

ALCOOL

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Les actions de 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 Grand Est p.11 Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Grand Est p.15 Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Grand Est p.19 La création d'un espace régional de ressources et d'expertises en addictologie en Grand Est (ERREAGE) : dans quels objectifs et pour quelles actions ? p.28 Conclusion et perspectives p.30 Sources des données p.30 Définition des variables p.32 Effectifs régionaux des enquêtes p.34 Bibliographie p.34

ÉDITO

Bien qu'en baisse depuis les années 1960, la consommation d'alcool en France demeure l'une des plus élevées en Europe. L'usage de l'alcool dans notre pays reste une pratique sociale et culturelle répandue.

En région Grand Est, près de 4 adultes sur 10, âgés de 18 à 75 ans, consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 1 sur 10 tous les jours ; cela concerne principalement les hommes, les plus de 50 ans et les moins diplômés. La consommation débute précocement, plus de 85% des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté l'alcool. Les plus jeunes consomment moins régulièrement mais de façon plus excessive et ponctuelle, avec des épisodes d'ivresse. En 2017 plus de 15% avaient connu des ivresses régulières. Cette alcoolisation ponctuelle importante est un marqueur d'appartenance à un groupe social et est favorisée par une forte tolérance sociale. S'il convient de faire appliquer la loi d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs, il convient aussi de travailler à l'amélioration des compétences psychosociales des jeunes, leur capacité à s'affirmer, à dire non. Dans ce cadre, un programme visant au développement de ces compétences chez les élèves de la région, est en cours de développement avec l'éducation nationale.

En France, on estime à 41 000 le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool, dont 16 000 par cancer. Encore souvent nié ou méconnu, le caractère cancérigène de l'alcool est pourtant scientifiquement établi. Il représente la 2ème cause évitable de mortalité par cancer après le tabac en France. Les études permettent de conclure, avec un niveau de preuve « convaincant », à une augmentation du risque de cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie, du côlon, du rectum et du sein (après ménopause), associée à la consommation de boissons alcoolisées, quel que soit leur type. L'impact social est également fort. L'alcool est présent dans 40% des violences familiales, 30% des condamnations pour violences, 30% des viols et agressions et 29% des accidents mortels de la route.

Les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer pour faire connaître les repères de consommation, repérer les consommateurs à risque et orienter les consommateurs demandant une aide pour arrêter. Ce repérage, accompagné d'une aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation peut limiter tous les types de dommages liés à l'alcool. Des outils existent, comme les formations au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB). En 2020, l'Agence régionale de santé va mobiliser l'Espace Régional de Ressource et d'Expertise en Addictologie pour déployer des formations RPIB auprès des médecins libéraux et des professionnels de la communauté périnatale.

Christophe Lannelongue,
Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est

POINTS CLÉS

- En 2017, parmi les adultes âgés de 18-75 ans résidant dans la région Grand Est : un sur 10 (10,4 %) déclarait consommer de l'alcool tous les jours et un sur sept (15,2 %) déclarait au moins une alcoolisation importante ponctuelle (API, au moins six verres en une seule occasion) tous les mois. Chez les 18-30 ans, un sur quatre (24,0 %) déclarait au moins une API tous les mois et 7,5 % au moins une toutes les semaines.
- Les conséquences sanitaires étaient nombreuses avec d'importantes disparités entre les départements. En 2017, 1,32 % de l'activité des services d'urgence de la région étaient en lien direct avec l'alcool (essentiellement pour intoxication éthylique aiguë) – 3,12 % chez les 45-60 ans – avec un maximum observé en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges. Les Ardennes présentaient également un taux élevé de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool.

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 **compréhension** des repères (« **Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours** »), le deuxième est à destination des femmes enceintes et de leur entourage (« **Zéro alcool pendant la grossesse** »), et le troisième s'adresse spécifiquement aux jeunes (« **Amis aussi la nuit** »).

Ces dispositifs destinés à favoriser une prise de conscience, ou s'adressant à une population particulière, ne sont néanmoins pas suffisants pour enclencher des changements de comportements durables dans la population générale.

Sur la base de la littérature internationale, Santé publique France étudie la faisabilité d'un **défi fédérateur** lancé à tous ceux qui souhaitent réduire leur risque. L'objectif est d'inviter chacun, sur une base volontaire, à faire le point sur sa propre consommation, tout en créant les conditions d'un effet d'entraînement et de solidarité, dans un esprit positif voire ludique. Les publications scientifiques démontrent les bienfaits à court et moyen terme pour tous de ce type de dispositif.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références :

