

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Les action Santé publique France en prévention et promotion de la santé en matière d'alcool p.2 Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque p.2 Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France p.4 Consommation d'alcool dans la région Centre-Val de Loire p.11 Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Centre-Val de Loire p.15 Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Centre-Val de Loire p.19 Actions de prévention dans la région Centre-Val de Loire p.27 L'ANAS-LE Courbat, une filière de soins spécialisée en région Centre-Val de Loire p.29 Conclusion et perspectives p.30 Sources des données p.30 Définition des variables p.32 Effectifs régionaux des enquêtes p.33 Bibliographie p.34 Comité de rédaction p.35 Remerciements p.35

ÉDITO

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

Ces nouveaux repères de consommation d'alcool définis en 2019 ont été accompagnés de plusieurs campagnes d'information pour rappeler à chacun que la consommation d'alcool comporte des risques. L'accent a été mis sur deux publics en particulier : les femmes enceintes et les jeunes (campagne « Amis aussi la nuit »). En effet, l'alcool est toxique pour le fœtus, il peut nuire à son développement et peut être à l'origine de malformations des organes ou entraîner des atteintes du cerveau. De la même manière, l'usage précoce et régulier des substances psychoactives peut s'avérer très nocif pour la maturation du cerveau tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

Ces actions participent de la mise en œuvre du Plan National de Mobilisation contre les Addictions 2018-2022 dont l'ambition première est de doter les enfants des compétences leur permettant de réduire leurs comportements à risque et de les faire grandir dans un environnement qui les expose moins à d'incessantes incitations. Cette ambition passe aussi par une transformation du fonds de lutte contre le tabac en fonds de lutte contre les addictions aux substances psychoactives : tabac, alcool et cannabis.

Pour en savoir plus sur les actions menées en région : cliquez [ici](#)

Dr Françoise DUMAY

Responsable de la Direction Santé Publique et Environnementale, Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

POINTS CLÉS

- En 2017 en Centre-Val de Loire chez les 18-75 ans, la prévalence standardisée de la consommation quotidienne d'alcool était estimée à 10,3 % et la prévalence brute à 11,1 % (France Métro. = 10,0 %). La prévalence standardisée des alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles était estimée à de 15,9 % et la prévalence brute à 15,5 % (France Métro. = 16,2 %).
- La part de consommateurs quotidiens était plus important chez les hommes (16,2 %) que chez les femmes (4,7 %) et augmentait avec l'âge (2,6 % chez les 18-30 ans et 25,5 % chez les 60-75 ans). La part d'API mensuelles était également plus importante chez les hommes (25,5 %) que chez les femmes (6,1 %) mais diminuait avec l'âge (26,1 % chez les 18-30 ans et 7,3 % chez les 60-75 ans).
- En 2017, en Centre-Val de Loire, 86,1 % des jeunes de 17 ans avait expérimenté au moins une fois l'alcool et 7,9 % en avait une consommation régulière, des taux comparables à la France Métropolitaine (resp. 85,7 % et 8,4 %) ; 13,7 % des jeunes âgés de 17 ans avait des API répétées, un taux significativement plus bas que celui de la Métropole (16,4 %).
- En 2017, les pathologies en lien direct avec l'alcool représentaient 1,16 % des passages aux urgences dans la région (1,38 % en France). Cette part d'activité était plus importante chez les hommes (1,75 %) que chez les femmes (0,59 %) et chez les personnes âgées de 46-60 ans (Hommes : 4,18 % / Femmes : 1,69 %). Les recours aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool étaient plus importants dans le Cher (Hommes : 2,46 % / Femmes : 0,89 %) et l'Indre (Hommes : 2,41 % / Femmes : 0,88 %).
- Entre 2007 et 2016, l'incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx était de 4,7 pour 100 000 personnes-années chez la femme et 20,5 chez l'homme. Chez l'homme, l'incidence était plus élevée dans le Cher (25,0) qu'en France (20,3). Entre 2007 et 2014, la mortalité par cancer lèvres-bouche-pharynx était estimée à 1,1 personnes-années chez la femme et 6,3 chez l'homme. Chez l'homme, la mortalité était significativement plus élevée dans le Cher (8,7) et l'Eure-et-Loire (6,8) qu'en France (5,9).
- Entre 2007 et 2016, l'incidence du cancer de l'œsophage était de 1,5 pour 100 000 personnes-années chez la femme et 7,2 chez l'homme. Entre 2007 et 2014, la mortalité par cancer de l'œsophage était estimée à 0,9 personnes-années chez la femme et 5,4 chez l'homme. Chez l'homme, la mortalité était significativement plus élevée dans le Cher (6,4) et l'Indre (7,6) qu'en France (5,2).
- Entre 2013 et 2015, la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool était estimée à 12,1 pour 100 000 habitants chez la femme (France = 12,0) et 52,2 chez l'homme (France = 49,2). Les taux standardisés de mortalité étaient particulièrement élevés dans le Cher, chez la femme (14,8) et chez l'homme (49,2).

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 grand 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 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.MEDICIN.FR



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

Parlez-en à
votre médecin



© 0 800 800 830
ALCOOL.MEDICIN.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.MEDICIN.FR



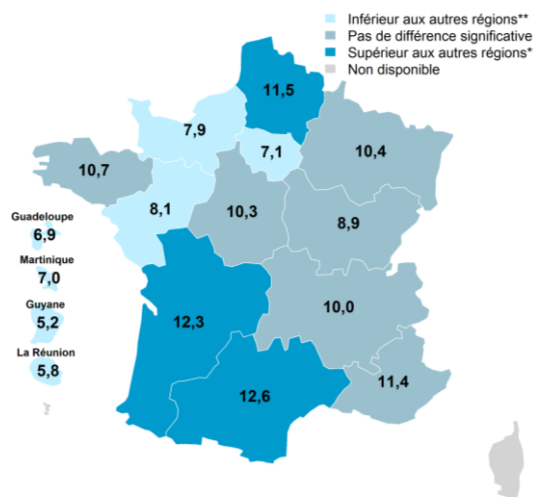
COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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

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

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

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



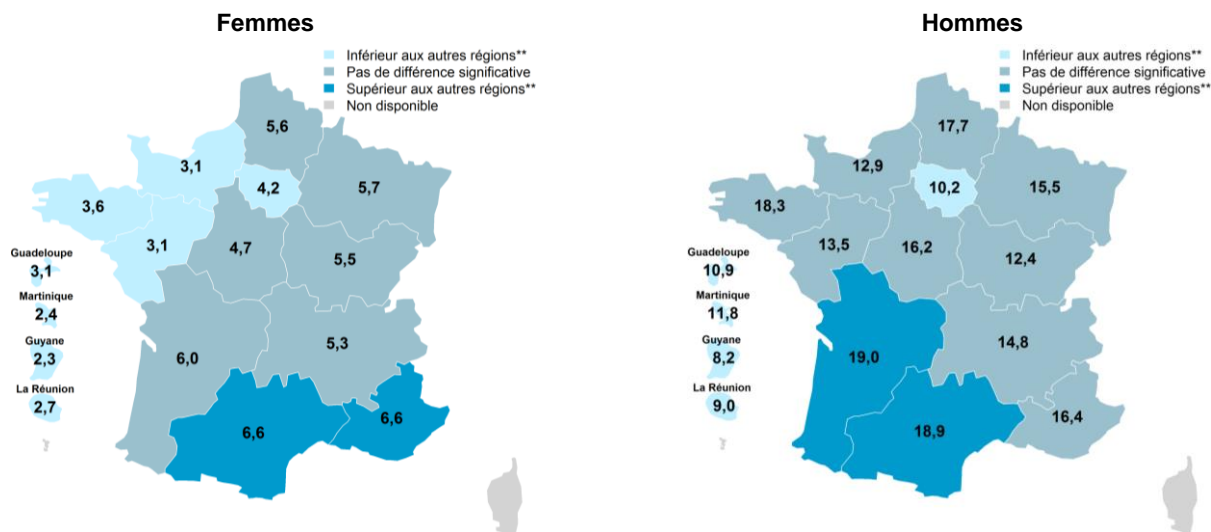
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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



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

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

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

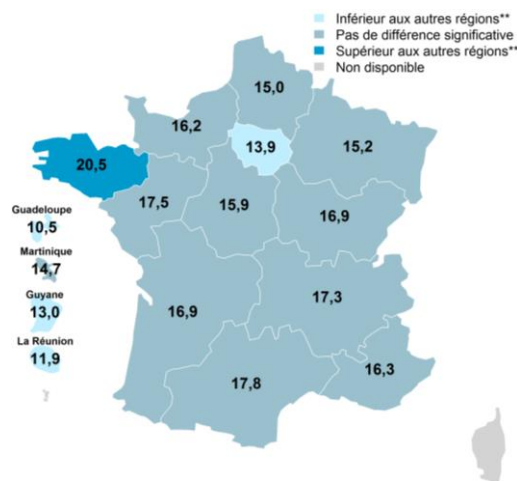
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à 6,6 % (Occitanie 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 Centre-Val de Loire, ces prévalences étaient de 4,7 % chez les femmes et de 16,2 % 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.

La **prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes** (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles variait selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne et la moyenne de la France métropolitaine était de 16,2 % (figure 3, tableau 1). Seule l'Île-de-France (13,9 %) affichait une prévalence significativement plus faible par rapport à la moyenne des autres régions, tandis que la Bretagne présentait une prévalence significativement plus élevée (20,5 %). **La région Centre-Val de Loire (15,9 %) ne différait pas de la moyenne des autres régions.** 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.

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 4). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 6,1 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 9,3 % (Occitanie) chez les femmes et de 21,4 % (Île-de-France) à 32,4 % (Bretagne) chez les hommes. **En région Centre-Val de Loire, ces prévalences étaient de 6,4 % chez les femmes et de 25,9 % 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 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



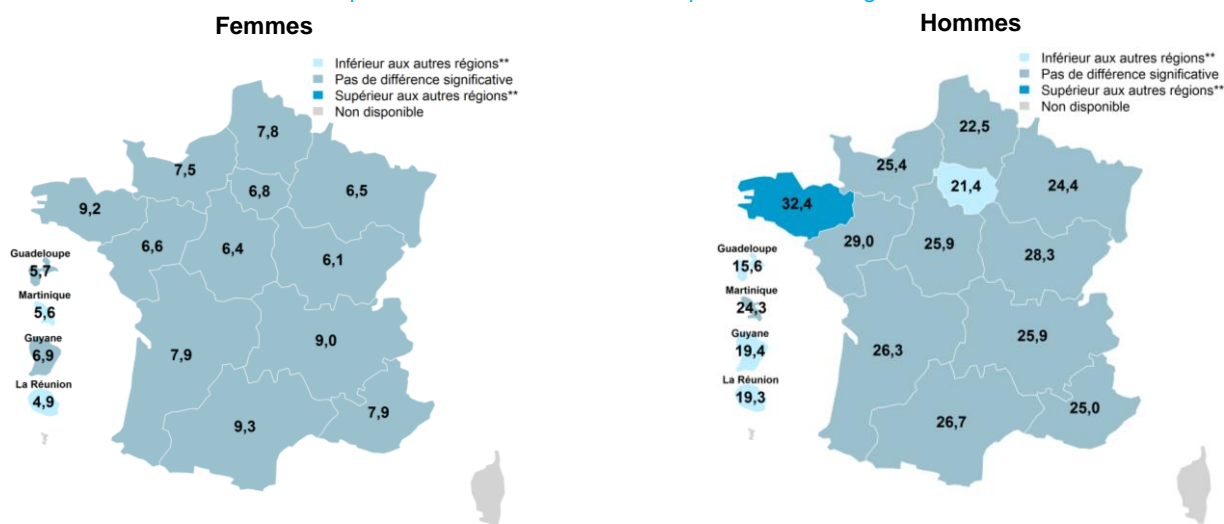
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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 mensuelles chez les adultes de 18 à 75 ans en 2017 (France métropolitaine) et en 2014 (départements et régions d'outre-mer)

Région	Consommation quotidienne (prévalence brute)	IC 95 %	Consommation quotidienne (prévalence standardisée ^a)	IC 95 %	Alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (prévalence brute)	IC 95 %	Alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (prévalence standardisée ^a)	IC 95 %
Guyane	4,5 %	[3,5 - 5,9]	5,2 %	[3,9 - 6,8]	16,2 %	[14,1 - 18,6]	13,0 %	[11,2 - 15,0]
La Réunion	5,2 %	[4,1 - 6,5]	5,8 %	[4,6 - 7,2]	12,9 %	[11,2 - 14,9]	11,9 %	[10,3 - 13,8]
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. IC95% : intervalle de confiance à 95%.

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).

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, les prévalences standardisées de la consommation hebdomadaire par type d'alcool chez les 18-75 ans étaient, en France métropolitaine, de 30,0 % pour le vin, 17,2 % pour la bière, 9,7 % pour l'alcool fort et 4,3 % pour les autres types d'alcool.

