région **Bretagne**, ces prévalences étaient de **9,2 % chez les femmes et de 32,4 % 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. (Figure 4)

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



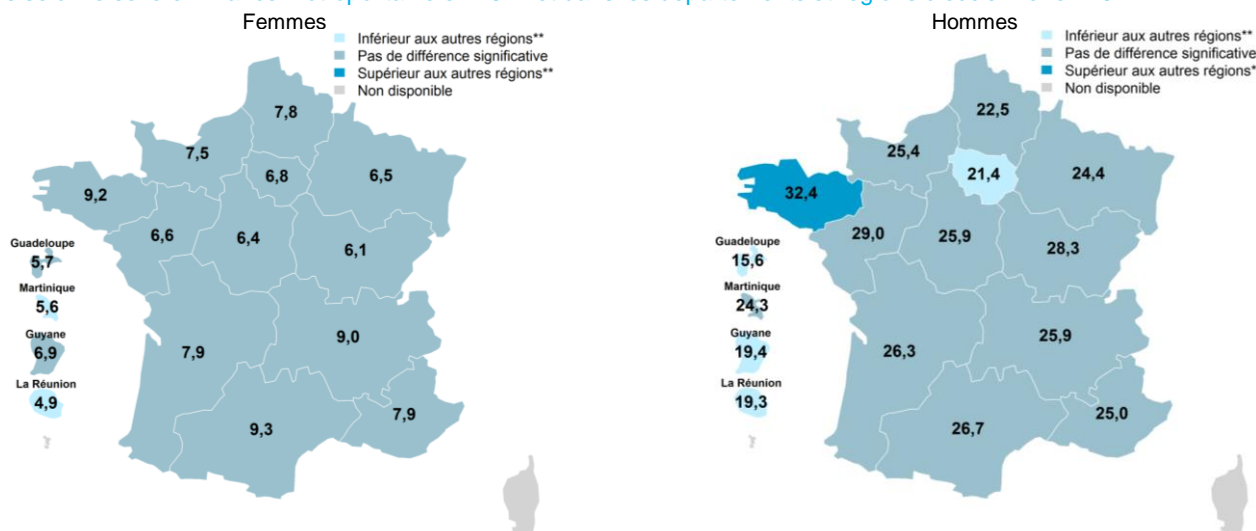
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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 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 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 (API) 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 % | API mensuelles (prévalence brute) | IC 95 % | API 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] |
| Île-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. IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; API : Alcoolisations ponctuelles importantes.

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).

• Types de consommation hebdomadaire

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. 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 %). (Figure 5)

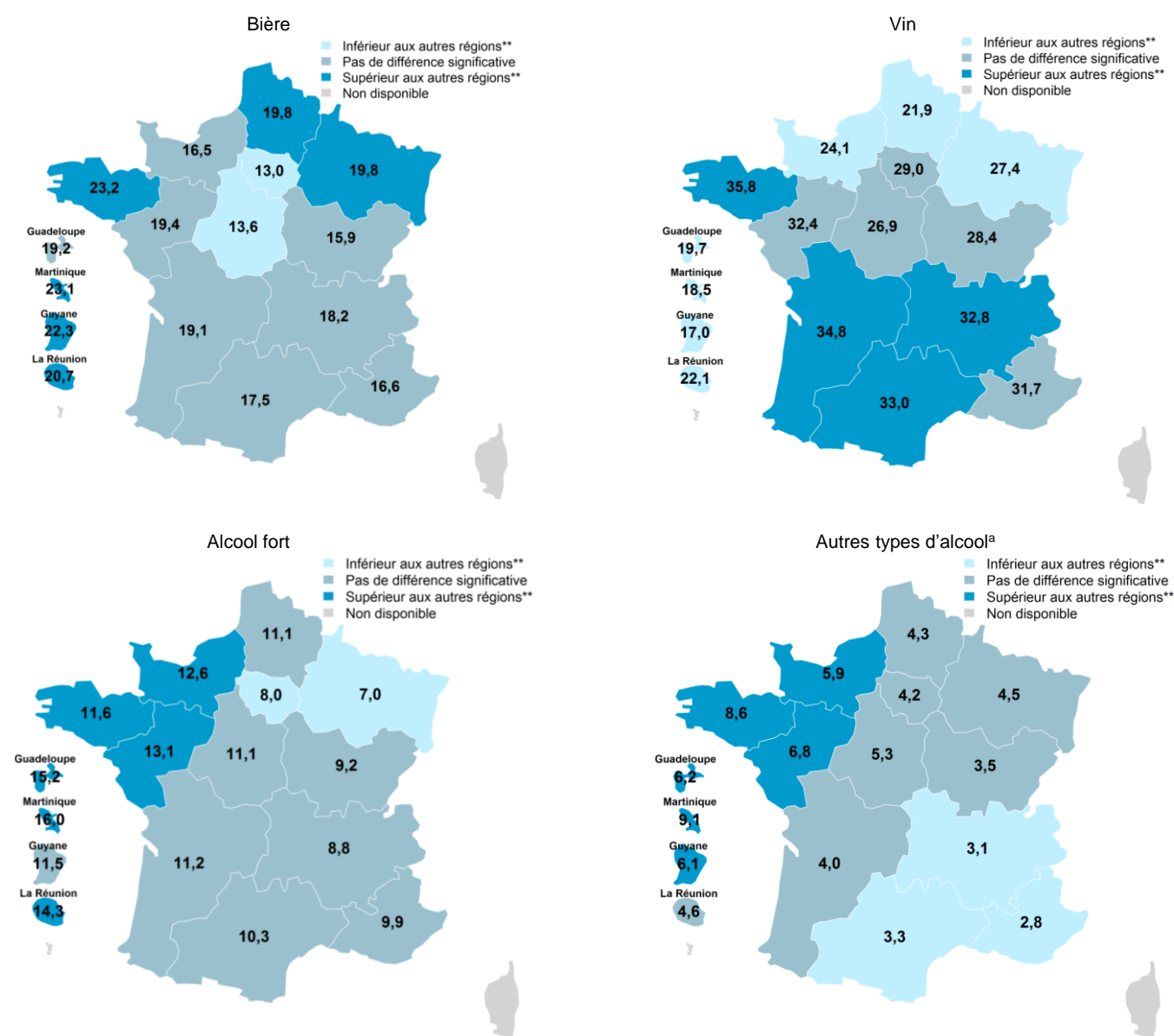
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine (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 %). (Figure 5)

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 métropolitaine, et significativement plus faible en Grand Est (7,0 %) et en Île-de-France (8,0 %). (Figure 5)

Pour les autres types d'alcool, la prévalence de la consommation hebdomadaire 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 %). (Figure 5)

Selon le Baromètre santé DOM 2014, la prévalence de la consommation hebdomadaire de bière à La Réunion (20,7 %), en Guyane (22,3 %) et en Martinique (23,1 %) était significativement plus élevée que la moyenne de la France métropolitaine. 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)

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 %.

^a Exemples : cidre, champagne, porto...

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).

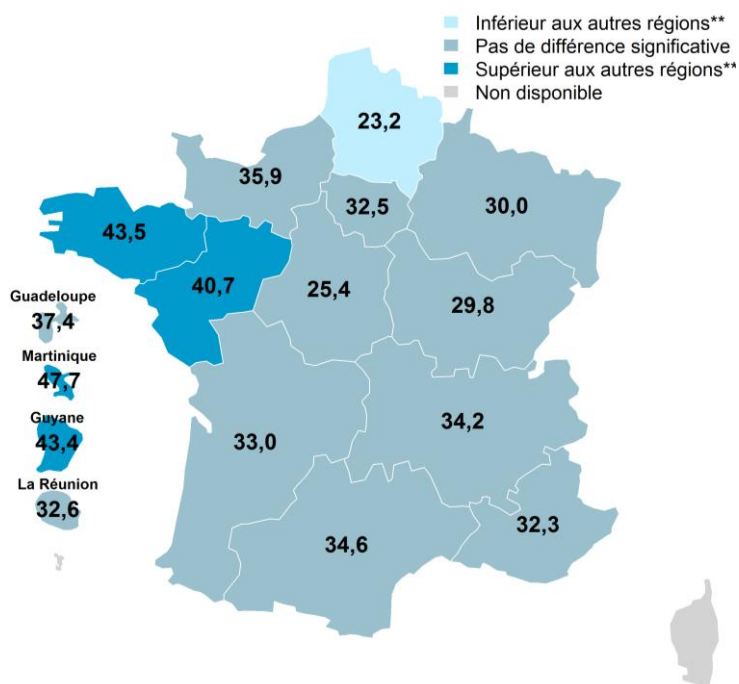
Consommation d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans

• Consommation hebdomadaire

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la prévalence standardisée de 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. 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. (Figure 6)

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)

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 %.

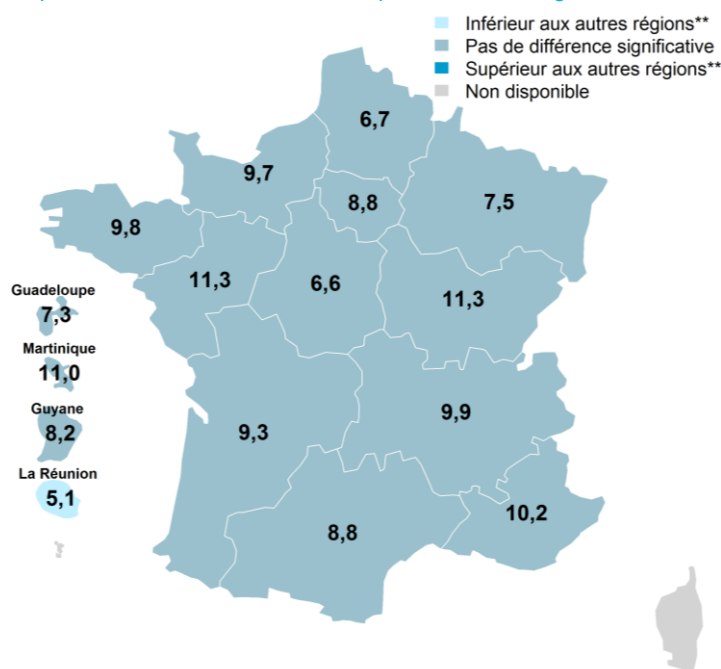
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

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

• API hebdomadaires

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, mais aucune d'entre elles ne différait de la moyenne des autres régions métropolitaine. Elle était de **9,8 % en région Bretagne**. Pour les DROM, seule La Réunion (5,1 %) se distinguait par une prévalence significativement plus faible que la moyenne de la France métropolitaine. (Figure 7)

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 comparée à celle de l'ensemble des autres régions. 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).