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

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

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

Parlez-en à
votre médecin



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



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

Parlez-en à
votre médecin



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



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

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



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



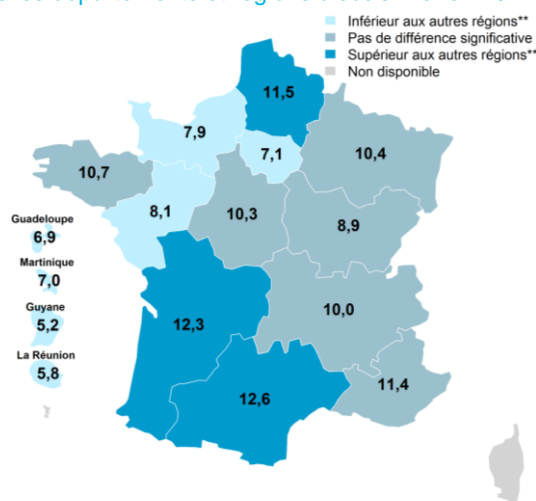
COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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

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 **Grand Est (10,4 %)** 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



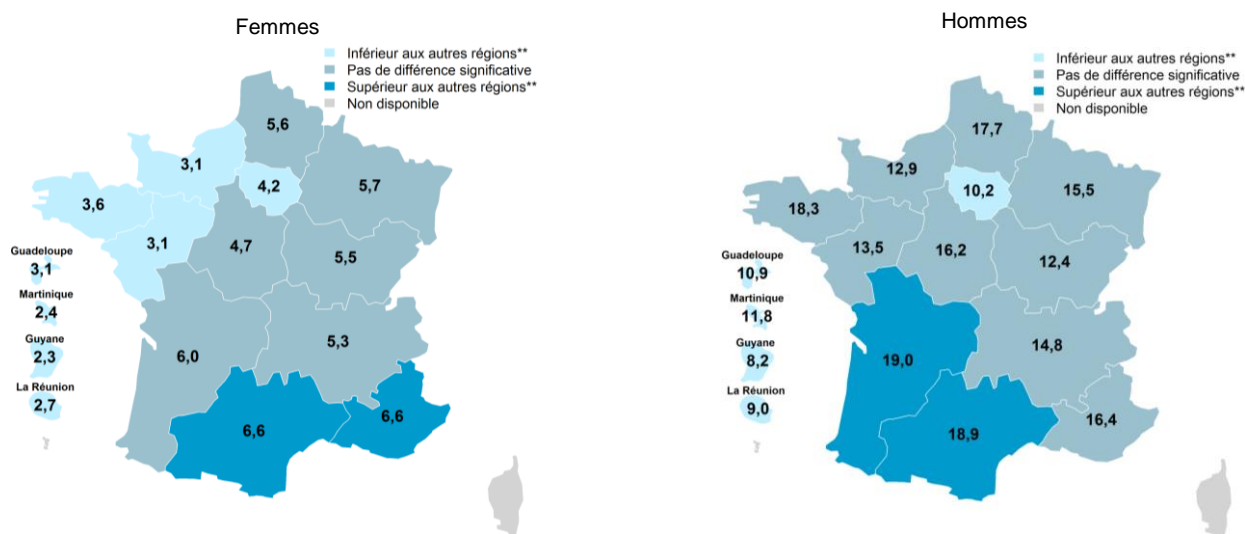
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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 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 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.

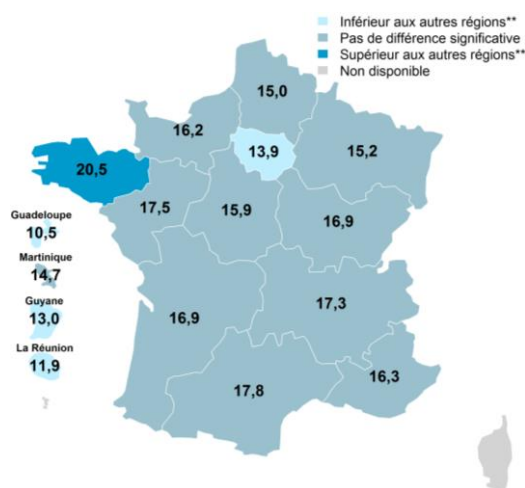
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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 **Grand Est** ces prévalences étaient de **5,7 % chez les femmes et de 15,5 % 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 **Grand Est (15,2 %)**, ne différait pas de la moyenne des autres régions de France métropolitaine. 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 **Grand Est** ces prévalences étaient de **6,5 % chez les femmes et de 24,4 % chez les hommes**. Dans les DROM, elle variait selon les régions de 4,9 % (La Réunion) à 6,9 % (Guyane) chez les femmes et de 15,6 % (Guadeloupe) à 24,3 % (Martinique) chez les hommes.