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 %). **La région Centre-Val de Loire (26,9 %) ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.**

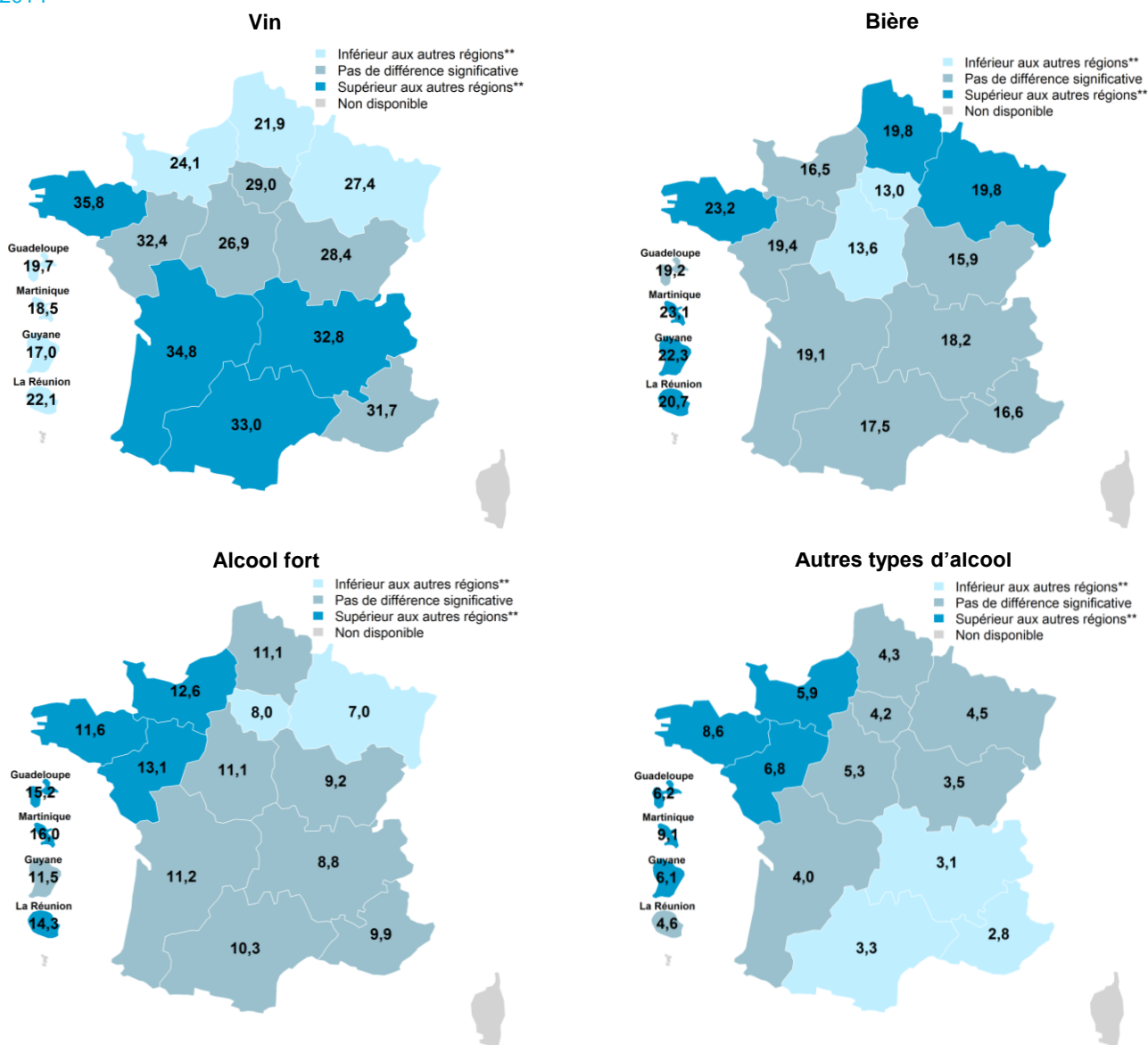
Pour la bière, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 13,0 % en Île-de-France à 23,2 % en Bretagne (figure 5). La prévalence était significativement plus élevée dans les Hauts-de-France (19,8 %), le Grand Est (19,8 %) et la Bretagne (23,2 %) comparée à la moyenne des autres régions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

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

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

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

Figure 5 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation hebdomadaire de vin, bière, 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 France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

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

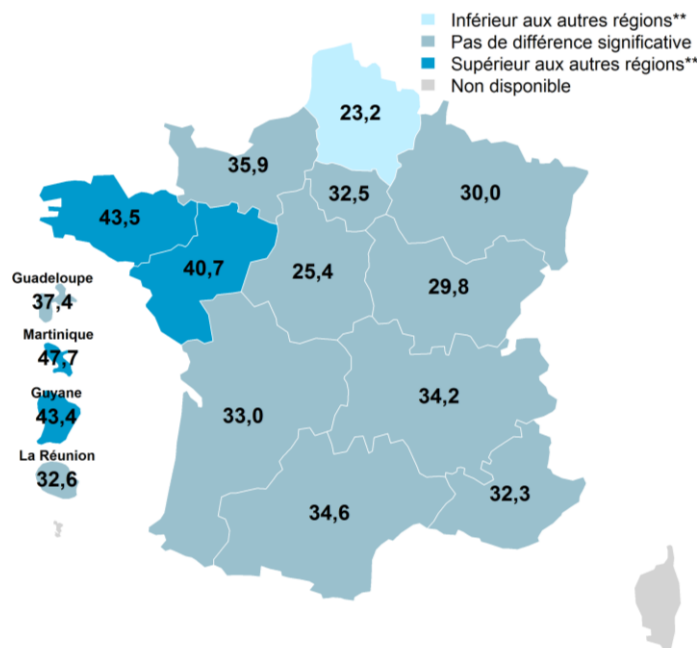
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la **consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans** s'élevait à 32,5 % pour la France métropolitaine et variait de 23,2 % à 43,5 % selon les régions de France métropolitaine (figure 6). Seuls les Hauts-de-France (23,2 %) présentaient une prévalence hebdomadaire significativement inférieure à la moyenne des autres régions de France métropolitaine tandis que les Pays de la Loire (40,7 %) et la Bretagne (43,5 %) se distinguaient par des prévalences significativement plus élevées. **La région Centre-Val de Loire (25,4 %) ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.**

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 n'en différaient pas.

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



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

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

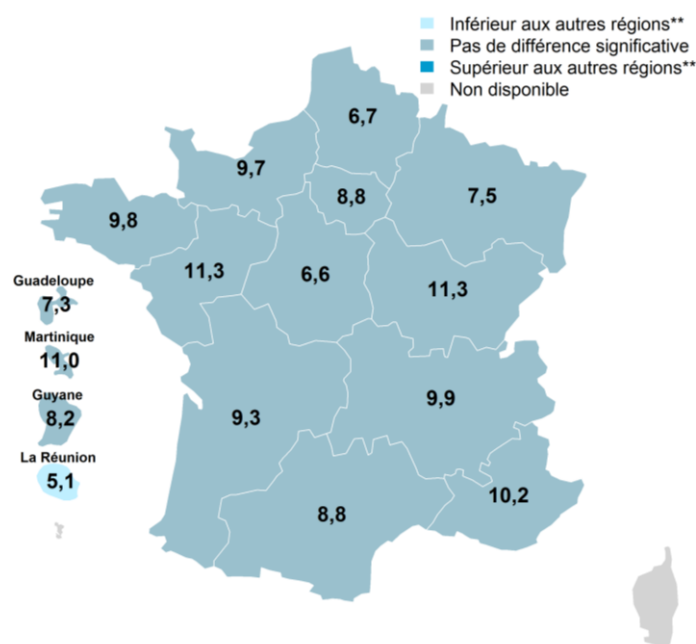
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

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

D'après la même enquête, la **prévalence hebdomadaire des alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires chez les adultes de 18 à 30 ans** était de 9,0 % en France métropolitaine. Celle-ci variait de 6,6 % (Centre-Val de Loire) à 11,3 % (Pays de la Loire et Bourgogne-Franche-Comté) selon les régions de France métropolitaine (figure 7), mais aucune d'entre elles ne différaient de la moyenne des autres régions métropolitaines.

Pour les DROM, seule La Réunion (5,1 %) se distinguait par une prévalence significativement plus faible que la moyenne de la France métropolitaine.

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



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

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

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

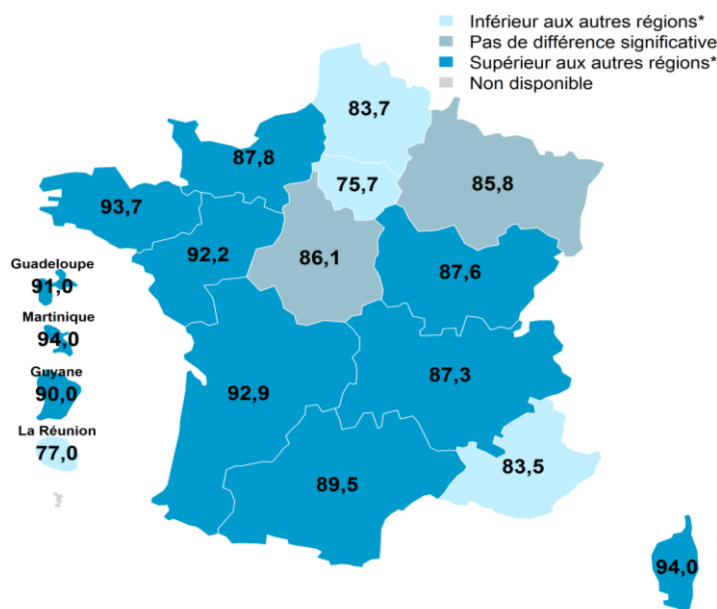
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans

En 2017, selon l'enquête Escapad (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), la prévalence de l'**expérimentation d'alcool** (avoir déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans sa vie) chez les jeunes de 17 ans variait de 75,7 % à 94,0 % selon les régions de France métropolitaine (figure 8), avec une moyenne de 85,7 % pour la France métropolitaine. Les régions Île-de-France (75,7 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (83,5 %) et Hauts-de-France (83,7 %) présentaient des prévalences significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. A l'inverse, les régions Auvergne-Rhône-Alpes (87,3 %), Bourgogne-Franche-Comté (87,6 %), Normandie (87,8 %), Occitanie (89,5 %), Pays de la Loire (92,2 %), Nouvelle-Aquitaine (92,9 %), Bretagne (93,7 %) et Corse (94,0 %) affichaient des prévalences significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine. **La région Centre-Val de Loire (86,1 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

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

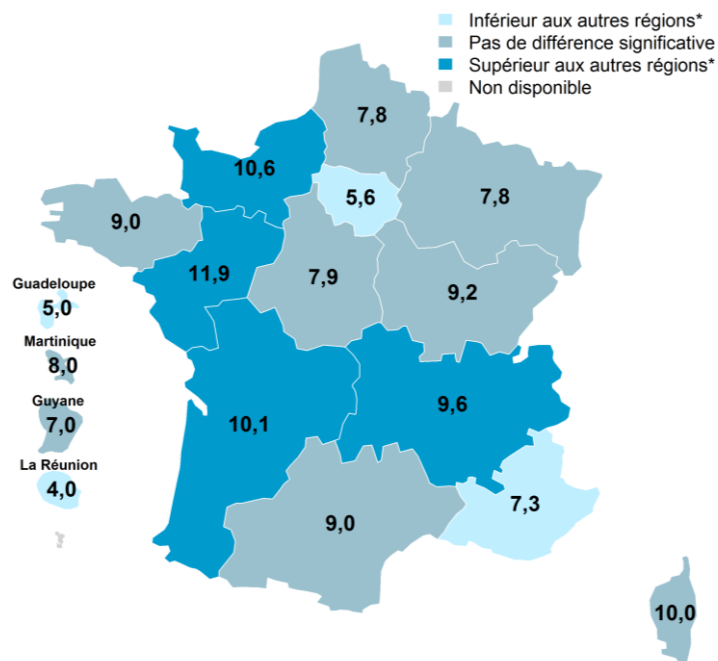
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne 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).

D'après la même enquête, la prévalence de l'**usage régulier d'alcool** (au moins 10 usages au cours du dernier mois) chez les jeunes de 17 ans variait de 5,6 % à 11,9 % selon les régions de France métropolitaine (figure 9), avec une moyenne de 8,4 % pour la France métropolitaine. L'Île-de-France (5,6 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,3 %) présentaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne 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 Centre-Val de Loire (7,9 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

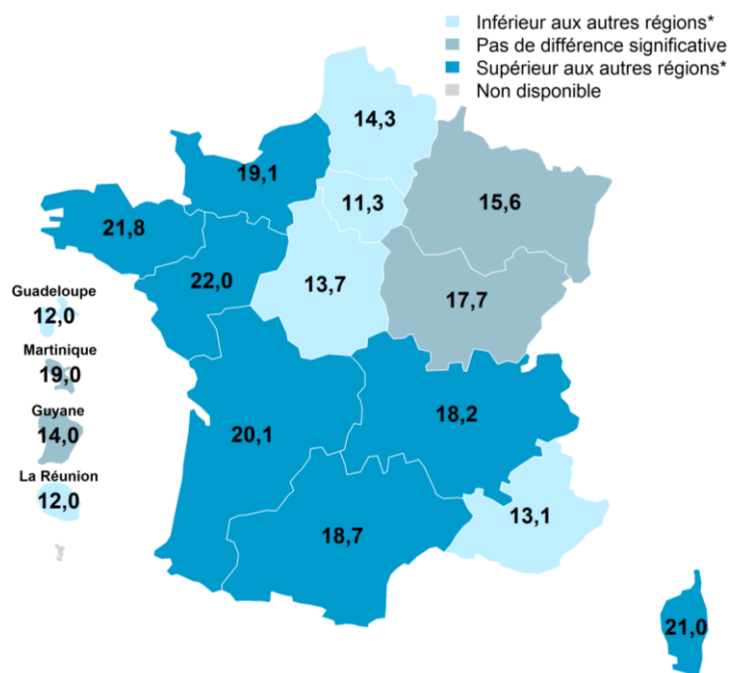
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

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).