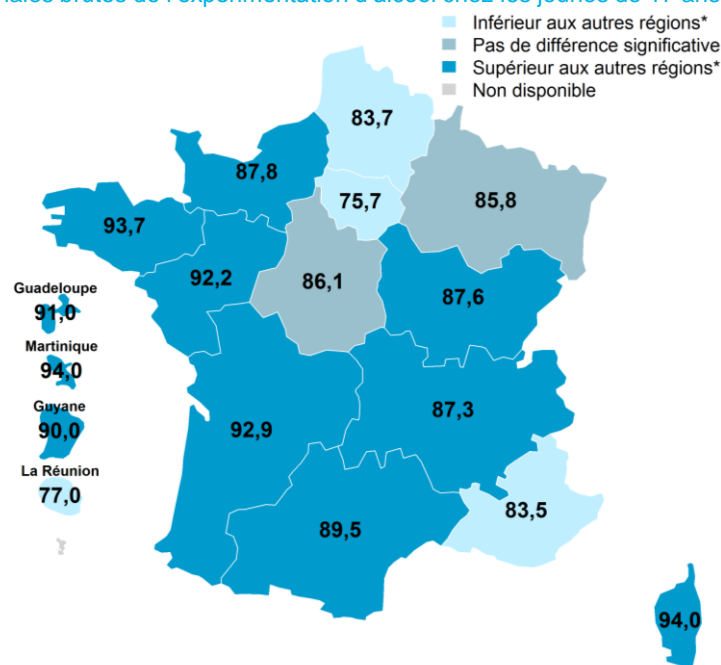
Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans

• Expérimentation

En 2017, selon l'enquête Escapad, réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 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, 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. (Figure 8)

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)

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

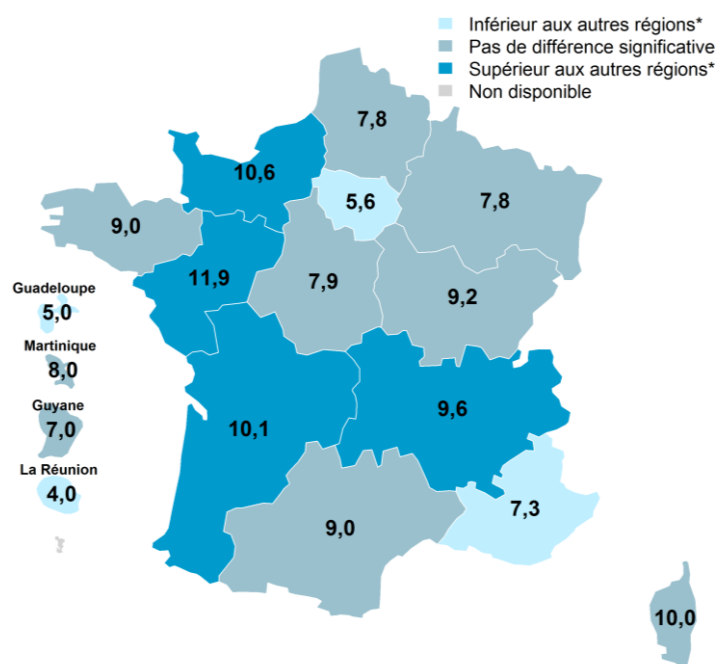


* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne de France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

• Usage régulier d'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois)

D'après la même enquête, la prévalence de l'usage régulier d'alcool chez les jeunes de 17 ans variait de 5,6 % à 11,9 % selon les régions de France métropolitaine, 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 de France métropolitaine, 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. La prévalence en région **Bretagne (9,0 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.** (Figure 9)

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 différaient pas de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 9)

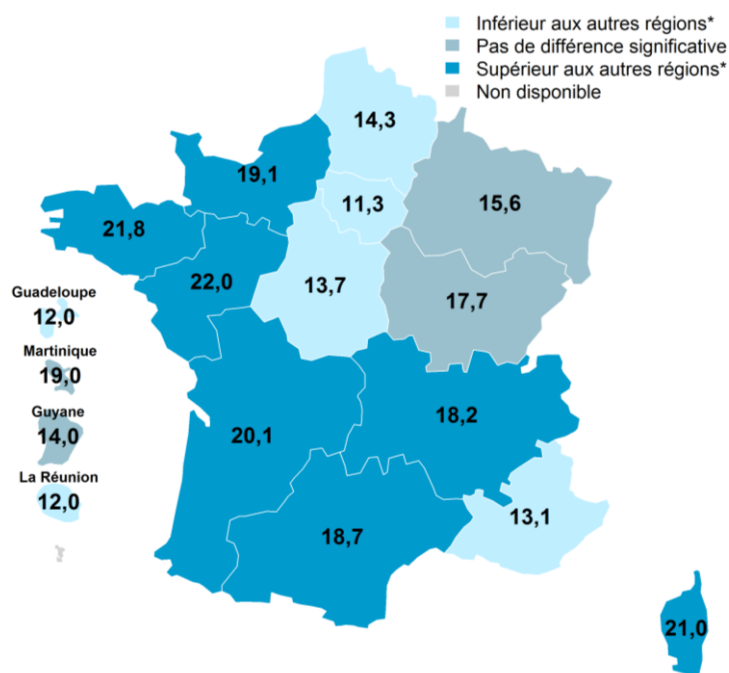
Figure 9 : Prévalences régionales brutes de l'usage régulier d'alcool (≥ 10 usages par mois) chez les jeunes de 17 ans en 2017

* 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).

• API répétées (au moins 3 dans le mois)

Selon la même enquête, la prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes répétées chez les jeunes de 17 ans variait de 11,3 % à 22,0 % selon les régions de France métropolitaine, 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. (Figure 10)

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)

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).

CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA RÉGION BRETAGNE

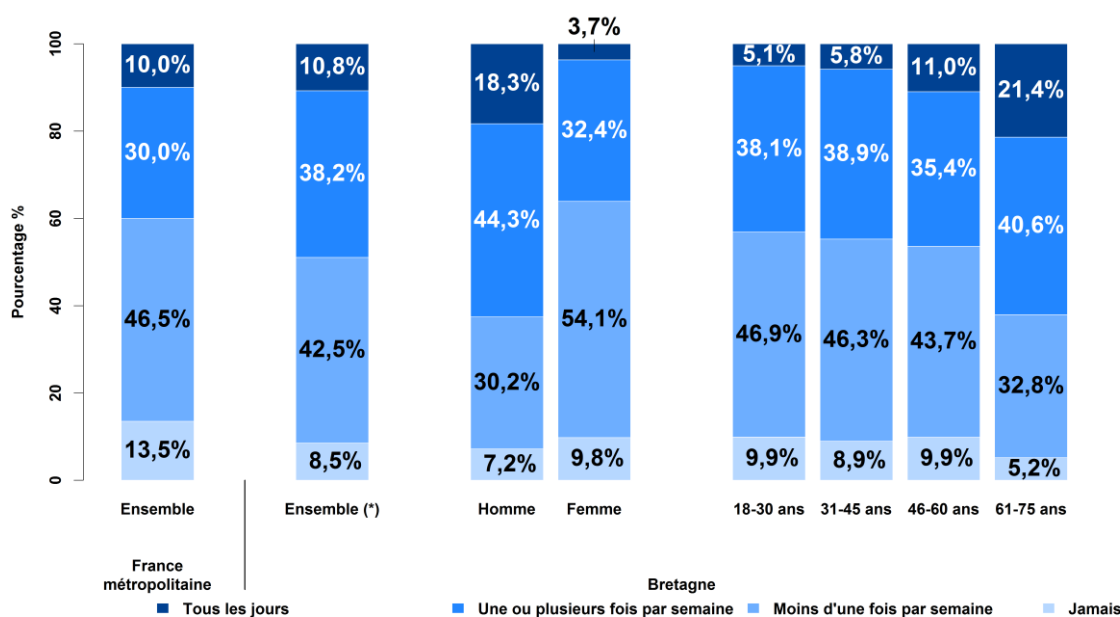
Les fréquences de consommation issues du Baromètre de Santé publique France 2017 présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2017, en Bretagne, 49,0 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 10,8 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. Ces proportions étaient significativement différentes de celles observées en France métropolitaine qui étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 %. (Figure 11)

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Bretagne. Ainsi, 18,3 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 3,7 % des femmes. La part des consommateurs quotidiens augmentait avec l'âge : 5,1 % chez les 18-30 ans, 5,8 % chez les 31-45 ans, 11,0 % chez les 46-60 ans et 21,4 % chez les 61-75 ans. (Figure 11)

Figure 11 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et Bretagne, et selon le sexe et l'âge pour la région Bretagne, 2017



(*) différence significative (comparaison avec les autres régions).

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

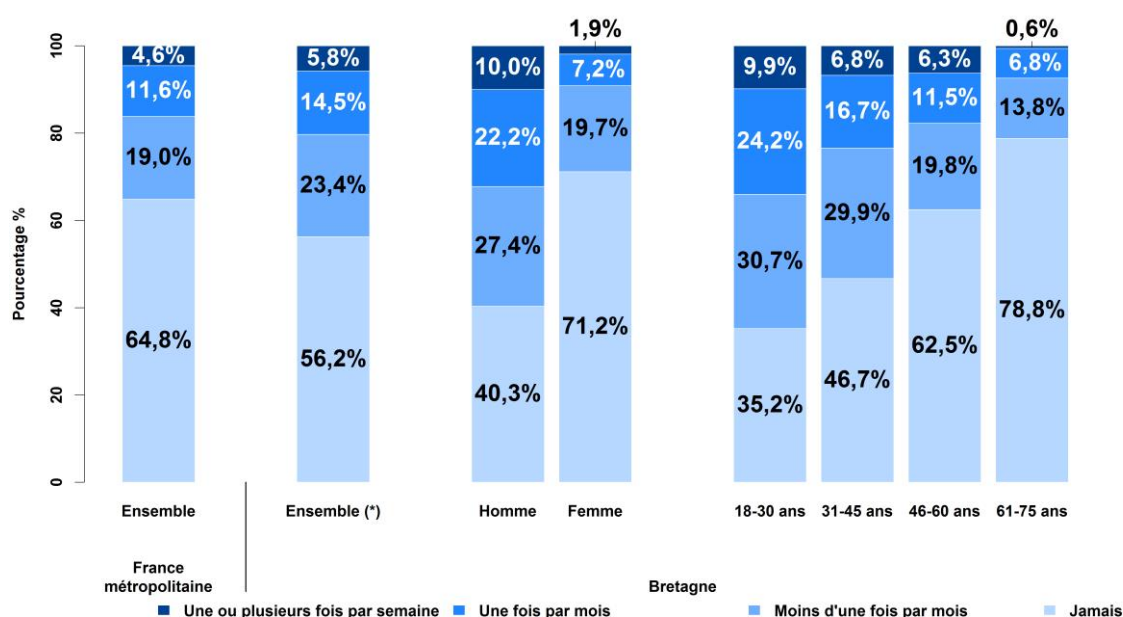
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017, en Bretagne, 43,7 % 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 20,3 % au moins une fois par mois et 5,8 % au moins une fois par semaine. Ces proportions étaient significativement différentes de celles observées en France métropolitaine qui étaient respectivement de 35,2 %, 16,2 % et 4,6 %. (Figure 12)

En Bretagne, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (59,7 % dont 32,2 % au moins une fois par mois et 10,0 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (28,9 % dont 9,2 % au moins une fois par mois et 1,9 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (64,8 % dont 34,0 % au moins une fois par mois et 9,9 % au moins une fois par semaine); elle diminuait ensuite avec l'âge. (Figure 12)

Figure 12 : Fréquence des Alcoolisations ponctuelles importantes (API) au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et Bretagne, et selon le sexe et l'âge pour la région Bretagne, 2017



* différence significative (comparaison avec les autres régions).

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Facteurs associés

En 2017, en Bretagne, le niveau de revenu n'était pas associé à la consommation quotidienne d'alcool, contrairement au sexe, à l'âge et au niveau de diplôme pour lesquels il y avait une association significative ($p < 0,001$) 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 Bretagne, 2017

| Variables explicatives | % | OR | IC à 95% |
|---|------|--------|-----------|
| Sexe | *** | | |
| Homme (n=676) | 18,3 | 5,6*** | [3,7-8,3] |
| Femme (réf.) (n=752) | 3,7 | 1,0 | |
| Age en 4 classes (18-75 ans) | *** | | |
| 18-30 ans (n=203) | 5,1 | 0,1*** | [0,0-0,2] |
| 31-45 ans (n=369) | 5,8 | 0,1*** | [0,1-0,3] |
| 46-60 ans (n=455) | 11,0 | 0,4*** | [0,3-0,6] |
| 61-75 ans (réf.) (n=401) | 21,4 | 1,0 | |
| Terciles de revenus (pondéré) | | | |
| 1er tercile (faible) (n=371) | 12,9 | 1,6 | [1,0-2,6] |
| 2e tercile (n=572) | 8,4 | 0,9 | [0,6-1,4] |
| 3e tercile (élevé) (réf.) (n=442) | 11,4 | 1,0 | |
| Refus/Nsp (n=43) | 14,7 | 3,1* | [1,3-7,6] |
| Diplôme en 3 modalités | *** | | |
| Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=549) | 15,5 | 1,2 | [0,8-1,8] |
| Bac (n=330) | 6,8 | 0,9 | [0,5-1,6] |
| Supérieur au Bac (réf.) (n=548) | 7,0 | 1,0 | |

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

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

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Les niveaux de revenu et de diplôme n'étaient pas associés aux API mensuelles en 2017, en Bretagne, contrairement au sexe et à l'âge pour lesquels une association significative ($p < 0,001$) indépendamment des autres variables était retrouvée. Un gradient était observé pour la variable âge : les odds ratios (OR) associés aux API mensuelles augmentaient lorsque l'âge diminuait. (Tableau 3)

Tableau 3 : Facteurs associés aux Alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Bretagne, 2017.