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

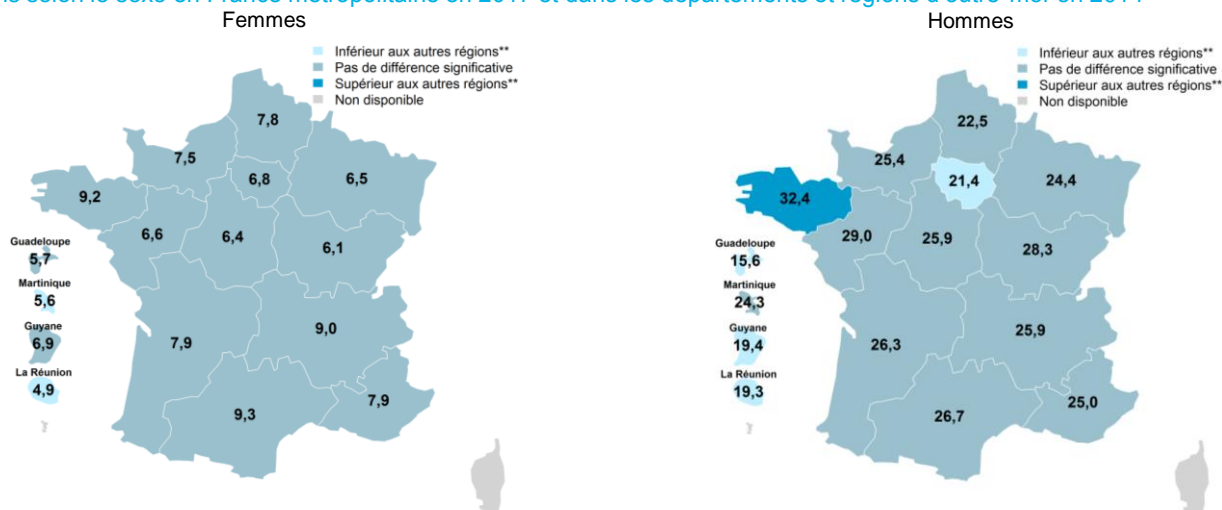


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

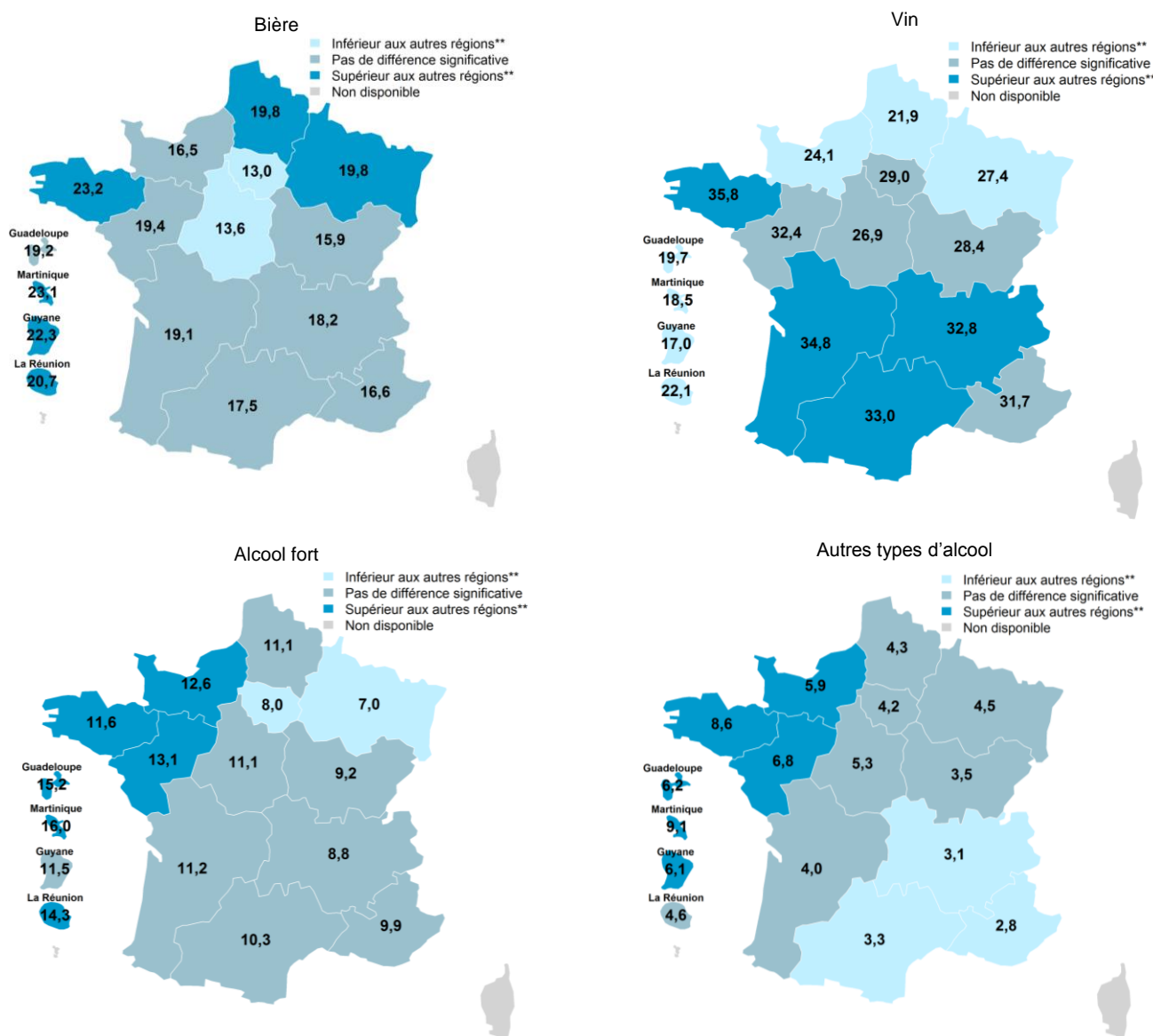
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine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