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

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

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

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

CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

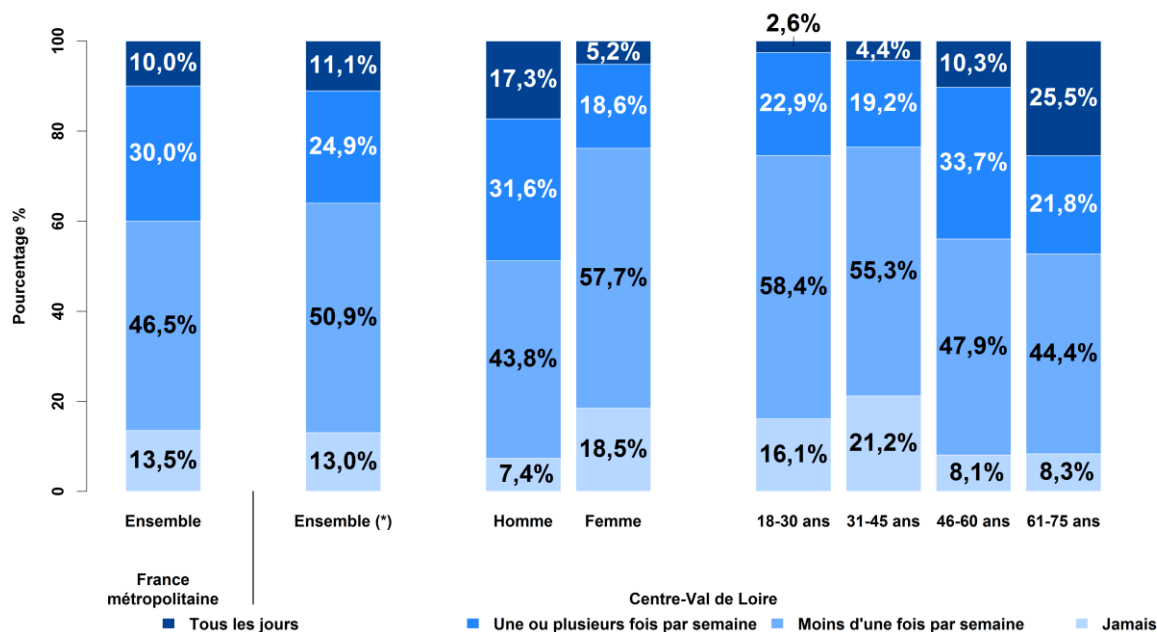
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2017, en Centre-Val de Loire, **36,0 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine** dont 11,1 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 % (différence significative avec celles de la région ; figure 11).

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Centre-Val de Loire. Ainsi, 17,3 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 5,2 % des femmes. La consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les 61-75 ans (25,5 %) que chez les 18-30 ans (2,6 %), les 31-45 ans (4,4 %) et les 46-60 ans (10,3 %)

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



* différence significative (comparaison avec les autres régions).

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

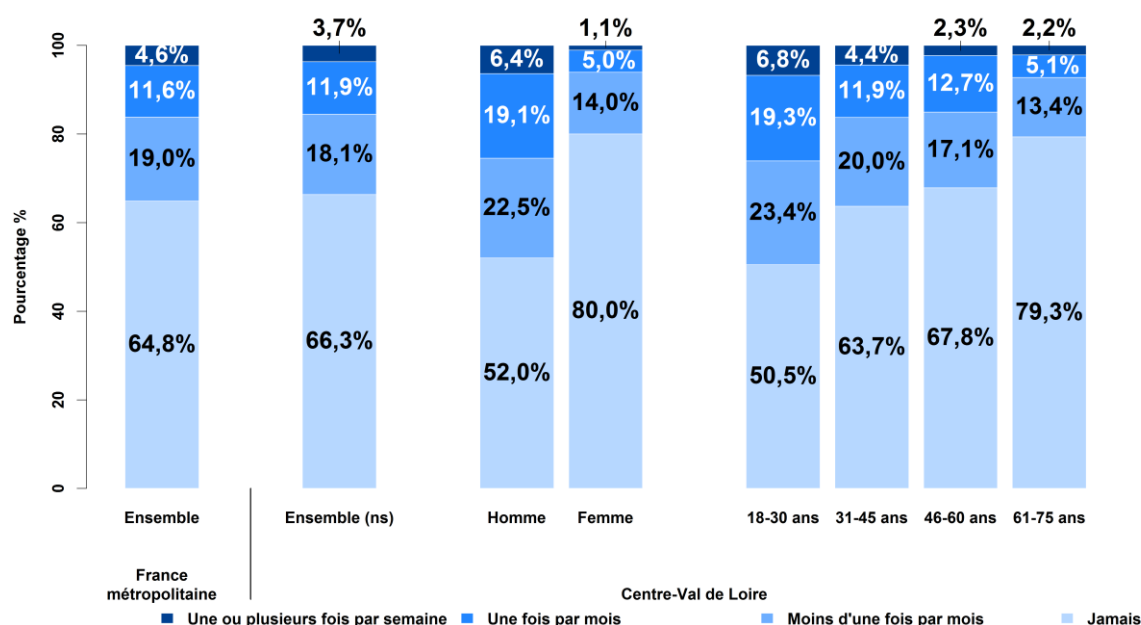
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017, en Centre-Val de Loire, **33,7 % 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 11,9 % au moins une fois par mois et 3,7 % au moins une fois par semaine (figure 12). En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 35,2 %, 16,2 % et 4,6 % (différence non significative avec celles de la région).

En Centre-Val de Loire, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (48,0 % dont 25,5 % au moins une fois par mois et 6,4 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (20,0 % dont 6,1 % au moins une fois par mois et 1,1 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (49,5 % dont 26,1 % au moins une fois par mois et 6,8 % au moins une fois par semaine) ; elle diminuait ensuite avec l'âge.

Figure 12 : Fréquence des API au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et Centre-Val de Loire, et selon le sexe et l'âge pour la région Centre-Val de Loire, 2017



(ns) différence non 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 Centre-Val de Loire, **le sexe, l'âge, les niveaux de revenu et de diplôme étaient significativement associés à la consommation quotidienne d'alcool** (tableau 2). La proportion de consommateur d'alcool au quotidien était plus élevée chez les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur baccalauréat (14,8 %) et diminuait lorsque le niveau de diplôme augmentait. A l'inverse, elle augmentait avec le niveau de revenu (de 4,5 % chez les personnes ayant un niveau de revenu faible à 15,5 % chez les personnes ayant un niveau de revenu élevé).

Tableau 2 : Facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois pour la région Centre-Val de Loire, 2017

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=473)	17,3	5,2***	[3,1-8,7]
Femme (réf.) (n=515)	5,2	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=154)	2,6	0,1***	[0,0-0,2]
31-45 ans (n=245)	4,4	0,1***	[0,1-0,3]
46-60 ans (n=323)	10,3	0,3***	[0,2-0,4]
61-75 ans (réf.) (n=266)	25,5	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)	**		
1er tercile (faible) (n=293)	4,5	0,5*	[0,2-1,0]
2e tercile (n=360)	14,2	1,2	[0,7-2,1]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=299)	15,5	1,0	
Refus/Nsp (n=36)	15,5	1,5	[0,5-5,1]
Diplôme en 3 modalités	***		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=441)	14,8	1,8	[1,0-3,4]
Bac (n=220)	7,0	1,3	[0,6-2,7]
Supérieur au Bac (réf.) (n=326)	5,8	1,0	

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

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

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

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

En 2017, en Centre-Val de Loire, **le sexe, l'âge et le niveau de revenus étaient associés aux API mensuelles**, indépendamment des autres variables (tableau 3). Un gradient était observé pour la variable niveau de revenus : les odds ratios (OR) associés aux API mensuelles diminuaient lorsque le niveau de revenu diminuait. Les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat avait un taux significativement plus élevé (15,9 %) que celles ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat (14,2 %),

Tableau 3 : Facteurs associés aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois en Centre-Val de Loire, 2017.

Variabiles explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=473)	25,5	5,3***	[3,4-8,3]
Femme (réf.) (n=514)	6,1	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=154)	26,1	5,0***	[2,6-9,7]
31-45 ans (n=245)	16,3	3,5***	[1,9-6,6]
46-60 ans (n=323)	15,1	2,2*	[1,2-3,9]
61-75 ans (réf.) (n=265)	7,3	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)	*		
1er tercile (faible) (n=292)	10,5	0,6*	[0,4-1,0]
2e tercile (n=360)	17,0	0,8	[0,5-1,2]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=299)	21,5	1,0	
Refus/Nsp (n=36)	11,4	0,6	[0,2-1,9]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=440)	15,9	1,8*	[1,1-2,9]
Bac (n=220)	16,3	1,4	[0,8-2,4]
Supérieur au Bac (réf.) (n=326)	14,2	1,0	

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

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

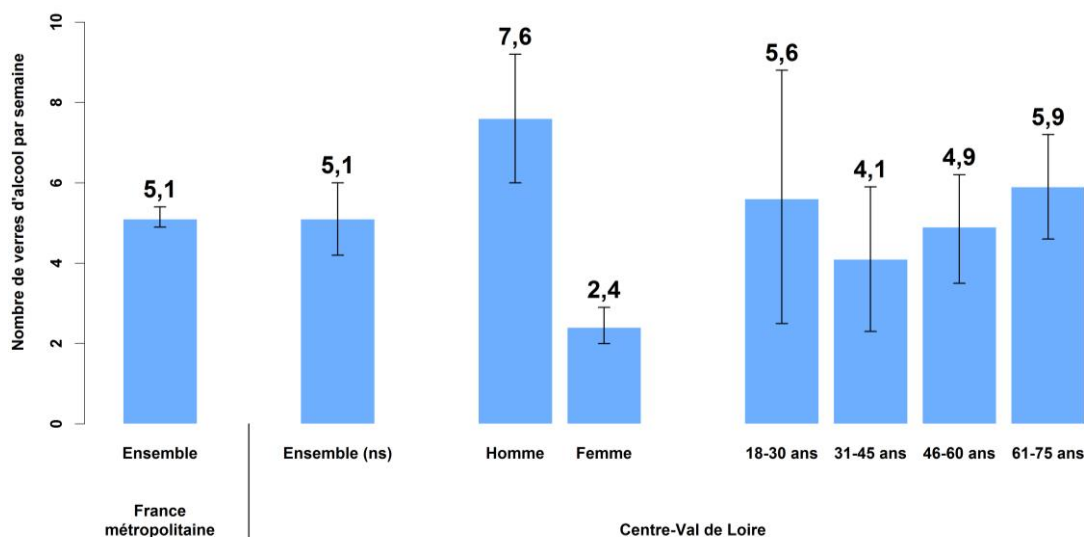
Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

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

Nombre de verres consommés

En 2017, en Centre-Val de Loire, **les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 5,1 [4,9-5,3] 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 (7,6 [6,0-9,2] contre 2,4 [2,0-2,9] chez les femmes). Cet indicateur était similaire chez les 46-60 ans (4,9 [3,5-6,2]), était un peu plus faible chez les 31-45 ans (4,1 [2,3-5,9]) et plus élevé dans les deux autres classes d'âges.

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 Centre-Val de Loire, et selon le sexe et l'âge pour la région Centre-Val de Loire, 2017



(ns) différence non significative

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

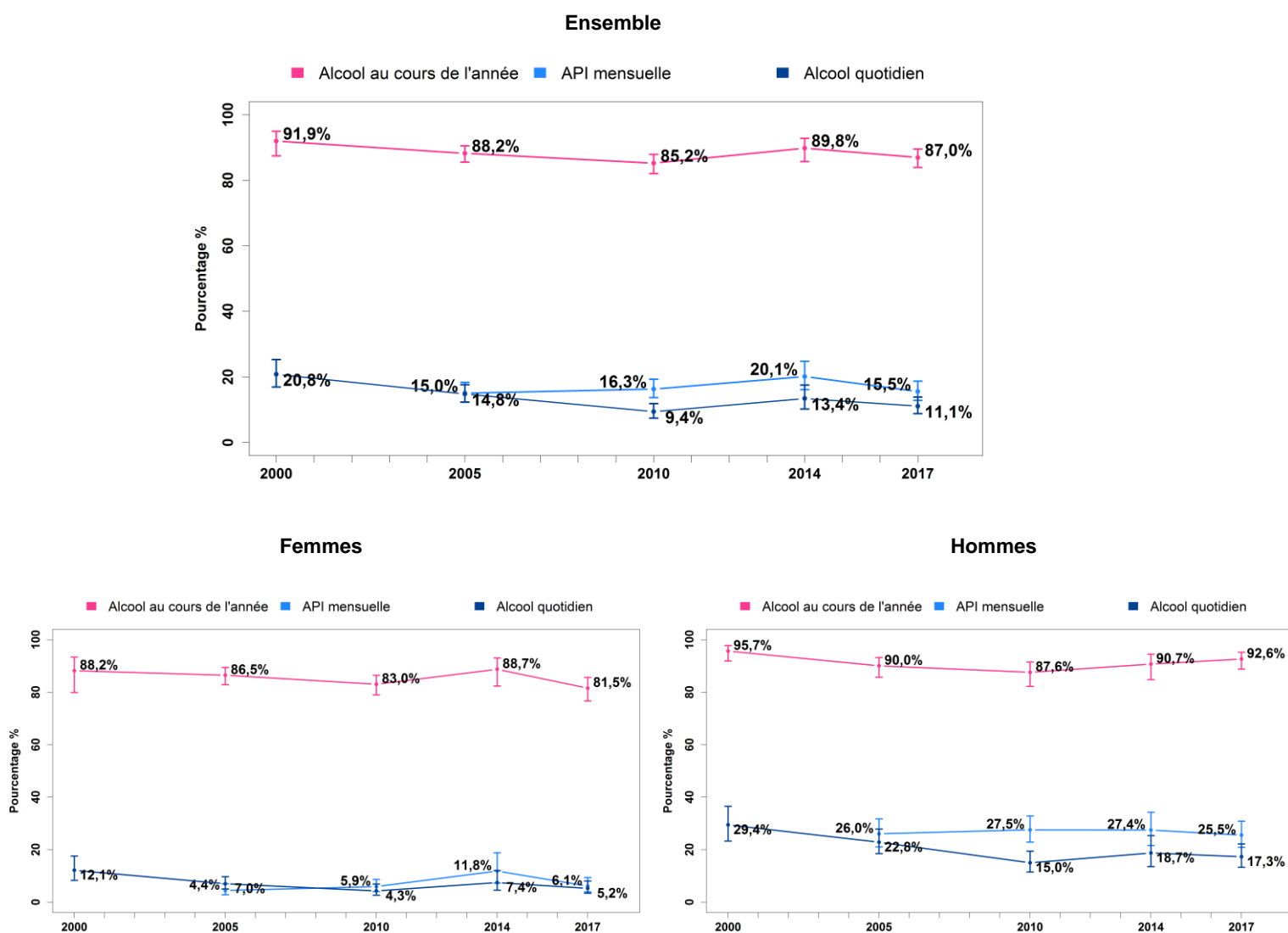
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Evolutions