| Variables explicatives | % | OR | IC à 95% |
|---|------|--------|------------|
| Sexe | *** | | |
| Homme (n=674) | 32,2 | 5,9*** | [4,2-8,3] |
| Femme (réf.) (n=751) | 9,2 | 1,0 | |
| Age en 4 classes (18-75 ans) | *** | | |
| 18-30 ans (n=203) | 34,0 | 8,4*** | [4,9-14,3] |
| 31-45 ans (n=368) | 23,4 | 4,3*** | [2,7-7,1] |
| 46-60 ans (n=453) | 17,8 | 2,7*** | [1,7-4,3] |
| 61-75 ans (réf.) (n=401) | 7,4 | 1,0 | |
| Terciles de revenus (pondéré) | | | |
| 1er tercile (faible) (n=369) | 23,9 | 1,2 | [0,8-1,8] |
| 2e tercile (n=571) | 21,2 | 1,1 | [0,8-1,6] |
| 3e tercile (élevé) (réf.) (n=442) | 15,3 | 1,0 | |
| Refus/Nsp (n=43) | 13,5 | 0,3 | [0,1-1,1] |
| Diplôme en 3 modalités | | | |
| Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=546) | 19,7 | 1,6* | [1,1-2,4] |
| Bac (n=330) | 24,2 | 1,3 | [0,9-2,0] |
| Supérieur au Bac (réf.) (n=548) | 18,2 | 1,0 | |

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

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

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

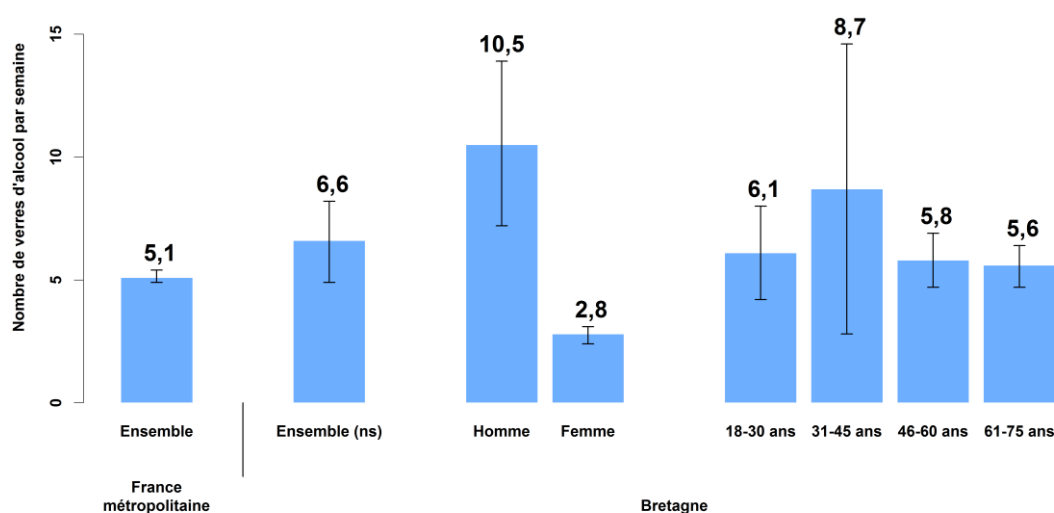
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Nombre de verres consommés

En 2017, en Bretagne, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 6,6 [4,9-8,2] verres par semaine, ce qui n'était pas différent de la moyenne des autres régions métropolitaines. La moyenne métropolitaine était de 5,1 [4,9-5,4] verres par semaine. (Figure 13)

Le nombre moyen de verres consommés par semaine était significativement plus important parmi les hommes (10,5 [7,2-13,9]) que chez les femmes (2,8 [2,4-3,1]). Cet indicateur était similaire chez les 18-30 ans (6,1 [4,2-8,0]), les 46-60 ans (5,8 [4,7-6,9] verres par semaine) et les 61-75 ans (5,6 [4,7-6,4]) et était plus important chez les 31-45 ans (8,7 [2,8-14,6]). (Figure 13)

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 Bretagne, et selon le sexe et l'âge pour la région Bretagne, 2017



(ns) différence non significative (comparaison avec les autres régions).

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire et déclarant consommer de l'alcool au cours des 12 derniers mois.

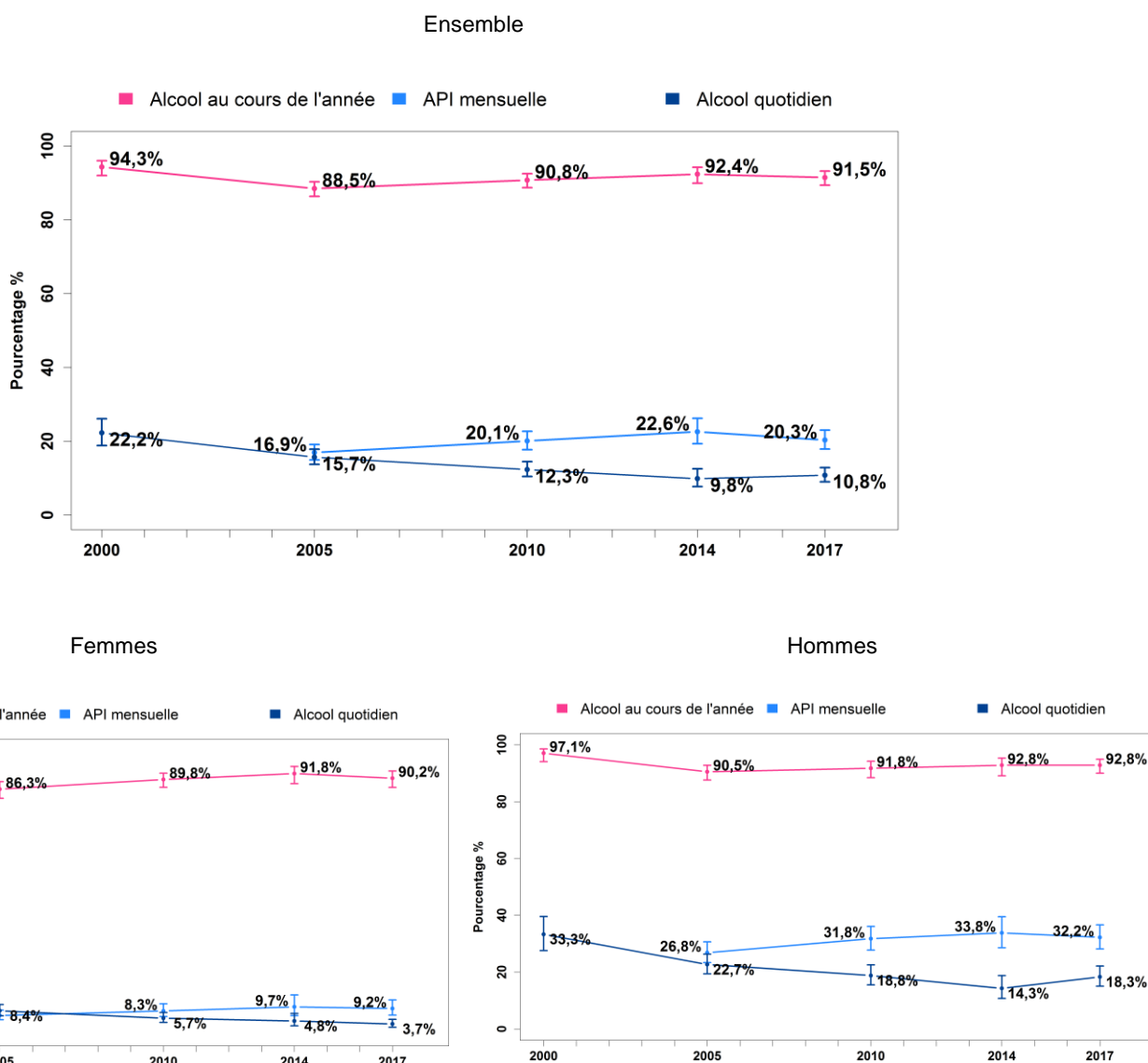
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Évolutions

En Bretagne, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année est restée stable depuis 2000 (de 94,3 % en 2000 à 91,5 % en 2017) et ce chez les hommes comme chez les femmes. (Figure 14)

Après avoir augmenté de 16,9 % à 22,6 % entre 2005 et 2014, la prévalence des API mensuelles a ensuite diminué en 2017 à 20,3 %. La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, a diminué entre 2000 et 2014 (de 22,2 % à 9,8 %) et est désormais stable. Ces évolutions sont également retrouvées chez les hommes et chez les femmes pour ces deux indicateurs. (Figure 14)

Figure 14 : Évolutions de la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année, des Alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles et de la consommation quotidienne d'alcool entre 2000 et 2017, et selon le sexe pour la région Bretagne



Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014 et 2017 (Santé publique France et Inpes).

MORBIDITÉ AIGUË LIÉE À L'ALCOOL DANS LA RÉGION BRETAGNE

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. Les indicateurs présentés ici sont à interpréter avec prudence dans la mesure où il s'agit de données brutes, les pratiques de codage peuvent varier d'un établissement à l'autre.

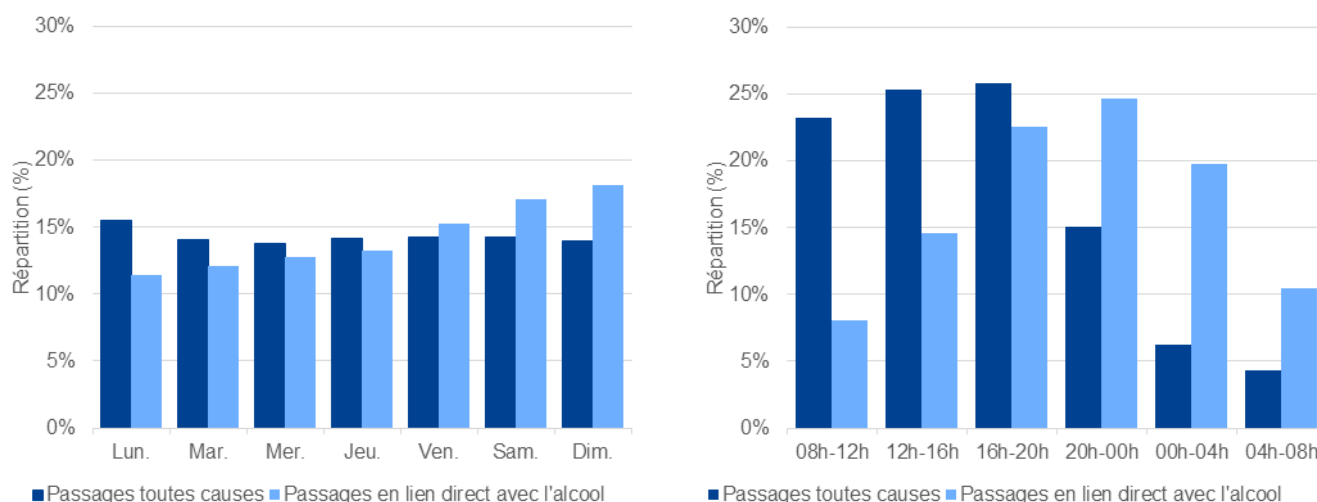
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 15 202 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 30 services d'urgence (SU) de la région **Bretagne** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 42 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 2,23 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).

Les passages aux urgences toutes causes dans la région **Bretagne** en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine, 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 croissante tout au long de la semaine (de 11,4 % le lundi et 13,2 % des passages hebdomadaires le jeudi) avec une nette augmentation en fin de semaine (18,1 % le dimanche). La moitié (50,4 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentrait du vendredi au dimanche. (Figure 15) Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne 2,90 % de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires de 16 à 20 heures, 20 heures à minuit et minuit à 4 heures (respectivement 22,5 %, 24,6 % et 19,7 % des passages de la journée). (Figure 15) Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 1,96 %, 3,63 % et 6,78 % des passages aux urgences toutes causes.