En Centre-Val de Loire, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année est passé de 91,9 % en 2000 à 87,0 % en 2017. Chez les femmes, hormis une hausse observée en 2014, la tendance est à la baisse avec une prévalence de la consommation d'alcool dans l'année passant de 88,2 % en 2000 à 81,5 % en 2017, alors que chez les hommes, cette prévalence reste globalement stable (95,7 % en 2000 et 92,6 % en 2017)

Après avoir augmenté de 15,0 % à 20,1 % entre 2005 et 2014, la prévalence des API mensuelles a ensuite diminué en 2017 à 15,5 %. La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool a diminué entre 2000 et 2010 (de 20,8 % à 9,4 %) et est désormais globalement stable (11,1 % en 2017). Ces évolutions sont également retrouvées chez les hommes et chez les femmes pour ces deux indicateurs avec des tendances plus marquées chez les hommes.

Figure 14 : Evolutions de la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année, des API mensuelles et de la consommation quotidienne d'alcool entre 2000 et 2017, et selon le sexe pour la région Centre-Val de Loire



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 CENTRE-VAL DE LOIRE

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.

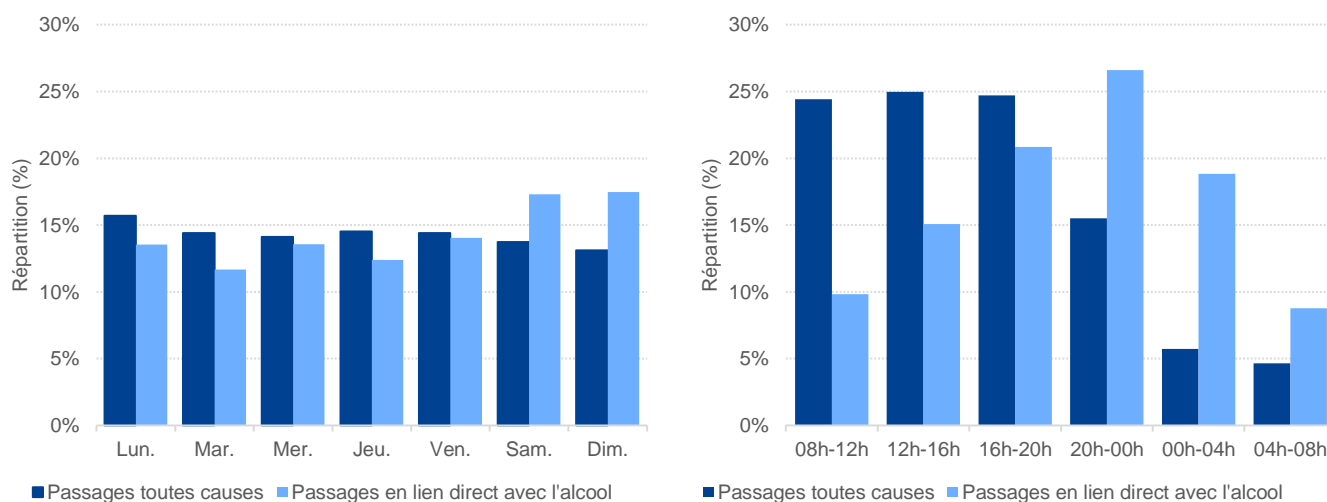
Répartitions journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 4 611 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 25 services d'urgence (SU) de la région Centre-Val de Loire participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 13 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi **1,16 % 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 Centre-Val de Loire en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine (figure 15), 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 stable du lundi au jeudi (entre 11,7 % et 13,6 % des passages hebdomadaires) avec **une nette augmentation en fin de semaine**. Quasiment la moitié (48,8 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au dimanche. Le samedi et dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne respectivement 1,47 % et 1,51 % de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 15), **les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires 16-20h, 20h–minuit et minuit-4h** (respectivement 20,9 %, 26,6 % et 18,8 % des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 1,92 %, 3,57 % et 2,05 % 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 Centre-Val de Loire en 2017



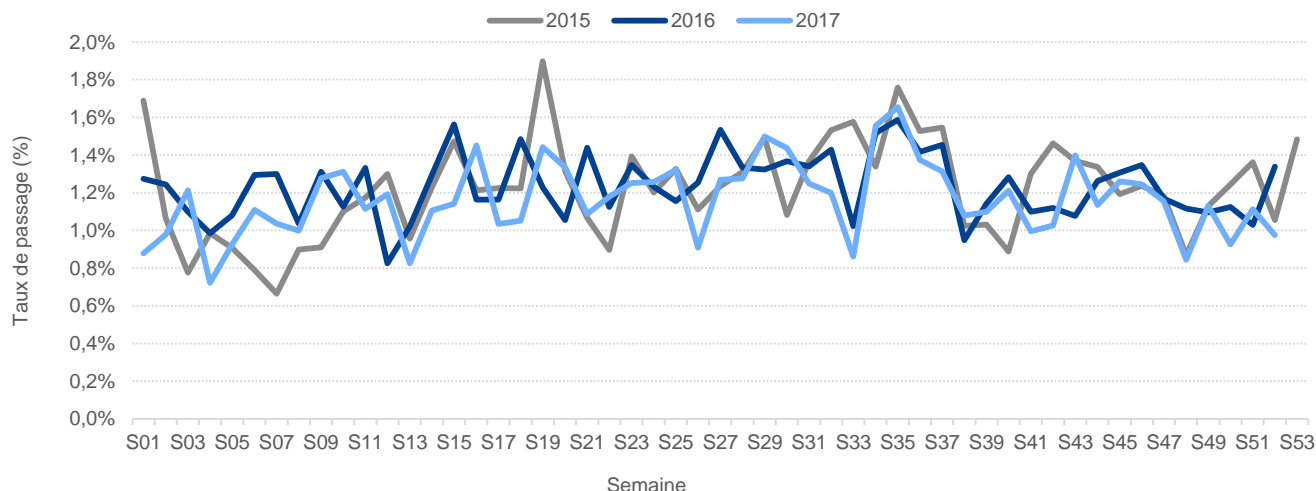
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

La figure 16 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool dans la région Centre-Val de Loire de 2015 à 2017. On note une augmentation des recours pour passages en lien direct avec l'alcool au moment de la rentrée de septembre (semaines 35-37) et, de manière moins marquée, au moment des fêtes de fin d'année.

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 1,22 % en 2015 à 1,16 % 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 Centre-Val de Loire sur la période 2015-2017

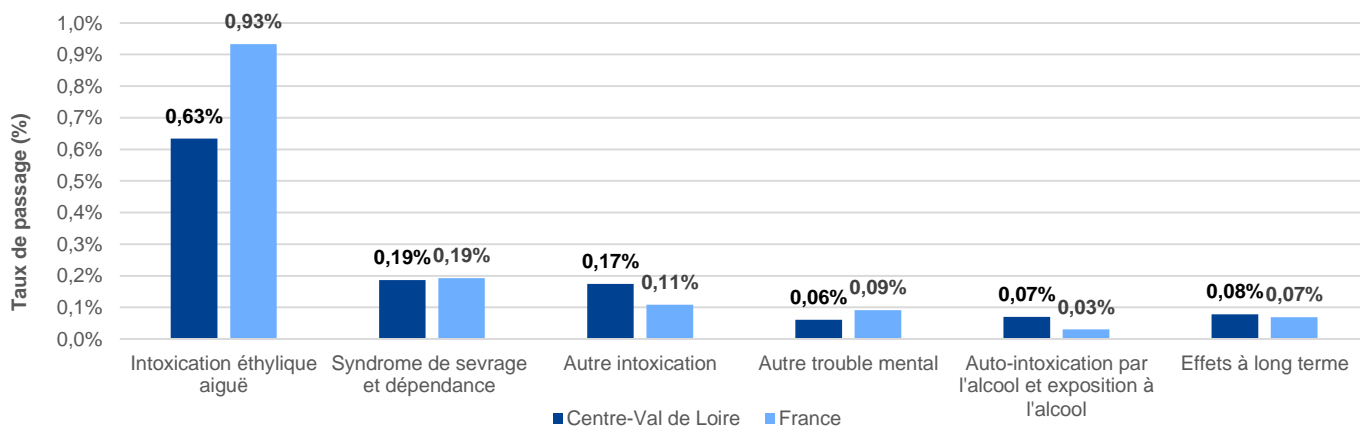


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 Centre-Val de Loire en 2017, **l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 0,63 % de l'ensemble des passages aux urgences et 54,4 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool**. Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, auto-intoxication par l'alcool et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,06 % et 0,19 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies dans la région était comparable à celle observée au niveau national.

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 Centre-Val de Loire en 2017



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

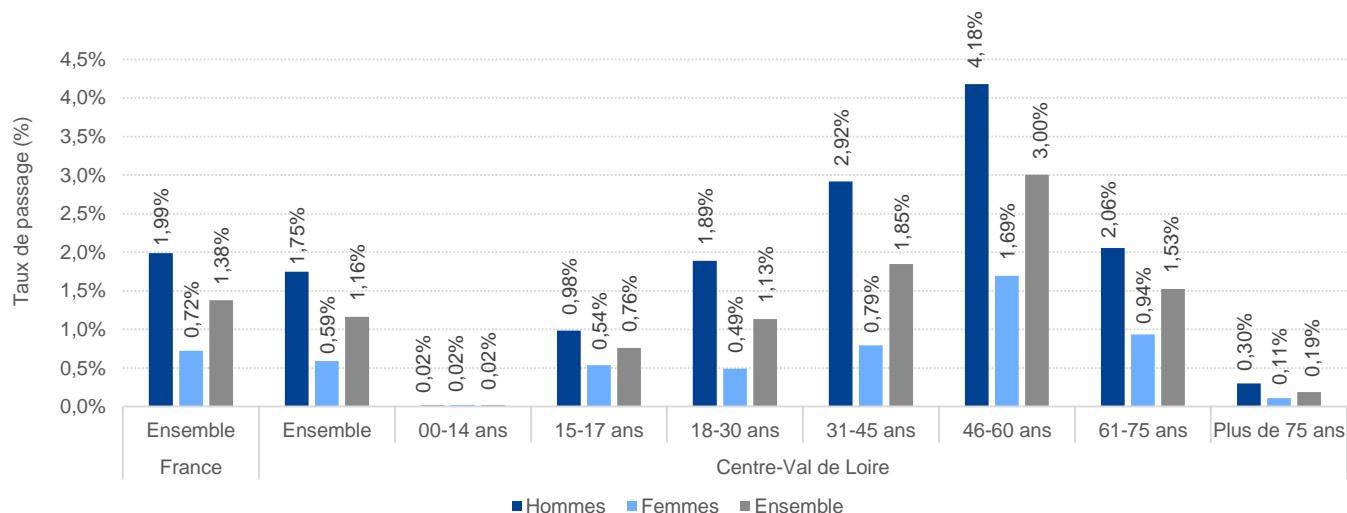
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en région Centre-Val de Loire comme au niveau national, **le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (1,75 %) que chez les femmes (0,59 %) (figure 18)**.

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,02 % de l'activité). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son **maximum (4,18 %) chez les 46-60 ans** et diminuer ensuite jusqu'à atteindre 0,30 % chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires. Pour les 0-14 ans, le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,02 %. Il augmentait ensuite progressivement avec l'âge, pour atteindre **1,69 % chez les 46-60 ans**. Le taux diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,11 % 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 Centre-Val de Loire en 2017



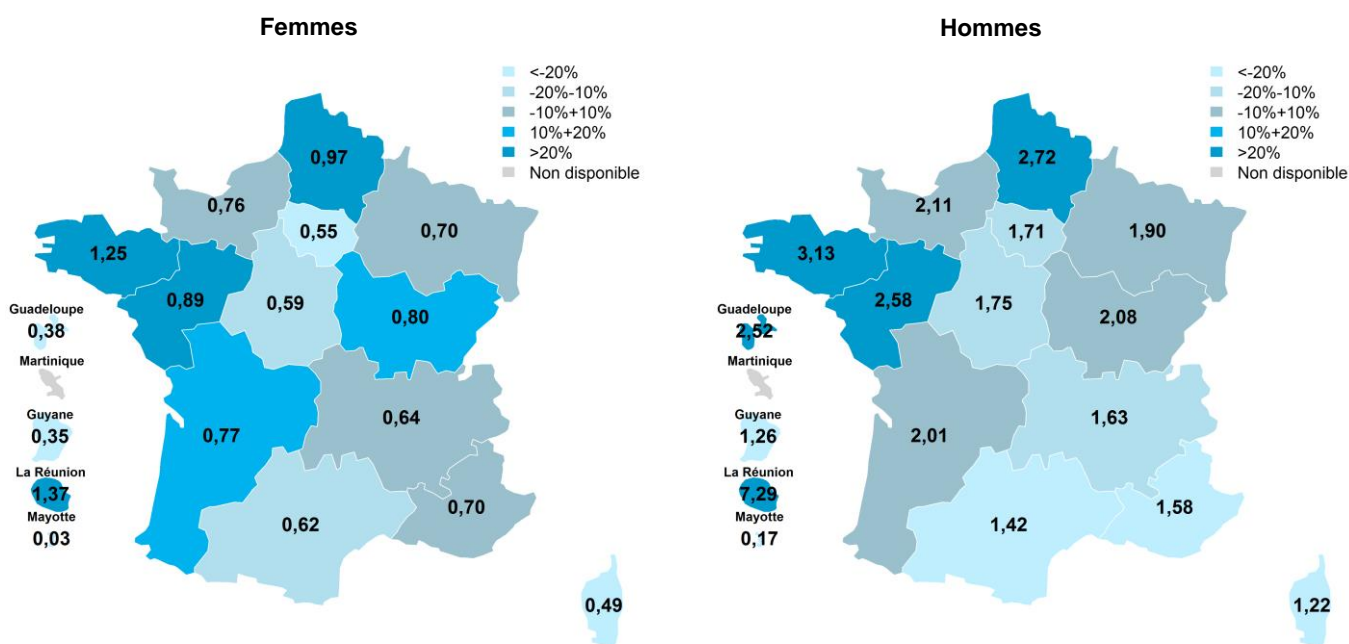
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

Comparaisons régionales et départementales

En 2017, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 0,70 % **chez les femmes** (figure 19). À Mayotte (0,03 %), à Saint-Barthélemy (0,28 %), en Guyane (0,35 %), en Guadeloupe (0,38 %), et en Corse (0,49 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. A l'inverse, La Réunion (1,37 %), la Bretagne (1,25 %), les Hauts-de-France (0,97 %) et les Pays de la Loire avaient des taux supérieurs de plus de 20 % à celui du national. **En région Centre-Val de Loire, le taux de passage aux urgences (0,59 %) était inférieur de 18 % au taux national.**

Chez les hommes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 1,99 % (figure 19). 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 %) et 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. **En région Centre-Val de Loire, le taux de passage aux urgences (1,75 %) était inférieur de 12 % au taux national.**

Figure 19 : Taux bruts régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017

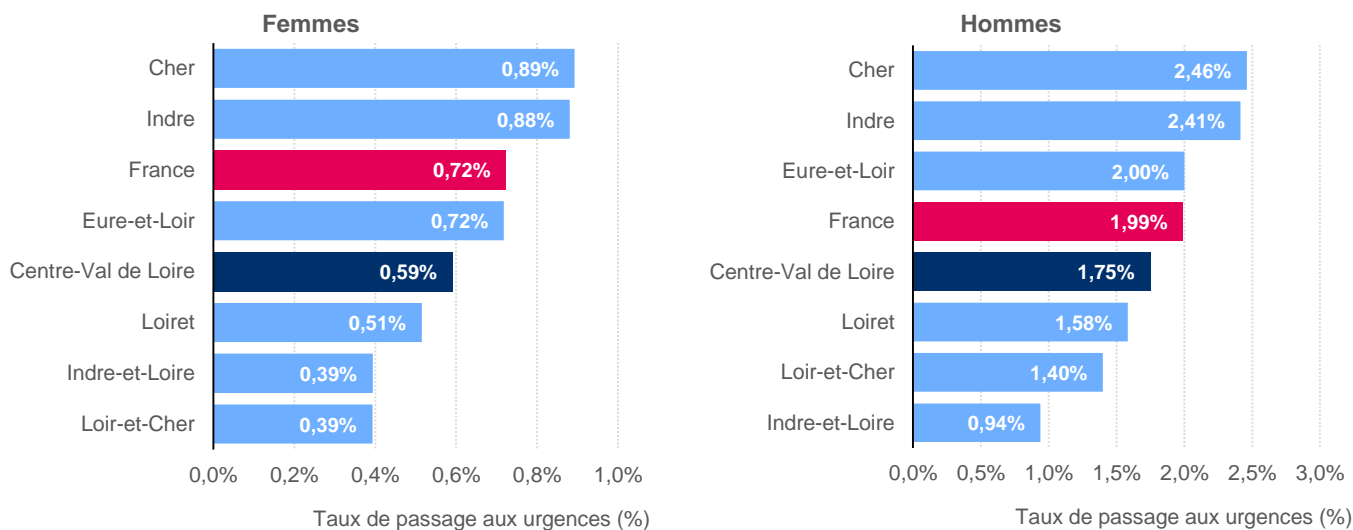


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017 dans la région Centre-Val de Loire, 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 les départements du Loir-et-Cher (0,39 %) et de l'Indre-et-Loire (0,39 %) et de plus de 10 % inférieur dans le département du Loiret (0,51 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 20 % supérieur au taux régional dans les départements de l'Eure-et-Loir (0,72 %), de l'Indre (0,88 %) et du Cher (0,89 %).

Chez les hommes, la tendance départementale est similaire. Le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus de 20 % inférieur au taux régional dans le département de l'Indre-et-Loire (0,94 %), plus de 10 % inférieur dans le département Loir-et-Cher (1,40 %) (figure 20) et plus de 5% inférieur dans le département du Loiret (1,58 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 20 % supérieur au taux régional dans le Cher (2,46 %) et l'Indre (2,41 %) et 10 % supérieur au taux régional en Eure-et-Loir (2,00 %).

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



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 CENTRE-VAL DE LOIRE

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'oesophage et du larynx. Les effets cancérigènes de l'alcool, se syngent à ceux du tabac en cas d'exposition conjointe.

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

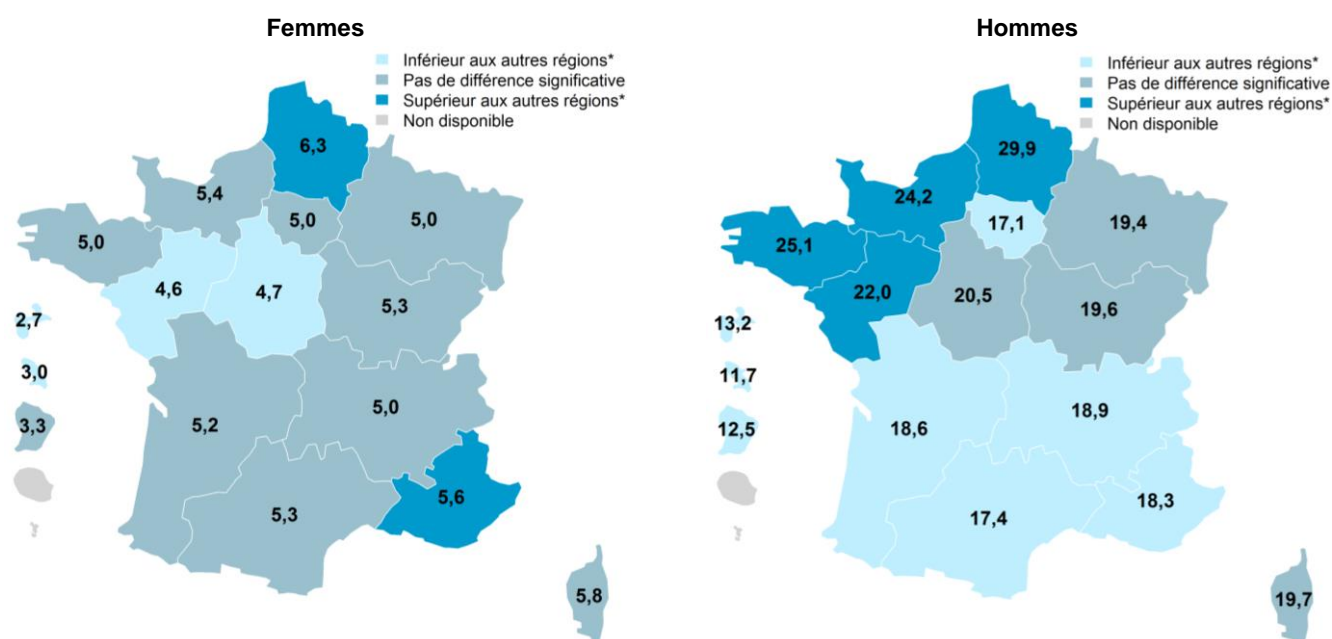
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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

Chez les femmes (figure 21), 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 [4,4-5,1])** présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,6) et Hauts-de-France (6,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 21), huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne nationale : 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 nationale : les Pays de la Loire (22,0), la Normandie (24,2), la Bretagne (25,1) et les Hauts-de-France (29,9). **La région Centre-Val de Loire (20,5 [19,6-21,4]) ne différait pas de la moyenne nationale.**

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.

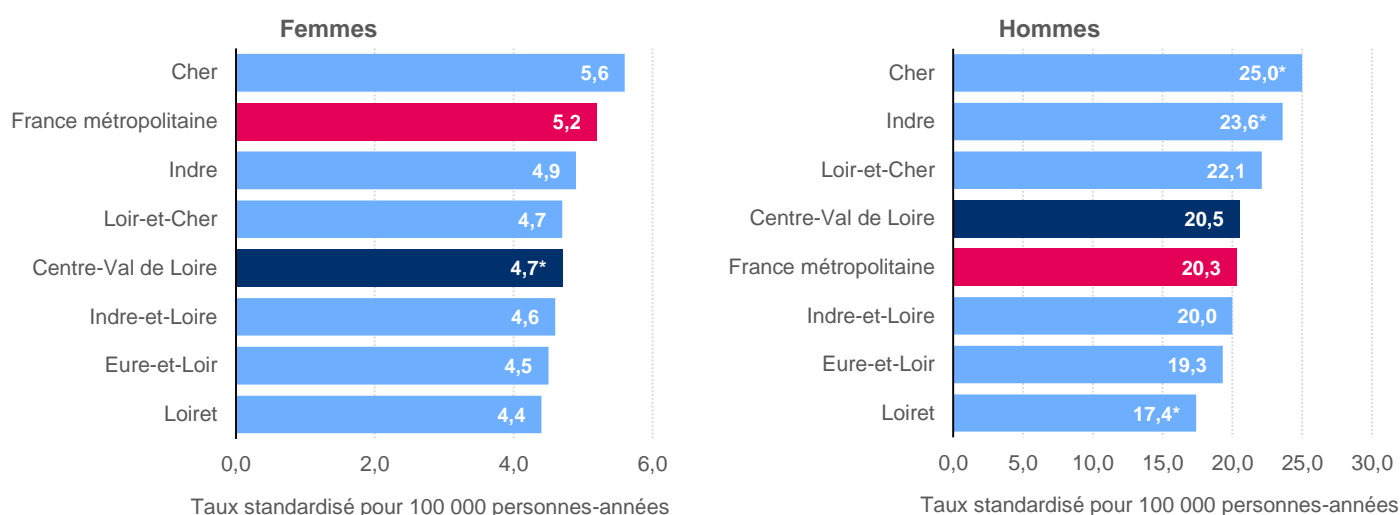
* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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 Centre-Val de Loire (figure 22), les taux départementaux standardisés d'incidence variaient chez les femmes de 4,4 [3,9-5,1] pour 100 000 personnes-années dans le Loiret à 5,6 [4,7-6,7] dans le Cher. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 17,4 [15,9-19,0] pour 100 000 personnes-années dans le Loiret à 25,0 [22,7-27,7] dans le Cher. Le département du Loiret présentait un taux significativement plus bas que la moyenne nationale tandis que les départements du Cher et de l'Indre (23,6 [21,1-26,6]) présentaient un taux significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. Les autres départements de la région ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

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 Centre-Val de Loire

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

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

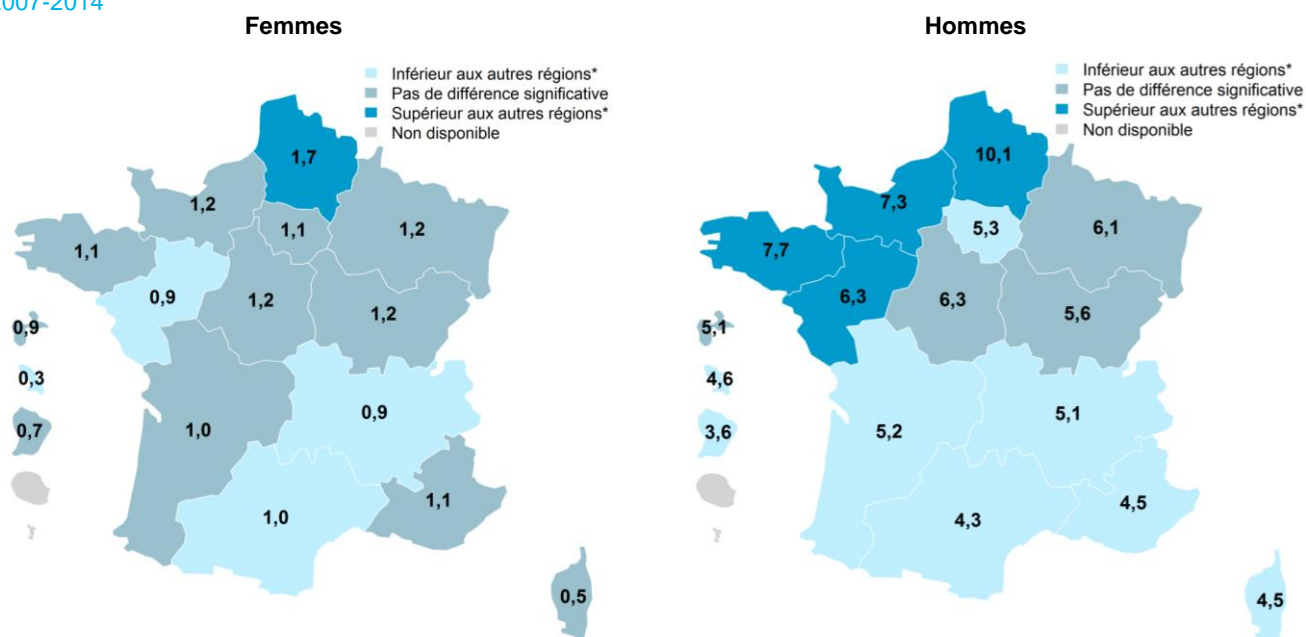
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

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

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

Chez les femmes (figure 23), 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 Centre-Val de Loire (1,2 [1,1-1,4]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

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).