Figure 15 : Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool et des passages aux urgences toutes causes dans la région Bretagne en 2017



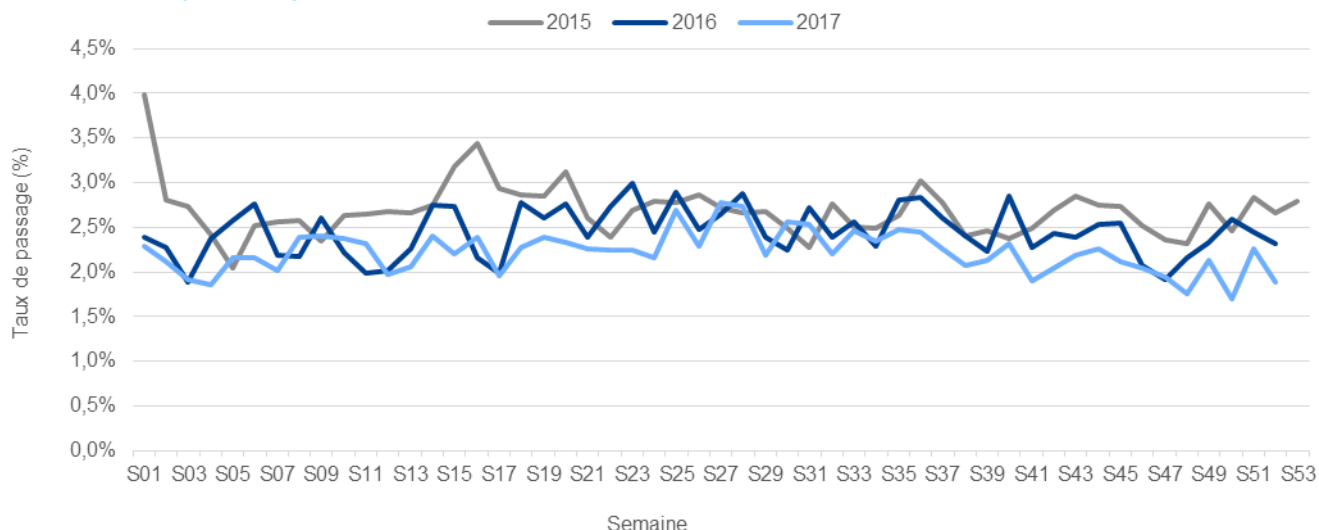
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

La figure 16 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool dans la région **Bretagne** de 2015 à 2017. 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 2,67 % en 2015 à 2,23 % en 2017.

Figure 16 : Taux bruts hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool (%) parmi les passages toutes causes dans la région Bretagne sur la période 2015-2017



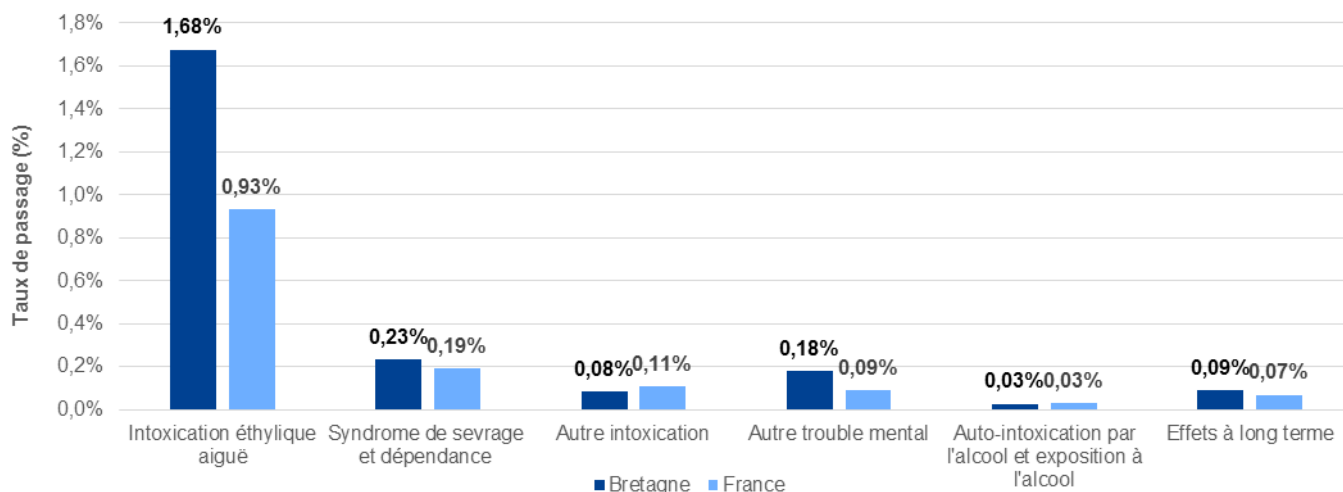
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 17). Dans la région **Bretagne** en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 1,68 % de l'ensemble des passages aux urgences et 75,1 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool (contre respectivement 0,93 % et 67,7 % au niveau national).

Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, auto-intoxication par l'alcool et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,03 % et 0,23 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies dans la région **Bretagne** était comparable à celle observée au niveau national. (Figure 17)

Figure 17 : 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 Bretagne en 2017



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

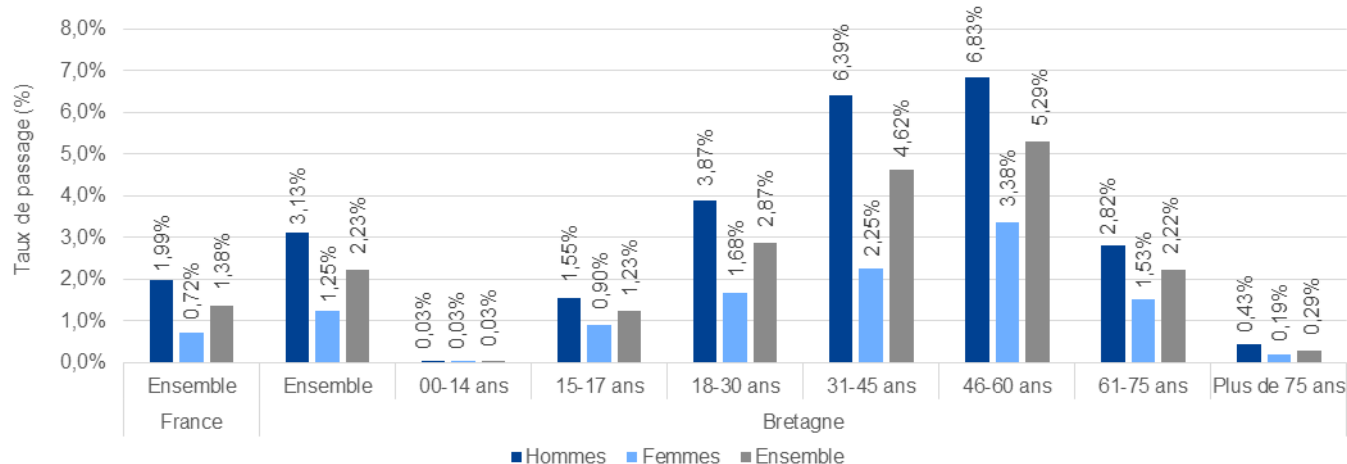
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en région **Bretagne** comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (3,13 %) que chez les femmes (1,25 %). (Figure 18)

Chez les femmes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,03 % de l'activité). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (3,38 %) chez les 46-60 ans et diminuer ensuite jusqu'à atteindre 0,19 % chez les plus de 75 ans.

Chez les hommes, les tendances étaient similaires. Pour les moins de 15 ans, le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,03 %. Il augmentait ensuite progressivement avec l'âge, pour atteindre 6,83 % chez les 46-60 ans. Le taux diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,43 % chez les plus de 75 ans.

Figure 18 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool (%) selon l'âge et le sexe parmi les passages toutes causes dans la région Bretagne en 2017



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

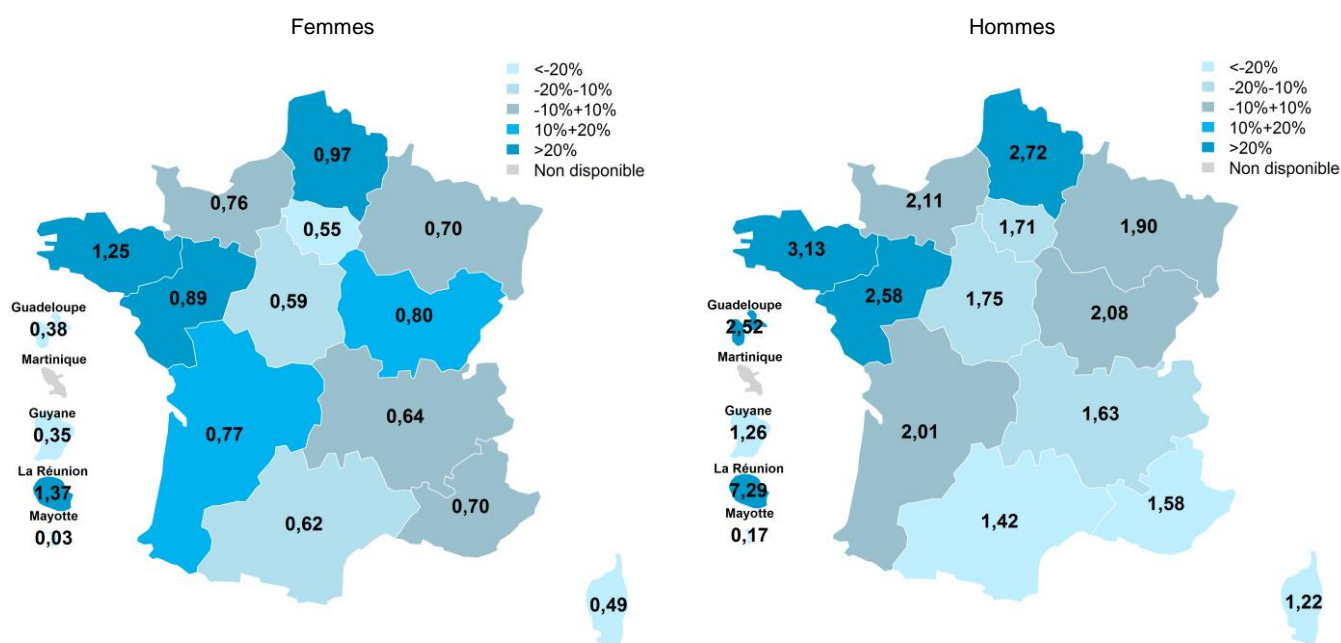
Comparaisons régionales et départementales

En 2017, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 0,70 % chez les femmes. À Mayotte (0,03 %), à Saint-Barthélemy (0,32 %), en Guyane (0,35 %), en Guadeloupe (0,38 %), en Corse (0,49 %), à Saint-Martin (0,50 %) et en Île-de-France (0,55 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. À l'inverse, La Réunion (1,37 %), la **Bretagne (1,25 %)** et les Hauts-de-France (0,97 %) et les Pays de la Loire (0,89 %) avaient des taux supérieurs de plus de 20 % à celui du national. (Figure 19)

Chez les hommes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 1,99 %. 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. Tandis qu'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 19)

En résumé, chez les hommes comme chez les femmes, la **Bretagne** présente les taux régionaux de passage aux urgences les plus élevés de France métropolitaine.

Figure 19 : Taux bruts régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool (%) et comparaison aux taux bruts nationaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017

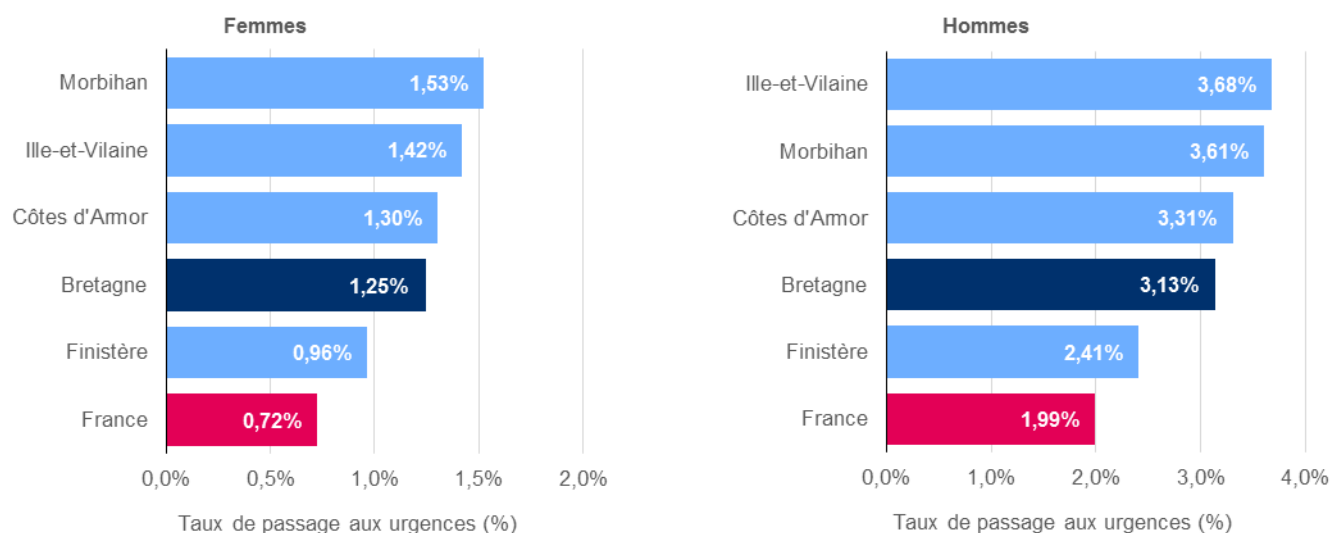


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017 dans la région **Bretagne**, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool chez les femmes était plus de 20 % inférieur au taux régional dans le Finistère (0,96 %). Ce taux était en revanche plus de 10 % supérieur au taux régional dans l'Ille-et-Vilaine (1,42 %) et plus de 20 % supérieur dans le Morbihan (1,53 %). (Figure 20)

Chez les hommes, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus de 20 % inférieur au taux régional dans le Finistère (2,41 %). Ce taux était plus de 10 % supérieur au taux régional dans le Morbihan (3,61 %) et en Ille-et-Vilaine (3,68 %). (Figure 20)

Figure 20 : Taux bruts départementaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017 dans la région Bretagne



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 BRETAGNE

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 cancérigènes de l'alcool, se synergisent à ceux du tabac en cas d'exposition conjointe.