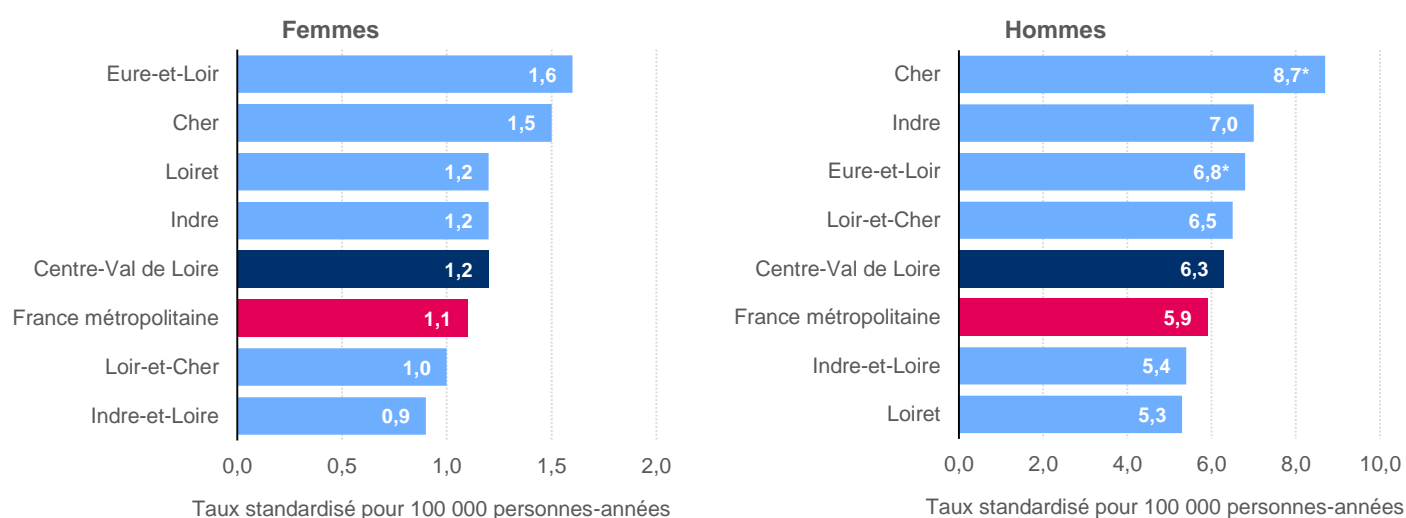
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Chez les hommes (figure 23), huit régions se distinguaient par des taux standardisés de mortalité significativement plus bas : la Guyane (3,6 pour 100 000 personnes-années), l'Occitanie (4,3), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,5), la Corse (4,5), la Martinique (4,6), Auvergne-Rhône-Alpes (5,1), la Nouvelle-Aquitaine (5,2) et l'Île-de-France (5,3). À l'inverse, les régions Pays de la Loire (6,3), Normandie (7,3), Bretagne (7,7) et Hauts-de-France (10,1) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus élevés. **La région Centre-Val de Loire (6,3 [6,0-6,7]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Au sein de la région Centre-Val de Loire (figure 24), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes, variaient de 0,9 [0,7-1,4] pour 100 000 personnes-années en Indre-et-Loire à 1,6 [1,2-2,3] en Eure-et-Loir. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 5,3 [4,6-6,1] pour 100 000 personnes-années dans le Loiret à 8,7 [7,5-10,3] dans le Cher. Les taux standardisés de mortalité dans les départements du Cher et de l'Eure-et-Loir (6,8 [5,9-7,9]) étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. Les autres départements de la région ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

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 Centre-Val de Loire



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

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

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

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

Le cancer de l'œsophage

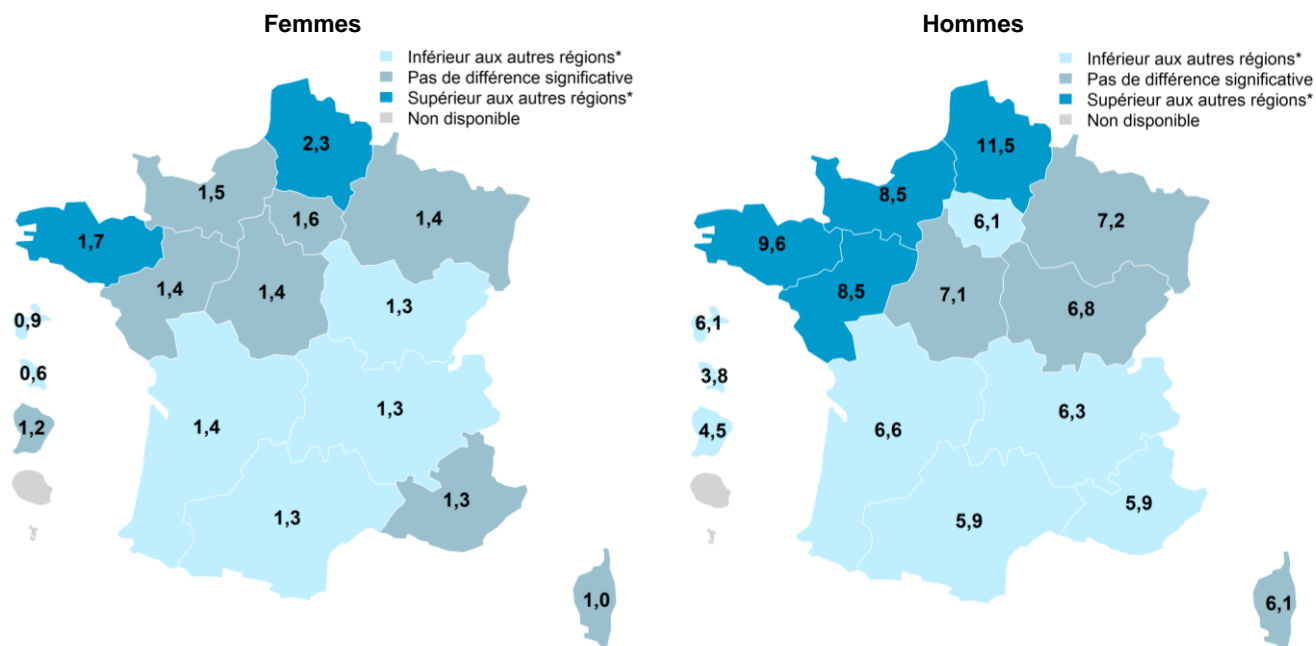
• Incidence du cancer de l'œsophage

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

Chez les femmes (figure 25), 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) et Hauts-de-France (2,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. **La région Centre-Val de Loire (1,4 [1,3-1,7]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Chez les hommes (figure 25), huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (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) et les Hauts-de-France (11,5). **La région Centre-Val de Loire (7,1 [6,6-7,8]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

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

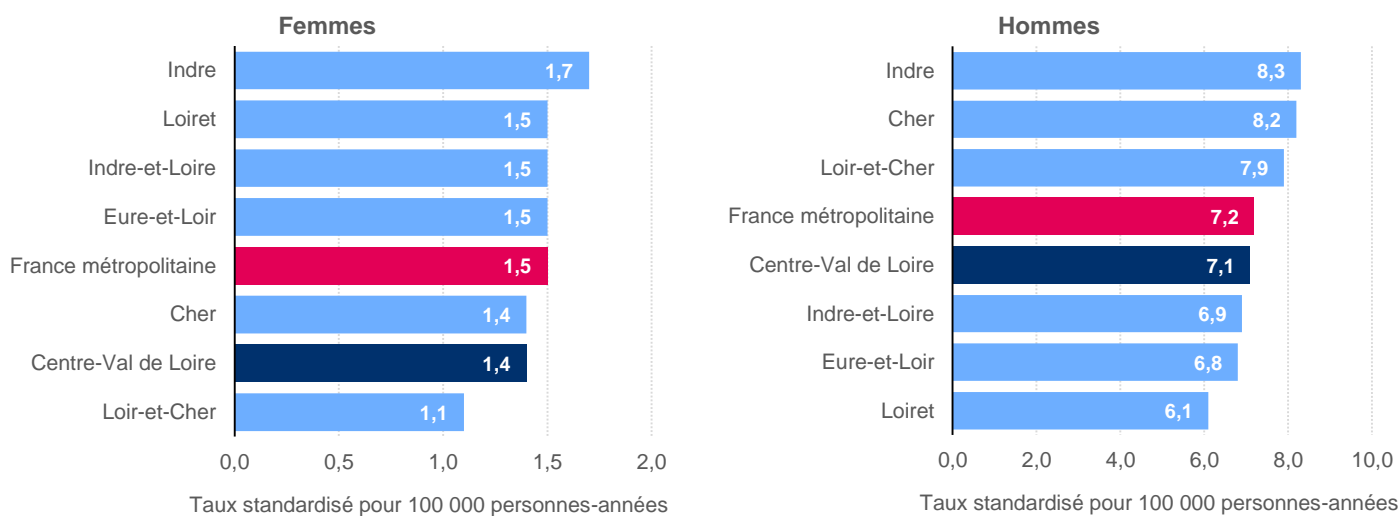


^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.
 * Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).
 Source : 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 Centre-Val de Loire (figure 26), les taux départementaux standardisés d'incidence chez les femmes variaient de 1,1 [0,8-1,7] pour 100 000 personnes-années dans le Loir-et-Cher à 1,7 [1,2-2,6] dans l'Indre. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 6,1 [5,1-7,3] pour 100 000 personnes-années dans le Loiret à 8,3 [6,9-10,2] dans l'Indre. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

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



^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).

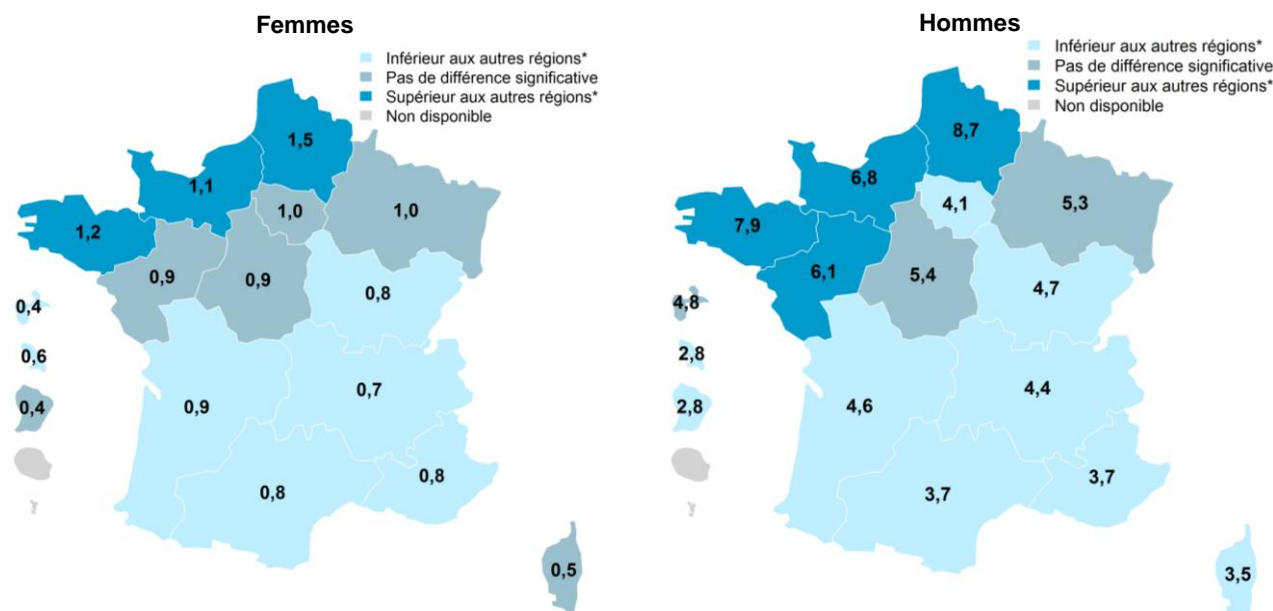
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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 (figure 27), sept régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Guadeloupe (0,4 pour 100 000 personnes-années), la Martinique (0,6), Auvergne-Rhône-Alpes (0,7), Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,8), l'Occitanie (0,8), la Bourgogne-Franche-Comté (0,8) et la Nouvelle-Aquitaine (0,9). Trois régions du Nord-Ouest se distinguaient par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (1,1), la Bretagne (1,2) et les Hauts-de-France (1,5). **La région Centre-Val de Loire (0,9 [0,8-1,1]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Chez les hommes (figure 27), neuf régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (2,8 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (2,8), la Corse (3,5), Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,7), l'Occitanie (3,7), l'Île-de-France (4,1), Auvergne-Rhône-Alpes (4,4), la Nouvelle-Aquitaine (4,6) et la Bourgogne-Franche-Comté (4,7). Les quatre régions du Nord-Ouest se distinguaient à nouveau par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (6,1), la Normandie (6,8), la Bretagne (7,9) et les Hauts-de-France (8,7). **La région Centre-Val de Loire (5,4 [5,1-5,8]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

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 %.

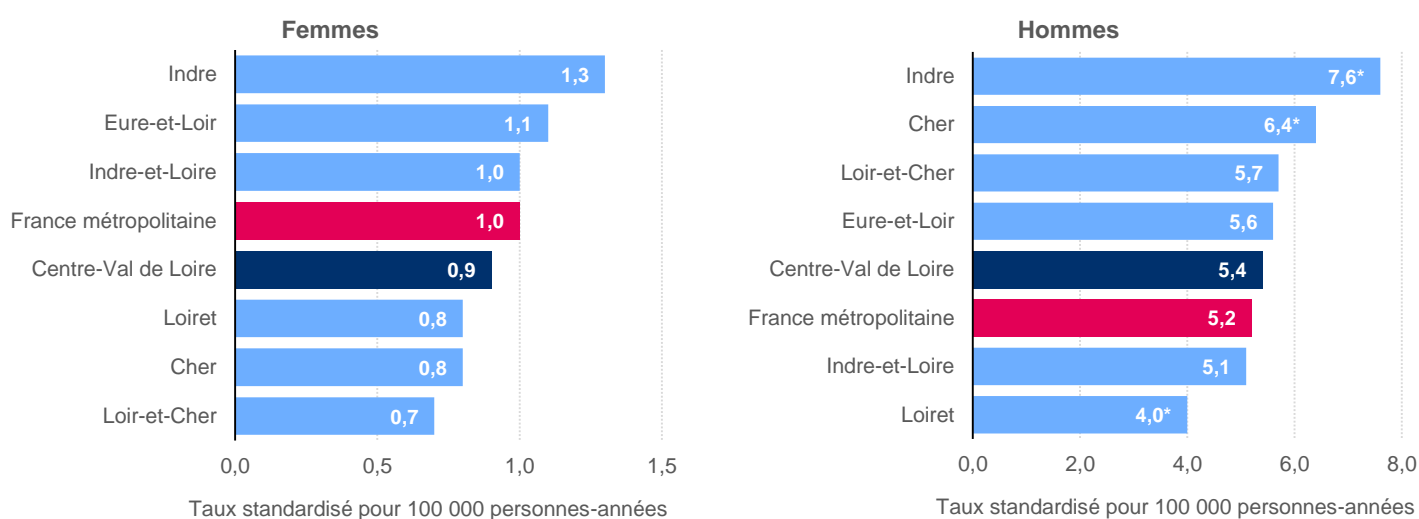
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 Centre-Val de Loire (figure 28), chez les femmes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 0,7 [0,5-1,5] pour 100 000 personnes-années dans le Loir-et-Cher à 1,3 [0,8-2,4] dans l'Indre. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 4,0 [3,5-4,7] pour 100 000 personnes-années dans le Loiret à 7,6 [6,3-9,4] dans l'Indre. Les taux standardisés de mortalité dans les départements du Cher (6,4 [5,5-7,8]) et de l'Indre étaient significativement plus élevés que la moyenne nationale et le taux standardisés de mortalité dans le département du Loiret était significativement inférieur à la moyenne nationale. Les autres départements de la région ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

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



^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

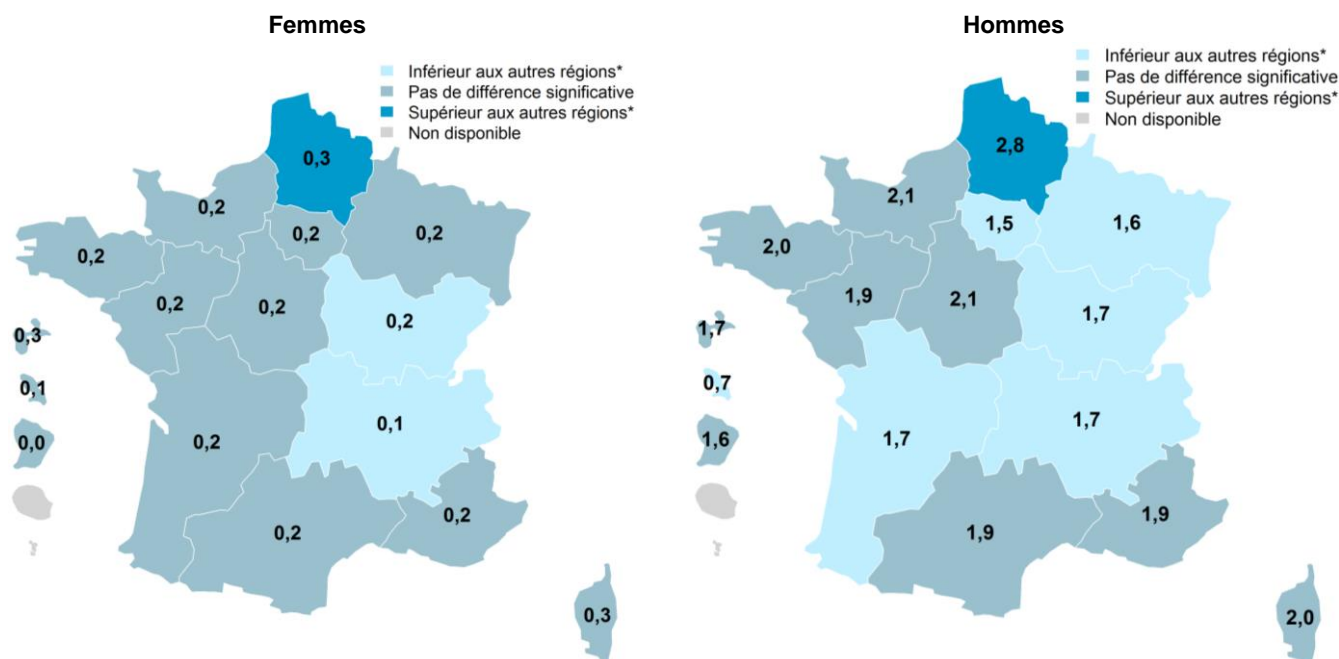
En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer du larynx était de 0,41 [0,39-0,44] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 3,5 [3,4-3,5] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 0,20 [0,18-0,21] et 1,9 [1,8-1,9] pour 100 000 personnes-années.

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

Chez les hommes (figure 29), six régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,7 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 que la moyenne de France métropolitaine. **La région Centre-Val de Loire (2,1 [1,8-2,3]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.**

Au sein de la région Centre-Val de Loire (figure 30), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient selon les départements de 0,1 pour 100 000 personnes-années dans l'Indre-et-Loire (0,1 [0,0-0,5]), le Loir-et-Cher (0,1 [0,0-0,8]) et le Loiret (0,1 [0,0-0,4]) à 0,3 [0,1-1,0] dans le Cher. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 1,8 [1,4-2,3] pour 100 000 personnes-années dans le Loiret à 2,8 [2,1-4,2] pour 100 000 personnes-années dans l'Indre. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

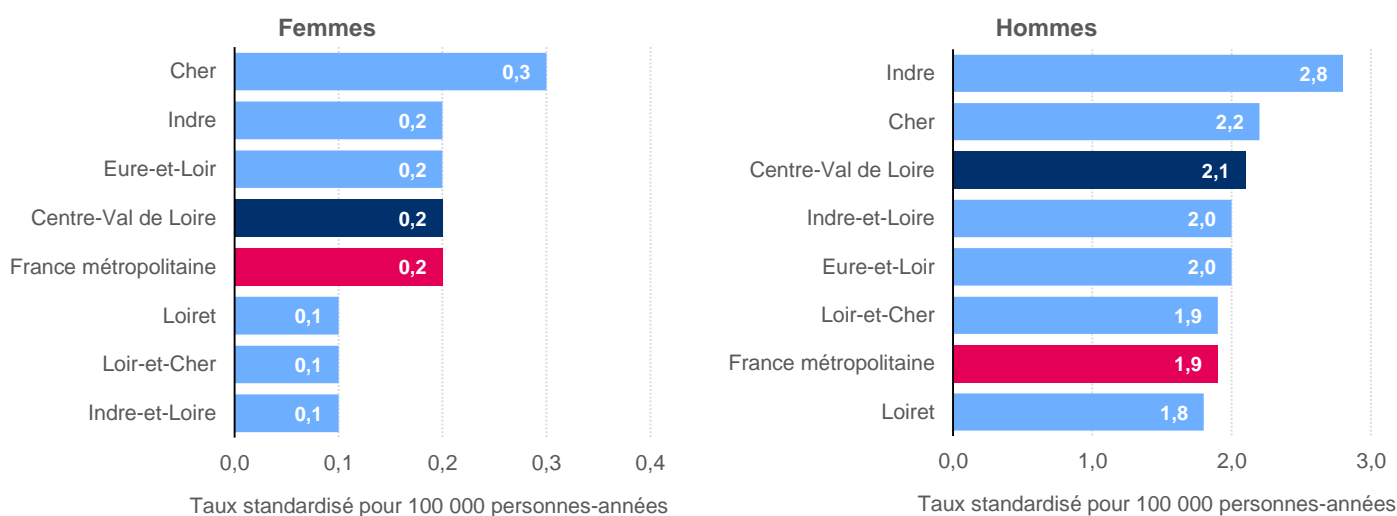
Figure 29 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancer du larynx selon le sexe en 2007-2014

^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).

Figure 30 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par cancer du larynx selon le sexe en 2007-2014 dans la région Centre-Val de Loire

^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).

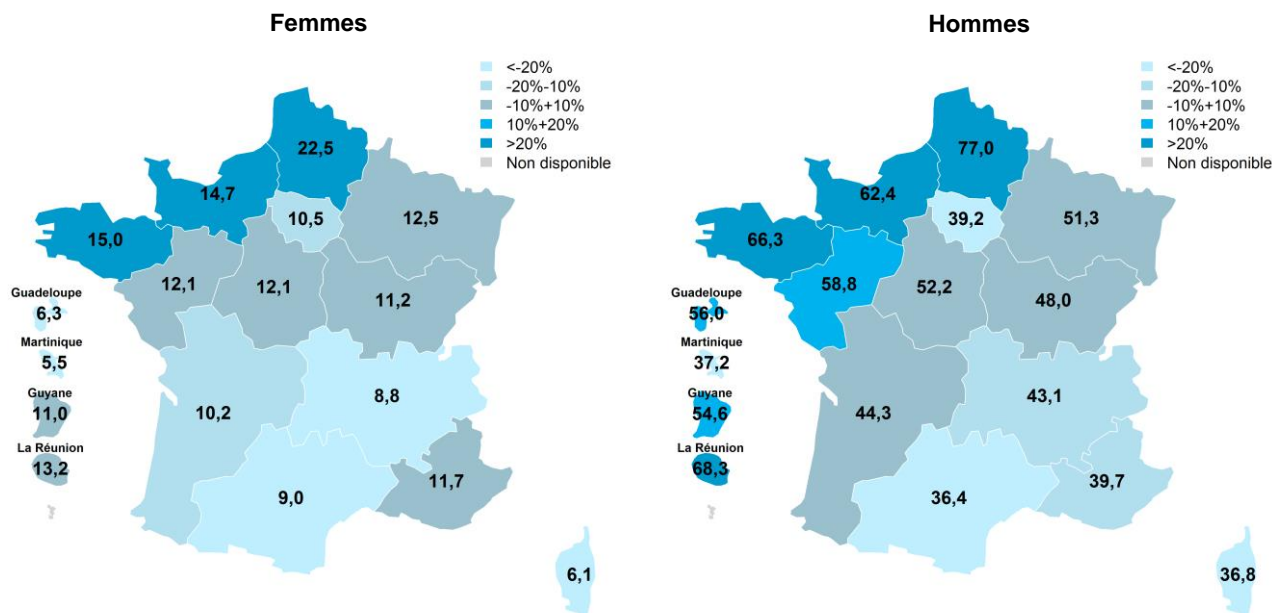
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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

Chez les femmes (figure 31), ce taux standardisé de mortalité était de 12,0 pour 100 000 habitants en France entière. Les régions Hauts-de-France, Bretagne et Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur à celui des autres régions, tandis qu'en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Guadeloupe, en Corse et en Martinique ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions. **En région Centre-Val de Loire, le taux de mortalité était de 12,1 pour 100 000 habitants, similaire au taux métropolitaine.**

Chez les hommes (figure 31), 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 Centre-Val de Loire, le taux de mortalité était de 52,2 pour 100 000 habitants, soit 6,5 % plus élevé que la moyenne nationale.**