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

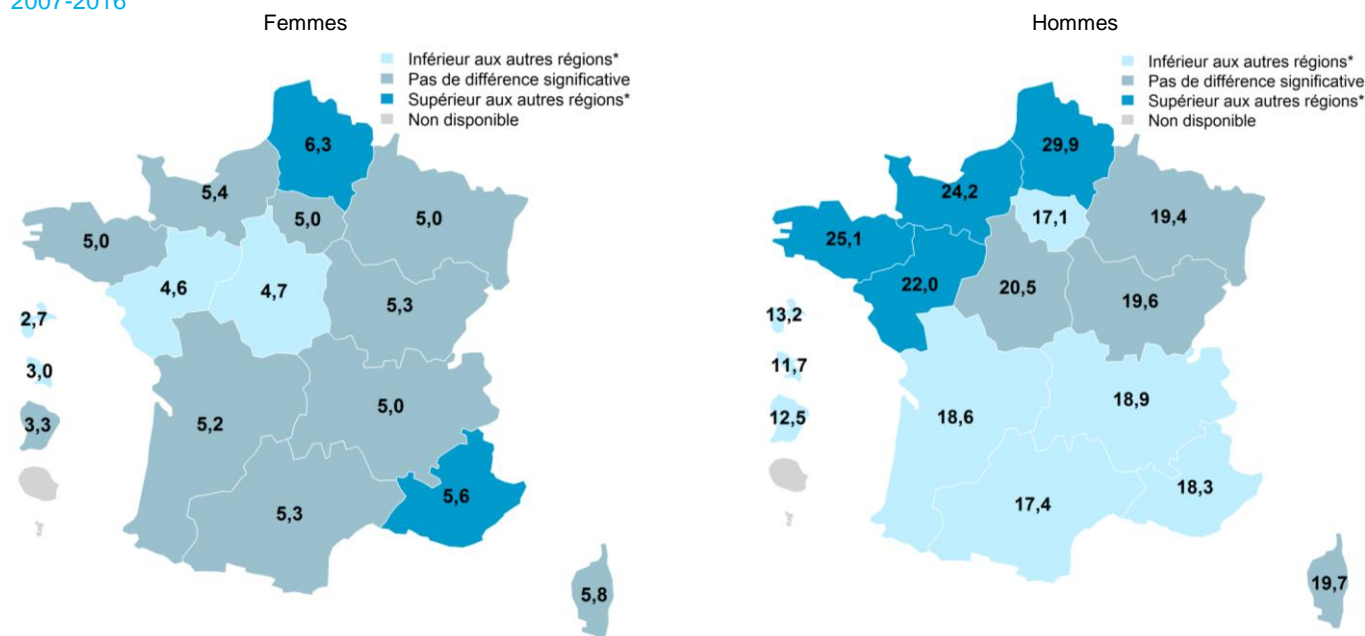
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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, la Guadeloupe (2,7 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. La région **Bretagne (5,0 [4,7-5,4])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 21)

Chez les hommes, huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (11,7 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (12,5), la Guadeloupe (13,2), l'Île-de-France (17,1), l'Occitanie (17,4), Provence-Alpes-Côte d'Azur (18,3), la Nouvelle-Aquitaine (18,6) 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 [24,1-26,1])** et les Hauts-de-France (29,9). (Figure 21)

Figure 21 : Taux régionaux standardisés^a d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 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 %.

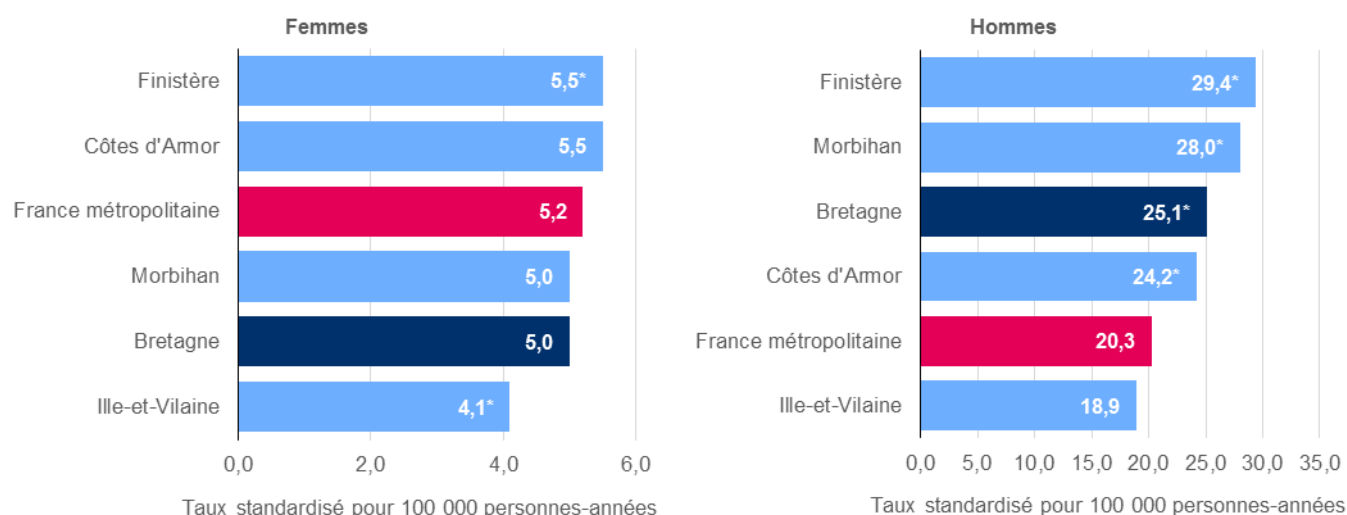
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Au sein de la région Bretagne, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient chez les femmes de 4,1 [3,6-4,6] pour 100 000 personnes-années en Ille-et-Vilaine à 5,5 [4,8-6,3] dans les Côtes d'Armor et 5,5 [5,0-6,2] dans le Finistère. Le taux départemental de l'Ille-et-Vilaine était significativement inférieur à la moyenne de France métropolitaine, celui du Finistère était significativement supérieur. Les autres départements de la région ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 22)

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 18,9 [17,6-20,5] pour 100 000 personnes-années en Ille-et-Vilaine à 29,4 [27,5-31,4] dans le Finistère. Les Côtes d'Armor (24,2 [22,4-26,2]), le Finistère et le Morbihan (28,0 [26,0-30,1]) présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. L'Ille-et-Vilaine ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 22)

Figure 22 : Taux départementaux standardisés^a d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 2007-2016 dans la région Bretagne



^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).

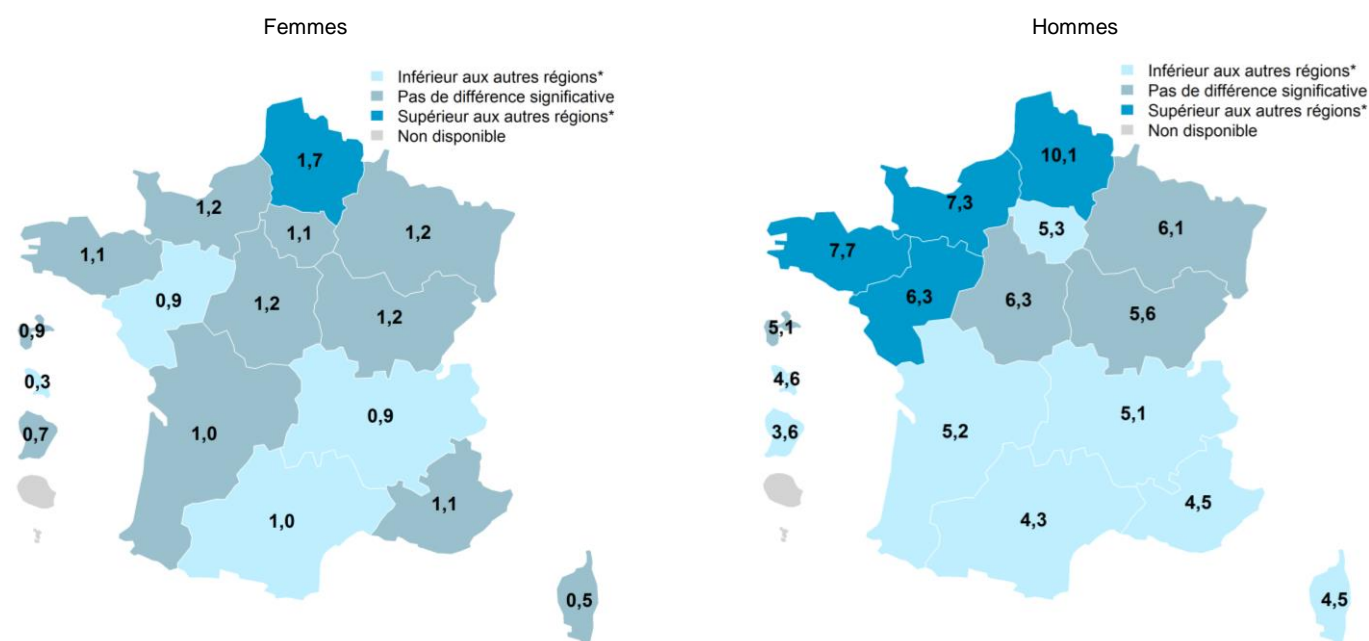
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

• 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, 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 de France métropolitaine. 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 **Bretagne (1,1 [1,0-1,3])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 23)

Figure 23 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 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).

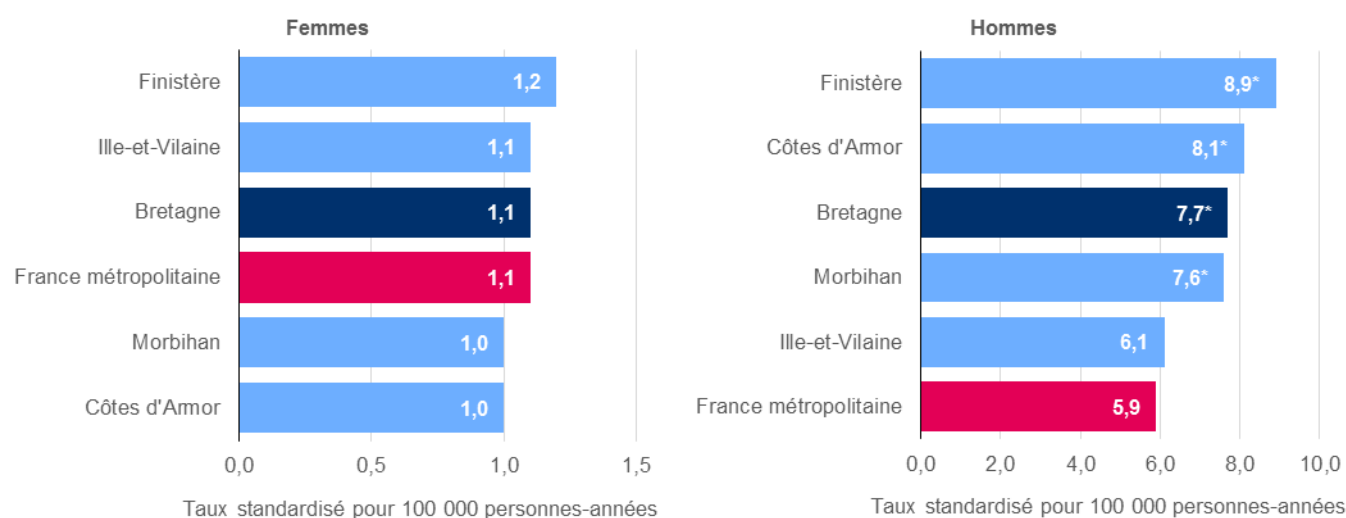
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Chez les hommes, huit régions se distinguaient par des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : 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 [7,3-8,1])** et Hauts-de-France (10,1) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus élevés. (Figure 23)

Au sein de la région **Bretagne**, les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes, variaient de 1,0 [0,7-1,4] dans les Côtes d'Armor et 1,0 [0,8-1,5] dans le Morbihan à 1,2 [1,0-1,6] dans le Finistère. Aucun taux départemental ne différait significativement de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 24)

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 6,1 [5,5-6,9] en Ille-et-Vilaine à 8,9 [8,2-9,8] dans le Finistère. Les taux des départements du Morbihan (7,6 [6,8-8,5]), des Côtes d'Armor (8,1 [7,3-9,2]) et du Finistère étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. (Figure 24)

Figure 24 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 2007-2014 dans la région Bretagne



^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).

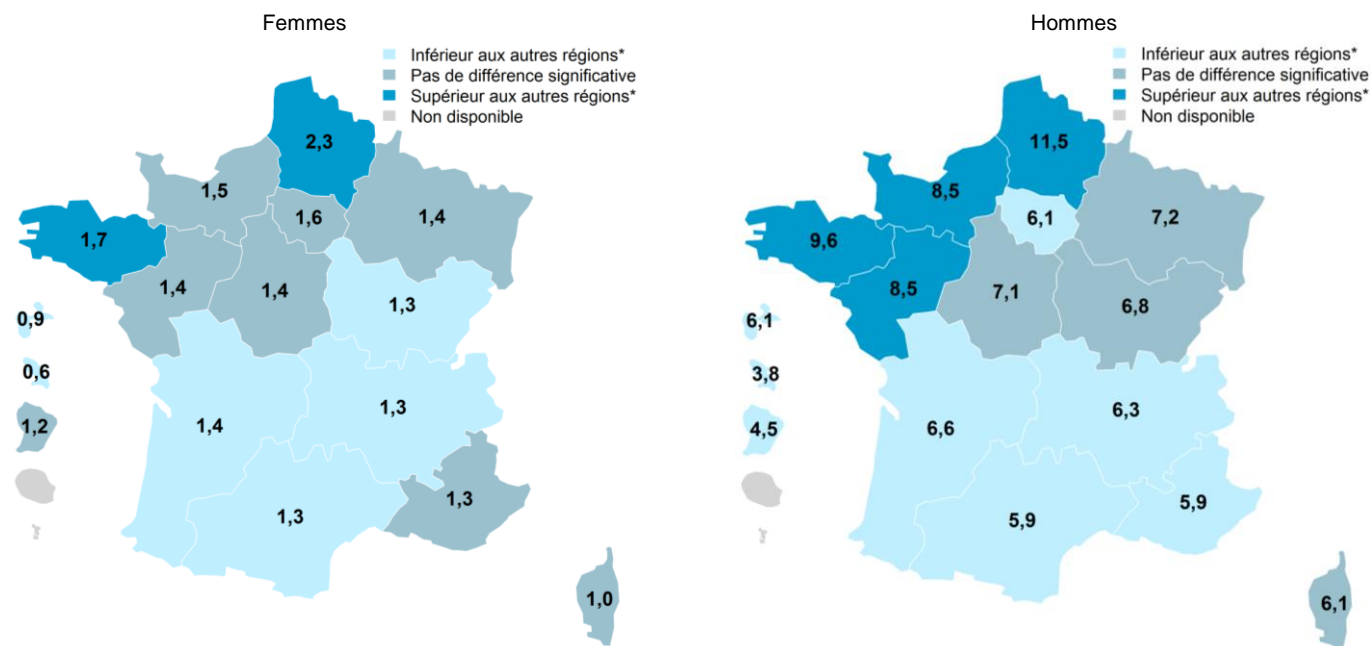
Le cancer de l'œsophage

• 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, 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), 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 [1,5-1,9])** et Hauts-de-France (2,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. (Figure 25)

Chez les hommes, 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), Auvergne-Rhône-Alpes (6,3) et la Nouvelle-Aquitaine (6,6). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (8,5), les Pays de la Loire (8,5), la **Bretagne (9,6 [8,8-10,4])** et les Hauts-de-France (11,5). (Figure 25)

Figure 25 : Taux régionaux standardisés^a d'incidence du cancer de l'œsophage selon le sexe en 2007-2016

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

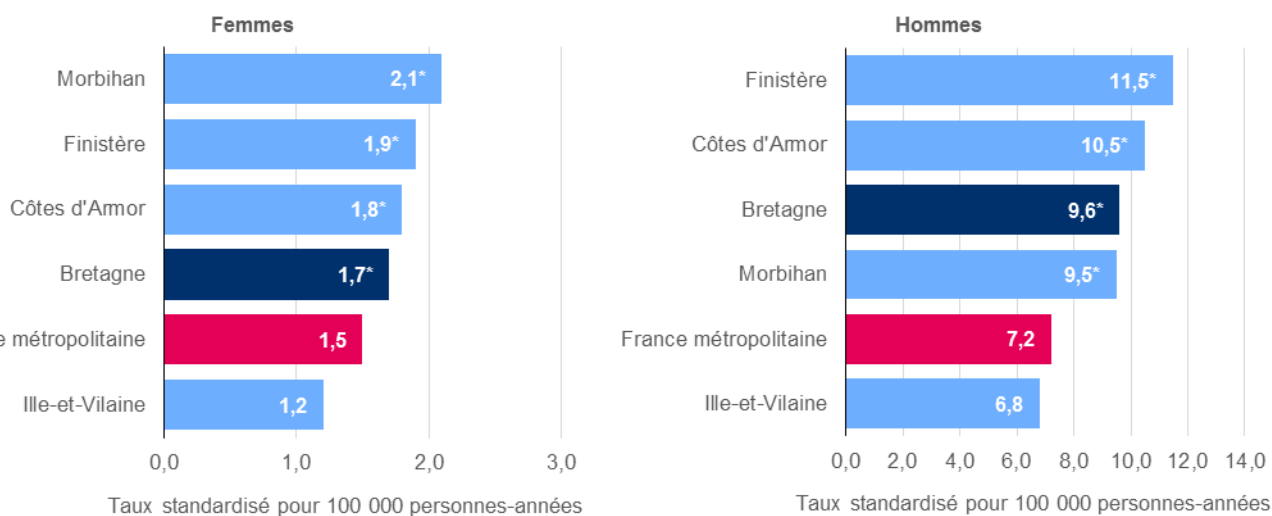
* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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).

Au sein de la région **Bretagne**, les taux départementaux standardisés d'incidence chez les femmes variaient de 1,2 [0,9-1,6] en Ille-et-Vilaine à 2,1 [1,6-2,6] pour 100 000 personnes-années dans le Morbihan. Les taux départementaux des Côtes d'Armor (1,8 [1,4-2,3]), du Finistère (1,9 [1,5-2,3]) et du Morbihan étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. (Figure 26)

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 6,8 [5,9-8,0] en Ille-et-Vilaine à 11,5 [9,9-13,3] pour 100 000 personnes-années dans le Finistère. Les taux départementaux du Morbihan (9,5 [8,2-11,2]), des Côtes d'Armor (10,5 [9,0-12,2]) et du Finistère étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. (Figure 26)

Figure 26 : Taux départementaux standardisés^a d'incidence du cancer de l'œsophage selon le sexe en 2007-2016 dans la région Bretagne

^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).

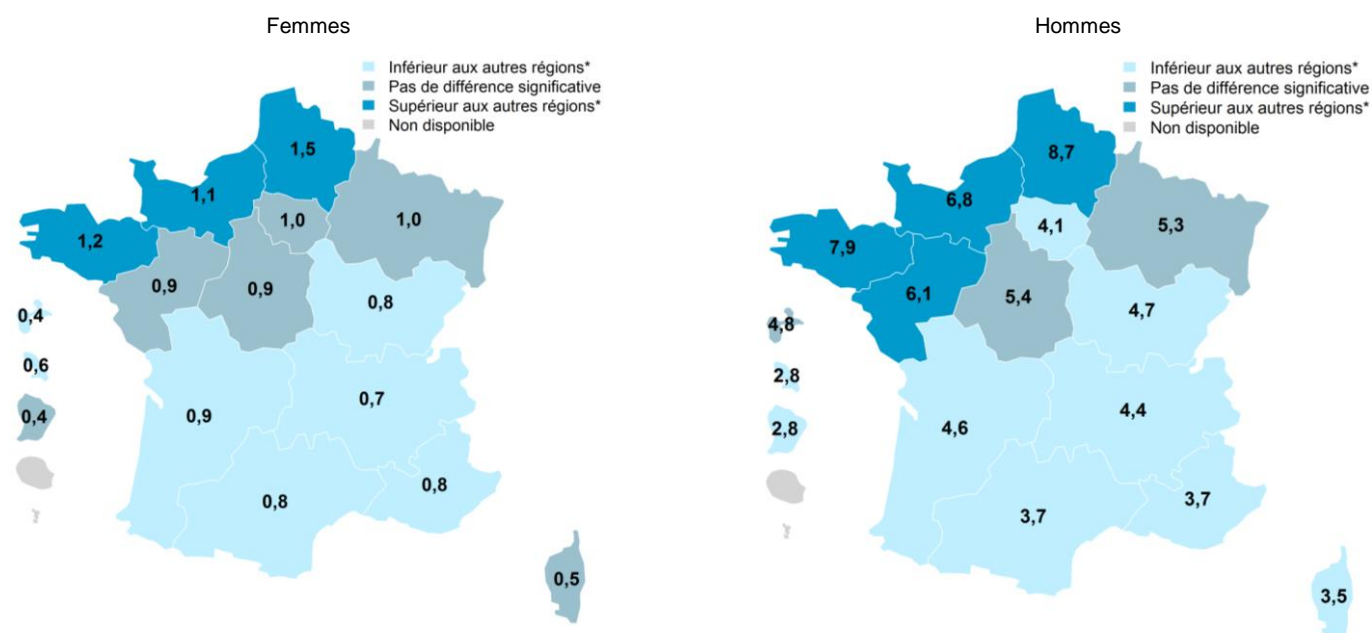
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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 [5,1-5,2] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes, 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 [1,0-1,3])** et les Hauts-de-France (1,5). (Figure 27)

Chez les hommes, 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 [7,5-8,2])** et les Hauts-de-France (8,7). (Figure 27)

Figure 27 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancer de l'œsophage selon le sexe en 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 %.

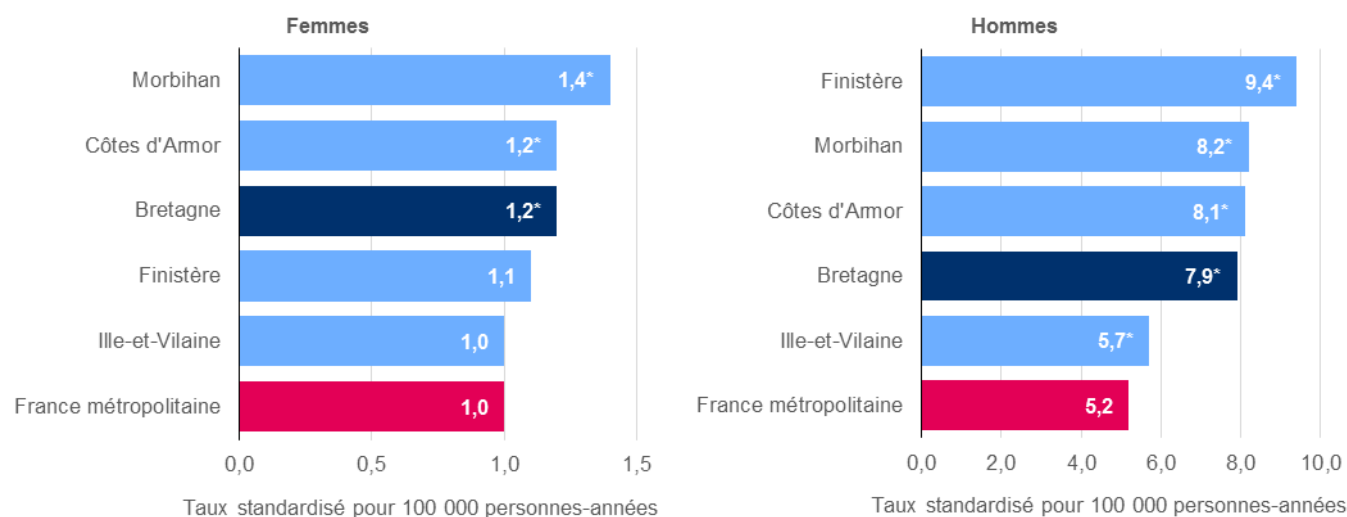
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Au sein de la région **Bretagne**, les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient de 1,0 [0,8-1,3] en Ille-et-Vilaine à 1,4 [1,1-1,8] pour 100 000 personnes-années dans le Morbihan. Les taux départementaux des Côtes d'Armor (1,2 [0,9-1,6]) et du Morbihan étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. (Figure 28)

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 5,7 [5,1-6,4] en Ille-et-Vilaine à 9,4 [8,7-10,3] pour 100 000 personnes-années dans le Finistère. Ces taux étaient de 8,1 [7,3-9,1] dans les Côtes d'Armor et de 8,2 [7,4-9,0] dans le Morbihan. L'ensemble des taux départementaux de la région étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. (Figure 28)

Figure 28 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par cancer de l'oesophage selon le sexe en 2007-2014 dans la région Bretagne



^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 du larynx

En France métropolitaine, 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 mortalité sont présentées pour cette localisation cancéreuse.