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

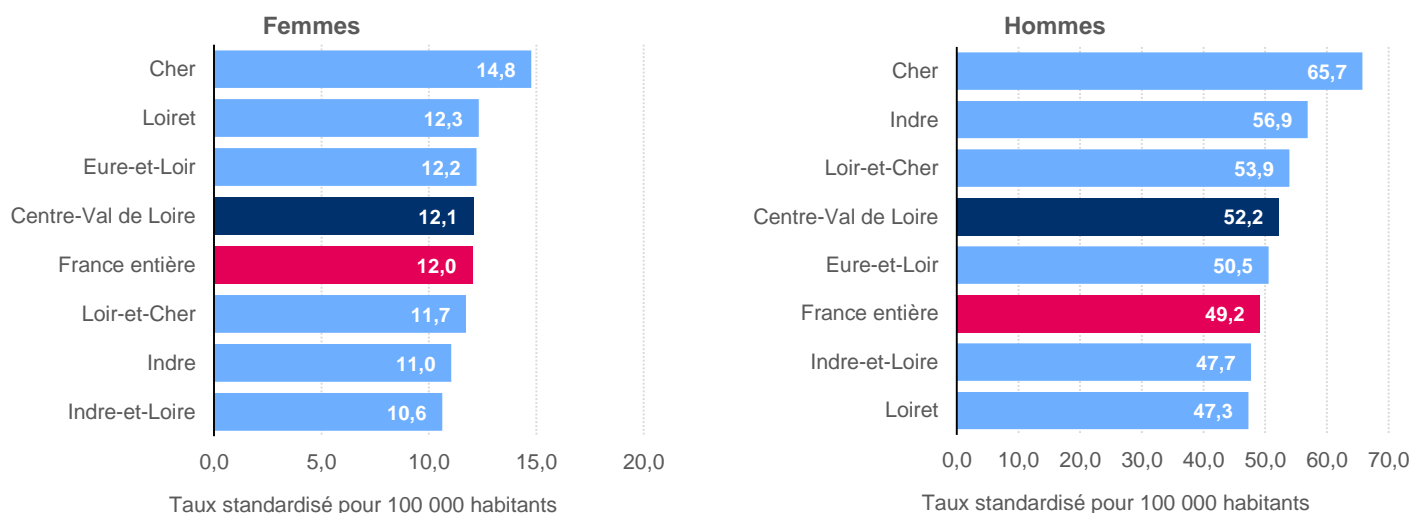


^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte).
 Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

En région Centre-Val de Loire, chez les femmes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 10,6 pour 100 000 habitants en Indre-et-Loire à 14,8 dans le Cher. Dans le département du Cher, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis qu'en Indre-et-Loire ce taux était plus de 10 % inférieur à celui de la région.

Chez les hommes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 47,3 pour 100 000 habitants dans le Loiret à 65,7 dans le Cher. Dans le départements du Cher, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région.

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 Centre-Val de Loire



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

ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

L'expérience « Etudiants Relais Santé » au sein du Service de Santé Universitaire de Bourges



Dr Caroline ALLARD, Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS), Bourges

Le service de santé universitaire (SSU) prend en charge environ 1 600 étudiants sur Bourges, âgés de 17 à 25 ans et provenant de différentes filières (technologique, scientifique, sportive, droit et professorat). C'est gratuitement et en toute confidentialité que nous accompagnons, conseillons et orientons ces jeunes tout au long de leur cursus universitaire tant sur le plan social, que médical ou psychologique.

L'arrivée en études supérieures est une période charnière et de découvertes : éloignement de la famille, autonomie du quotidien ou financière, sorties, expériences amoureuses et conduites à risques. Dans ce contexte, c'est tout naturellement que nous évaluons lors de nos entretiens, la ou les consommations de nos étudiants : alcool, tabac, cannabis ou autres drogues. Un sujet qu'il est parfois difficile d'aborder pour eux en toute sincérité par peur d'être jugés, incompris ou d'être face à un discours moralisateur du professionnel de santé.

La consommation d'alcool est pourtant une réalité pour notre public étudiant. Dans une enquête menée en 2017 auprès d'un échantillon d'environ 230 étudiants de Bourges, il en ressort que 80 % d'entre eux ont déjà consommé de l'alcool et parmi eux environ 50 % au moins une fois par semaine. Ces résultats ne sont pas surprenants, d'autres chiffres sont en revanche plus problématiques. Parmi les consommateurs, 4 % boivent seuls ou pour atteindre l'ivresse avec des alcoolisations ponctuelles importantes comme le *binge drinking*. Cependant, seuls 0,4 % estiment être en difficulté avec lors consommation ce qui tend à démontrer que nos messages de prévention ne sont pas entendus.

C'est donc dans un souci d'efficacité et de diversité que nous nous sommes tournés vers la prévention par les pairs. Cette approche fait appel à des personnes du même âge, même contexte social, éducation ou expérience. Dans le cas présent, il s'agit de nos étudiants. Cette méthode n'est pas nouvelle et nous avons bénéficié de l'expérience d'autres universités comme celle de Tours par exemple, qui forme des Etudiants Relais Santé (ERS) depuis environ 10 ans.

Une équipe de 7 ERS volontaires et bénévoles a donc été mis en place au SSU de Bourges pour l'année universitaire 2018-2019. Tous ont reçu une formation de base en partenariat avec d'autres acteurs locaux comme le CODES 18 (Comité départemental d'éducation pour la santé), l'ANPAA 18, le CPEF 18 (Centre de planification ou d'éducation familiale), Pôle Nutrition et UFOLEP (Union française des œuvres laïques d'éducation physique) afin de développer leur connaissance du réseau et du maillage départemental mais aussi de clarifier leurs connaissances et leur posture en tant qu'ERS.

En effet, ces étudiants ne sont ni des secouristes, ni des professionnels de santé. Ils ont un rôle de passerelle entre les étudiants et le SSU et de vecteurs d'informations. Cette passerelle est d'ailleurs à double sens puisque ces ERS nous aident également cerner au plus près les besoins des jeunes et à communiquer avec des outils plus adaptés (réseaux sociaux par exemple).

Une expérience enrichissante pour ces 7 étudiants, qui ont par ailleurs acquis des connaissances et des capacités réutilisables dans leur vie personnelle et à mettre en avant dans le cadre professionnel.

Figure 33 : Campagne « Health Game » - SantÉtudiante (Source : Service de Santé Universitaire de Bourges)



Pour l'année universitaire 2019-2020, une nouvelle équipe se met en place sur Orléans et le recrutement des ERS continue sur Bourges. Les candidatures sont lancées depuis début octobre ; d'anciens ERS nous ont sollicités, preuve que l'expérience est réussie. Un de nos axes d'action principal sera la mise en place d'un guide de prévention dans le cadre des soirées festives étudiantes en collaboration avec les associations étudiantes. Un guide pour les étudiants réalisé par des étudiants.

Comité de Coordination des Associations de Lutte contre l'Alcoolisme

Daniel BENOIT, Président du Comité de Coordination des associations néphalistes du Cher

Dans le Département du Cher, 3 Associations reconnues d'Utilité Publique, œuvrent pour l'Aide et l'Accompagnement des personnes en difficulté avec l'Alcool. Ces 3 Associations sont :

- Alcool Assistance du Cher,
- Alcool, Ecoute, Joie et Santé,
- Addiction Vie Libre.

En 1985, les deux Mouvements (Alcool Assistance et Alcool, Ecoute, Joie et Santé,) ont créé un Comité de Coordination afin de mener des actions de Prévention (forum des Associations en plusieurs lieux du Département). Par la suite il est apparu nécessaire de coordonner l'intervention de ces Associations en milieu hospitalier (Unité d'Addictologie « LE CAP ») dans le Cher.

Début 2019, à la demande de la Direction Départementale du Cher de l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Comité de Coordination dont la Présidence est assurée par Alcool Assistance, a été chargé d'élaborer un projet commun aux 3 Associations (actions, budget prévisionnel global....) ainsi que de la répartition des sommes allouées à chaque Mouvement. Cette nouvelle approche permet ainsi d'avoir un seul dossier homogène et cohérent.

Dans l'appel à projet, une action a donc été initiée et intitulée « **Articuler et formaliser la prise en charge des malades par les Mouvements d'Entraide** ». Une réunion entre ces 3 Associations, a permis de mettre en évidence qu'un maillage du Département était possible afin de ne pas laisser une partie de la population sans possibilité d'avoir accès à l'Aide et l'Accompagnement.

La Coordination des Associations (lieux de permanence, rayons d'action par rapport au siège social et à la disponibilité des bénévoles), permet :

- L'orientation du malade vers l'Association la plus proche,
- La prise en charge du malade dans les plus brefs délais en particulier en dehors des heures ouvrables et jours fériés par l'Association la plus proche ou la plus disponible,
- L'orientation si nécessaire du malade vers les structures de soins appropriées,
- Un suivi dans l'attente d'une prise en charge par une structure appropriée,
- L'intervention des 3 Associations en milieu hospitalier (Unité d'Addictologie) afin de permettre aux malades de connaître les 3 Mouvements et de pouvoir se mettre en contact avec ceux-ci à la sortie de leur hospitalisation.

Ces actions sont complétées par des interventions ponctuelles dans ou avec les structures médico-sociales : ANPAA 18 (Association Nationale de prévention en alcoologie et addictologie)....

Figure 34 : Campagne « L'apéro Autrement ! » (Source : Alcool Assistance du Cher)



L'ANAS-LE COURBAT, UNE FILIÈRE DE SOINS SPÉCIALISÉE EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Sarah TROTET, Directrice de l'Établissement Le Courbat, Association nationale d'action sociale (ANAS) des personnels de la Police Nationale et du Ministère de l'Intérieur

L'établissement de santé ANAS-Le Courbat qui fait partie de la filière de soins addictologie est un établissement de soin de suite et de réadaptation, situé en Indre-et-Loire, spécialisé dans les addictions créé par des CRS en 1953.

Sa patientèle est bien plus large aujourd'hui car elle cible tous les patients ayant besoin de soins en matière d'addictions (avec ou sans substances), de stress post traumatique et d'épuisement professionnel en lien avec une addiction ou avec un fort risque d'addiction. L'addiction à l'alcool est le principal produit, presque systématiquement associé à d'autres (tabac, médicaments, cannabis...).

La prise en charge au Courbat s'appuie sur des soins alliant des consultations pluri-professionnelles; des activités paramédicales, sportives, un atelier de création et des activités autour du potager et du jardin. Les différentes activités permettent à ces patients en fonction de leur histoire, de leurs besoins, de pouvoir reprendre confiance en eux, tout en comprenant leur pathologie.

La prise en charge se veut individualisée dans un cadre clair et précis fondé sur un contrat de soins signé entre le patient et l'établissement à son entrée : ainsi la consommation d'alcool est strictement interdite pendant la durée de l'hospitalisation. Une consommation constatée par l'équipe aura pour conséquence une fin de séjour pour motif médical. L'objectif est d'être dans une dimension de responsabilisation du patient afin qu'il redevienne acteur de ses soins. Le patient pourra ultérieurement, s'il le souhaite revenir dans l'établissement.

Cette règle stricte n'est pas remise en cause par les patients. Plusieurs même déclarent rechercher ce cadre.

Figure 35 : Vue aérienne et cours intérieure de l'ANAS-Le Courbat (Source : ANAS-Le Courbat)



Vue aérienne

Cours intérieure



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

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

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

SOURCE DES DONNÉES

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

1) Baromètre Santé et Baromètre de Santé publique France

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

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

Le Baromètre santé DOM 2014 a suivi la même méthodologie qu'en métropole. La collecte des données a été confiée à l'Institut Ipsos. Elle s'est déroulée du 29 avril au 27 novembre 2014. Le Baromètre santé DOM 2014 comprenait 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 région Centre-Val de Loire, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité des 25 structures d'urgences. En 2017, d'après les données de la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé), le réseau Oscour® enregistrait 97 % des passages aux urgences de la région.

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants était proche de l'exhaustivité en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis demeurait hétérogène entre les départements (tableau 4). Au total, on estimait à 46,9 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Centre-Val de Loire .

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 Centre-Val de Loire, 2017

Département / Région	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Cher	3/3 (100 %)	63,9 %
Eure-et-Loir	5/5 (100 %)	52,8 %
Indre	3/3 (100 %)	44,8 %
Indre-et-Loire	6/6 (100 %)	24,2 %
Loir-et-Cher	3/3 (100 %)	87,1 %
Loiret	5/5 (100 %)	39,3%

DP: Diagnostic principal ; DA: Diagnostic associé.

Champ : Tous passages, toutes causes et toutes causes codées, 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

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

Les codes CIM-10 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 CIM-10 : 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 CIM-10 : 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 CIM-10 : 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 CIM-10 : C00 à C14 ; C15 ; C32)
- Une cirrhose du foie en cause initiale (codes CIM-10 : K70 et K74.6)
- Une psychose alcoolique ou un alcoolisme en cause initiale (codes CIM-10 : 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 Epidémiol Hebd. 2019;(10-11):180-7. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html]
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidémiol 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 Epidémiol Hebd. 2019;(10-11):178-9. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_1.html]
- Jeannel D, Catelinois O, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Centre-Val de Loire. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 167 p.
- L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V, Regnault N. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France : 2018. 16 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>].
- Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidémiol 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 - BSP ALCOOL CENTRE-VAL DE LOIRE

Santé publique France

Nicolas Vincent (rédaction), Esra Morvan, 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

Avec la contribution de : Olivier Catelinois, Edouard Chatignoux, Florence de Maria, Anne Fouillet, Jean-Rodrigue Ndong, Guillemette Quatremere, Jalpa Shah.

Autres auteurs et contributeurs

- Neida Matias, Référente Addiction-Jeunesse, Direction Santé Publique et Environnementale, ARS Centre-Val de Loire
- Françoise Dumay, Directrice, Direction Santé Publique et Environnementale, ARS Centre-Val de Loire
- Daniel Benoit, Président, Comité de Coordination des associations néphalistes du Cher
- Caroline Allard, Médecin, Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Bourges
- Sarah Trotet, Directrice, Etablissement Le Courbat, Association nationale d'action sociale des personnels de la Police Nationale et du Ministère de l'Intérieur

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®.