• 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 0,41 [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 [0,18-0,21] et 1,9 [1,8-1,9] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes, 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 **Bretagne (0,2 [0,2-0,3] pour 100 000 personnes-années)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 29)

Chez les hommes, six régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,7 pour 100 000 personnes-années), l'Île-de-France (1,5), le Grand Est (1,6), l'Auvergne-Rhône-Alpes (1,7), la Nouvelle-Aquitaine (1,7) et la Bourgogne-Franche-Comté (1,7). Seule la région Hauts-de-France (2,8) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé moyenne de France métropolitaine. La **région Bretagne (2,0 [1,8-2,2] pour 100 000 personnes-années)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 29)

Au sein de la région **Bretagne**, les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes étaient de 0,2 ([0,1-0,6] pour 100 000 personnes-années) dans les Côtes d'Armor, de 0,2 ([0,1-0,5]) dans le Finistère, de 0,2 ([0,1-0,4]) en Ille-et-Vilaine et de 0,2 ([0,1-0,5]) dans le Morbihan. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine. (Figure 30)

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 1,8 [1,5-2,2] en Ille-et-Vilaine à 2,1 [1,8-2,6] pour 100 000 personnes-années dans le département du Finistère. Ce dernier présentait un taux standardisé de mortalité significativement supérieurs à la moyenne de France métropolitaine. (Figure 30)

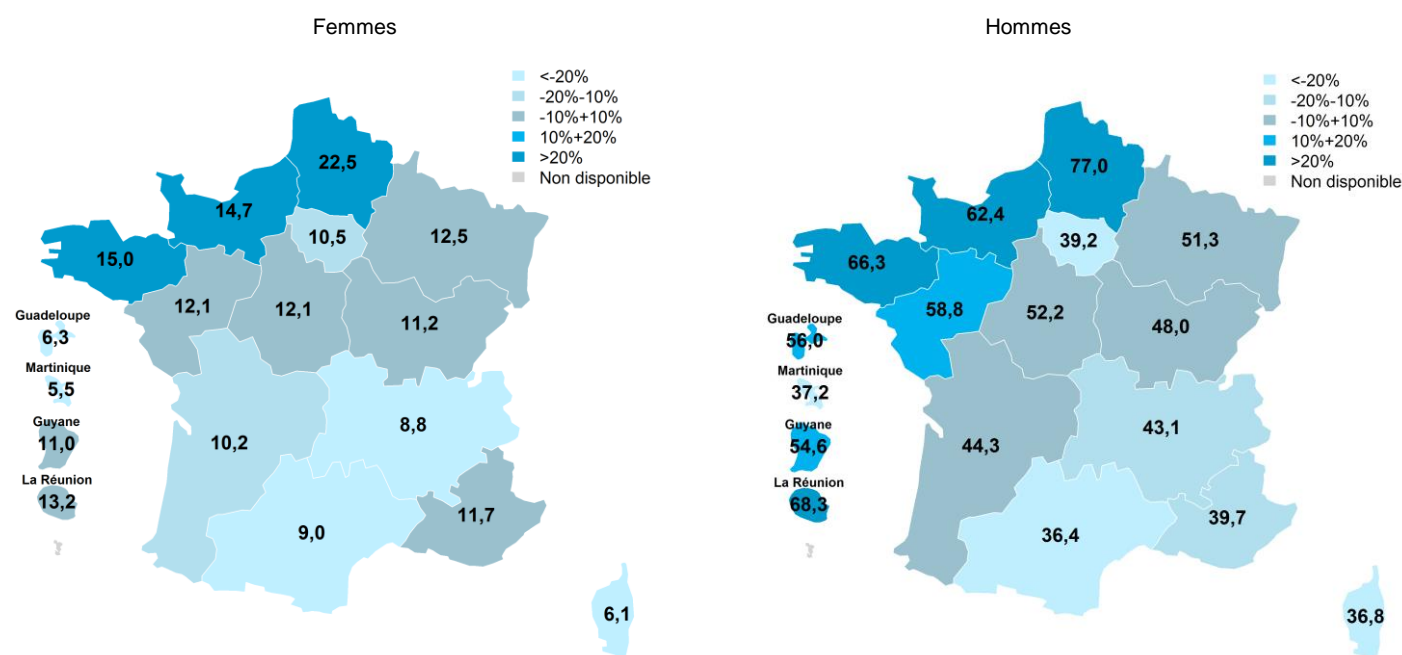
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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, 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 au taux national, tandis qu'en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Guadeloupe, en Corse et en Martinique, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions. En région **Bretagne**, le taux de mortalité était de 15,0 pour 100 000 habitants. (Figure 31)

Chez les hommes, ce 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, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions. En région **Bretagne**, le taux de mortalité était de 66,3 pour 100 000 habitants. (Figure 31)

Figure 31 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015 et comparaison aux taux nationaux standardisés de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool par sexe



^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).

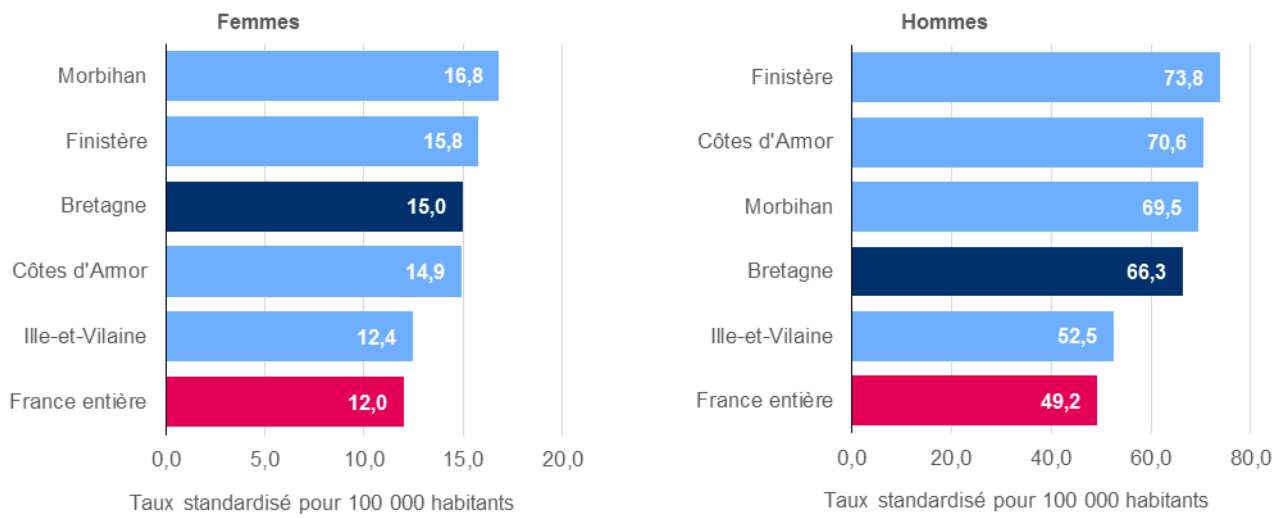
Champ : France entière (hors Mayotte).

Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

En région **Bretagne**, chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 12,4 pour 100 000 habitants en Ille-et-Vilaine à 16,8 pour 100 000 habitants dans le Morbihan. Dans ce dernier département, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis qu'en Ille-et-Vilaine ce taux était plus de 10 % inférieur à celui de la région. (Figure 32)

Chez les hommes, les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 52,5 pour 100 000 habitants en Ille-et-Vilaine à 73,8 dans le Finistère. Dans le département du Finistère, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis que dans l'Ille-et-Vilaine, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui de la région. (Figure 32)

Figure 32 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015 dans la région Bretagne



^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 Mayotte).
 Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES CONSOMMATIONS D'ALCOOL À RISQUE DANS LA RÉGION BRETAGNE

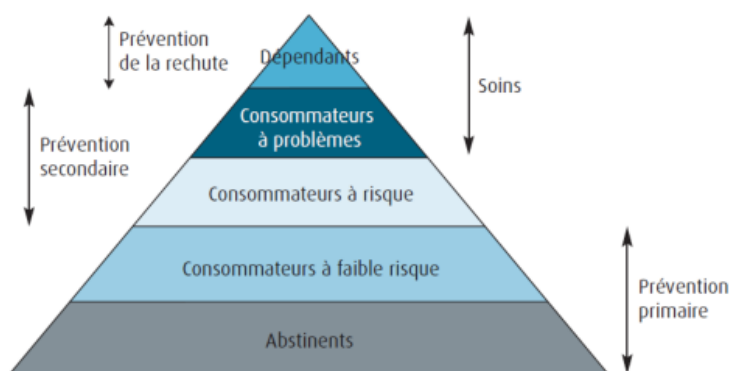


Rédacteurs :

Dr Florence Tual, Coordonnateur régional addictions, Direction adjointe Prévention et promotion de la santé, ARS Bretagne

Anita Mangal, Direction adjointe Prévention et promotion de la santé, ARS Bretagne

L'alcool est le produit psychoactif le plus consommé et représente le deuxième facteur de mortalité évitable en Bretagne. L'ARS Bretagne s'investit depuis de nombreuses années dans une politique de prévention et de lutte contre les addictions qui concerne l'ensemble des conduites addictives et s'intéresse en premier lieu aux questions liées à l'alcool. Le Programme Régional de Santé de Bretagne prévoit de « renforcer la prévention et adapter les interventions à la diversité des addictions » à travers trois chantiers prioritaires : prévenir les conduites addictives et diminuer les risques et les dommages qui y sont liés, garantir un accès aux soins et un accompagnement de qualité sur chaque territoire, et mobiliser les institutions pour fluidifier le parcours patient.



L'action de l'ARS se traduit également dans le cadre d'approches populationnelles, ou d'autres thématiques de santé sur lesquelles la consommation d'alcool a un impact, par des projets relatifs aux cancers, aux maladies chroniques, à la santé périnatale en direction des enfants adolescents et jeunes adultes, et dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Une offre de soins très impactée par le mésusage d'alcool

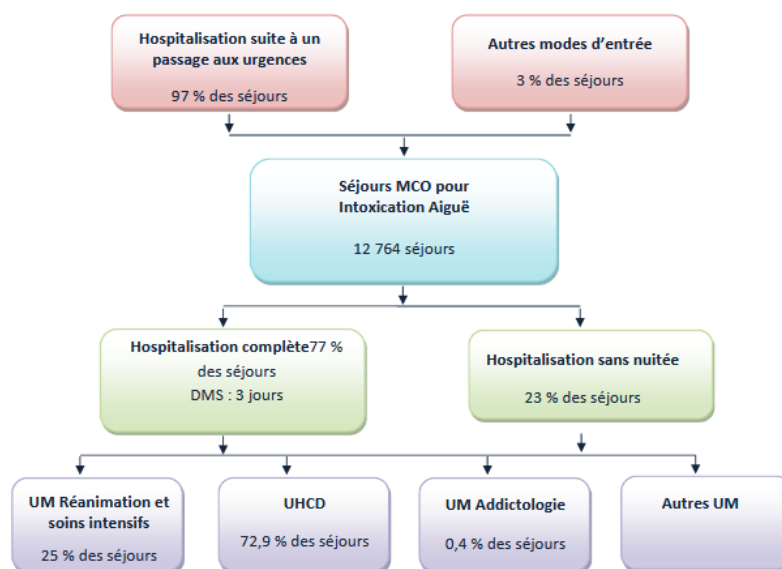
Les données épidémiologiques nous montrent que l'alcool est très présent dans la société bretonne, et que les risques et dommages liés à sa consommation mobilisent très fortement les services de santé. Les données présentées dans ce BSP mettent en évidence une évolution des modes de consommations d'alcool, et la singularité de la Bretagne qui se distingue notamment par l'importance des consommations importantes en une occasion, que ce soit les ivresses, ou les API.

L'ARS a publié, en 2017, une étude relative aux « soins hospitaliers en addictologie, offre et recours »¹.

Les taux de recours aux soins en addictologie, qu'ils soient en milieu hospitalier ou en ambulatoire, témoignent des spécificités bretonnes. S'agissant des ivresses, les taux de recours bretons étaient de 32/10 000 habitants, très supérieurs aux taux de recours moyens français de 21/10 000 habitants, et s'agissant des hospitalisations pour mésusage, les taux de recours en Bretagne étaient très supérieurs aux taux français, atteignant plus du double pour les hospitalisations en santé mentale, qui sont concernés par 59 % de ces séjours.

Caractéristiques des séjours de MCO pour la prise en charge de patients souffrant d'intoxication aiguë en 2013 (région Bretagne)

Extrait du « Soins hospitaliers en addictologie : offre et recours », Rapports de l'ARS Bretagne, Octobre 2017, p. 33



Sources : PMSI MCO 2013.

Note de lecture : l'hospitalisation sans nuitée correspond à l'hospitalisation partielle (au sens du PMSI). Ces séjours correspondent à une entrée du patient et sa sortie le même jour. Par exemple si un patient est rentré le 15 juillet à 1h dans une UHCD et sorti le 15 juillet à 17h, le séjour correspond à un séjour en hospitalisation « partielle ».

L'alcool représente la presque totalité de ces hospitalisations : ainsi, s'agissant de intoxications aiguës, l'alcool était la cause dans 96 % des intoxications (98 % en MCO), et le mésusage concernait l'alcool dans 93 % des hospitalisations. Dans les Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Bretagne, 19 909 patients ont été reçus en 2018, dont 48 % en difficultés principalement avec l'alcool.

¹ Soins hospitaliers en addictologie : offre et recours. Les rapports de l'ARS Bretagne, Octobre 2017. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/soins-hospitaliers-en-addictologie-offre-et-recours>

Vers un parcours de soin en addictologie



S'appuyant sur les constats de cette étude, l'ARS a œuvré pour améliorer les différents « maillons » de l'offre de soins spécialisée : renforcement et réorganisation des Équipe de Soins et de Liaison en Addictologie, mise à plat des consultations externes, développement des Consultations Jeunes Consommateurs, et amélioration de la couverture territoriale des CSAPA.

Aujourd'hui, l'enjeu est désormais d'améliorer la visibilité de l'offre pour les patients comme pour les professionnels, de proposer des réponses graduées mieux coordonnées pour éviter les ruptures dans le parcours du patient et éviter notamment les taux de ré-hospitalisation encore très élevés (38 % dans l'année pour les mésusages). L'offre doit également s'adapter pour faciliter l'accès aux soins, par exemple en développant les prises en charge de jour, les sevrages en ambulatoire, développer des outils type télémédecine et mettre le patient au cœur de son projet : la réflexion sur la place de l'éducation thérapeutique en addictologie et le développement des patients experts tout au long du parcours de soins en sont deux exemples. Dans le cadre de la contractualisation (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), l'ARS a proposé aux établissements de santé de retenir une des 8 fiches relatives aux addictions : 72 % des établissements ont retenus au moins une fiche « addictions », dont 38, soit presque 30 % ont retenu la fiche relative à l'amélioration de la filière addictologie du territoire. A ce jour, deux territoires sont engagés vers la formalisation d'un parcours de soin en addictologie.

Renforcer la prévention et améliorer le repérage précoce chez les jeunes...

Comme on le constate dans l'analyse du public pris en charge, le recours aux soins reste encore très tardif, le plus souvent au stade des complications, et d'une dépendance installée. Il y a donc un enjeu majeur à améliorer le repérage précoce. La population mésestime fortement la dangerosité de la consommation d'alcool, et pense souvent que si l'on n'est pas dépendant (alcoolique), et pour les jeunes, que si on ne consomme pas tous les jours, il n'y a pas d'inquiétude.

Pour les jeunes de moins de 25 ans, le dispositif spécifique « CJC », Consultations Jeunes Consommateurs, a fait l'objet d'une reconnaissance en 2009, soit il y a déjà 10 ans. Elles ont pour mission d'accueillir tous les jeunes, les parents et les professionnels au contact avec les jeunes, pour évaluer leurs consommations et les orienter si besoin. Aujourd'hui, la Bretagne dispose de 27 CJC, soit au moins une par territoire de proximité. Cependant, les moyens des CJC sont encore trop faibles pour répondre de façon satisfaisante à tous les besoins. Par ailleurs, elles ne semblent pas encore très bien identifiées ; aussi, une évaluation des 27 CJC sera-t-elle réalisée en 2020, pour améliorer leurs modalités d'organisation et de partenariat. A ce jour, un peu plus de 2 000 jeunes ont été reçus dans une CJC.

L'ARS a également signé une convention cadre de partenariat avec le Rectorat, relatif à la santé des élèves. La prévention des conduites addictives et l'amélioration du repérage des élèves ont été retenues comme des priorités communes. Ainsi, le développement des compétences sociales, via des programmes évalués comme probants dans la prévention des conduites addictives, sera déployé dans les collèges. Le Plan Gouvernemental de mobilisation contre les addictions, préconise le développement du repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). En Bretagne, l'ARS a missionné l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) pour former les professionnels du service de santé en faveur des élèves au Repérage Précoce et Entretien Motivationnel qui permet d'aborder ces questions précocement. A ce jour, 49 professionnels de santé scolaire ont pu bénéficier de cette formation.

À CRAN ?
 Passe nous voir
 avant d'être ACCRO !

RENDEZ-VOUS
 à la **Consultation Jeunes Consommateurs**
 la plus proche de chez toi


 Pour trouver
 la CJC la plus proche
 flash moi !

facebook.com/cjcbretagne



...Et chez les adultes

Comme l'indiquent très clairement les résultats publiés dans ce BSP, les consommations problématiques d'alcool ne sont pas l'apanage des jeunes, mais s'inscrivent dans des espaces sociaux, familiaux, professionnels.

Les plans nationaux et régionaux sur la santé au travail (Plan santé travail n°3 ; Stratégie nationale de santé ; Plan national de mobilisation contre les addictions ; Programme national et plan régional de lutte contre le tabac) invitent à rapprocher la santé publique et la santé au travail notamment sur le champ de la prévention des pratiques addictives. Les plans nationaux mettent en avant l'idée que pour répondre à ce risque multifactoriel par la mise en œuvre d'actions innovantes, « il peut être utile d'articuler les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique ».

Quelques chiffres clefs :


- 1 salarié sur 6 déclare consommer ;
- 15 à 20 % des accidents du travail, de l'absentéisme et de conflits interpersonnels au travail seraient liés à une consommation de substances psychoactives ;
- 9,3 % des consommateurs d'alcool et 13,2% des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leur consommation en lien avec des problèmes liés au travail ou à leur situation professionnelle.

Il s'agit d'engager les entreprises et les acteurs de la santé au travail vers une approche globale de prévention et de réduction des risques, et en particulier dans des démarches de prévention, repérage et prise en compte des conduites addictives. Dans ce contexte, et en complémentarité avec la démarche nationale conduite par la MILDECA de formation de formateurs, l'ARS a décidé d'apporter son appui à l'amélioration du repérage et au développement de projets de prévention des addictions en milieu professionnel, par les services de santé au travail.

Pour cela, un projet global a été élaboré, permettant la synergie entre les deux démarches nationale et régionale, de favoriser la création d'un pool suffisant de formateurs en région Bretagne, de les soutenir dans l'organisation de formations, et d'accompagner les personnes formées dans une mise en œuvre opérationnelle de projets de prévention. Concrètement, en amont de la formation de formateurs, sera proposée une phase de mise à niveau pour que la formation soit plus bénéfique. Ensuite, les formateurs bénéficieront d'un soutien très concret :


- Soutien des formateurs pour mettre en place les formations (kits pédagogiques, co-animation, gestion administrative, évaluation...);
- Animation un réseau de formateur et mettre en œuvre un suivi global du dispositif ;
- Appui méthodologique aux personnes des services de santé au travail formées pour une mise en œuvre opérationnelle d'un projet global de prévention des addictions au sein des entreprises ;
- Organisation d'échanges de pratiques entre personnes formées, pour valoriser les actions, et élaborer des réponses aux difficultés rencontrées, répondre à des besoins d'approfondissement ;
- Formation complémentaire des professionnels au RPIB et entretien motivationnel.

Outil de repérage RPIB, Questionnaire audit « repérage des consommations problématiques »


QUESTIONNAIRE
QUESTIONNAIRE AUDIT
(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)
REPERAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

| Questions | Points | | | | | Score |
|--|--------|----------------------------|---------------------|------------------------|----------------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? | Jamais | Une fois par mois ou moins | 2 à 4 fois par mois | 2 à 3 fois par semaine | 4 fois ou plus par semaine | |
| 2. Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ? | 1 ou 2 | 3 ou 4 | 5 ou 6 | 7 à 9 | 10 ou plus | |
| 3. À quelle fréquence buvez-vous six verres 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 | |
| 4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |


QUESTIONNAIRE AUDIT

| Questions | Points | | | | | Score |
|--|--------|---------------------------|---|----------------------|---------------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque | |
| 9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année | |
| 10. Un parent, un ami, un médecin ou autre s'inquiète de votre consommation d'alcool ou s'il s'aggrave que vous la réduisiez ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année | |

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool
- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme seraient en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcologie, 2016.

Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les niveaux de consommation qui viennent ou qui préviennent une aide consommatoire alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alco.fr

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. L'ensemble des DROM (hors Mayotte) était couvert par l'étude. 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 8 163 individus dont 4 098 interrogés sur téléphone fixe et 4 065 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^{ième} 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 **Bretagne**, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'ensemble des 30 structures d'urgences de la région. En 2017, d'après le Réseau Bretagne Urgence et son Observatoire régionale des urgences, le réseau Oscour® enregistrait 98 % des passages aux urgences de la région.

Si la couverture régionale des établissements participants était exhaustive en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostics principaux et associés » des RPU transmis s'est améliorée mais demeurait hétérogène entre les départements (Tableau 4). Au total, on estimait à 75,9 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Bretagne.

Tableau 4 : Nombre de structures d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® en région Bretagne, 2017

| Département | Couverture SU | % complétude diagnostique (DP ou DA) |
|-----------------|---------------|--------------------------------------|
| Côtes d'Armor | 5/5 (100%) | 66,2 % |
| Finistère | 12/12 (100%) | 85,0 % |
| Ille-et-Vilaine | 8/8 (100%) | 76,9 % |
| Morbihan | 5/5 (100%) | 67,0 % |
| Bretagne | 30/30 (100 %) | 75,8 % |

SU: Structure d'urgences ; 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 réalisées 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 mesuré 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

| | 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]
- Bédague P, Quéguiner É, Tron I. Addiction en Bretagne - Tableau de bord 2017. Rennes : Observatoire régional de santé Bretagne, 2017. 98 p.
- Billot-Grasset A, Cariou M, Robaszekiewicz M, Nousbaum JB, Gagnière B, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Bretagne. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 167 p.
- 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 foetale: 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 Epidémiol 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 Epidémiol 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>]

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL BRETAGNE

Santé publique France

Marlène Faisant, Raphael Andler, Frank 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.

Autres auteurs (ARS Bretagne)

Dr Florence Tual, Coordonnateur régional addictions, Direction adjointe Prévention et promotion de la santé, ARS Bretagne
Anita Mangal, Direction adjointe Prévention et promotion de la santé, ARS Bretagne

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 l'Observatoire régional des urgences Bretagne.

Contact : Santé publique France Bretagne, cire-bretagne@santepubliquefrance.fr