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

Pour les autres types d'alcool, elle variait de 2,8 % en Provence-Alpes-Côte d'azur à 8,6 % en Bretagne. Elle était significativement plus élevée dans les régions du nord-ouest : Normandie (5,9 %), Pays de la Loire (6,8 %) et Bretagne (8,6 %) et significativement plus faible dans les régions du sud-est : Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,8 %), Auvergne-Rhône-Alpes (3,1 %) et Occitanie (3,3 %). La région **Grand Est (4,5 %)** 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 bière, vin, alcool fort et autres types d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



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

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

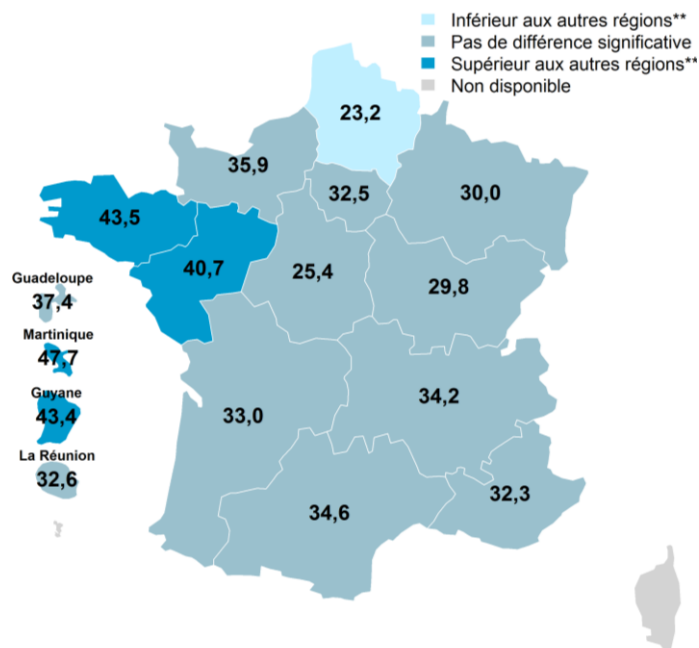
Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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 **Grand Est (30,0 %)** 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.

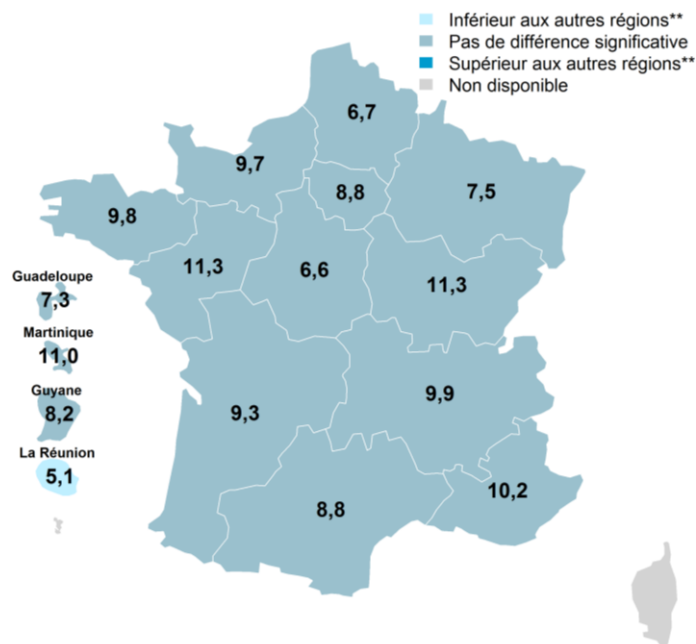
** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux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

Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 18 à 30 ans.

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

D'après la même enquête, la prévalence standardisée des alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires chez les adultes de 18 à 30 ans était de 9,0 % en France métropolitaine. Celle-ci variait de 6,6 % (Centre-Val de Loire) à 11,3 % (Pays de la Loire et Bourgogne-Franche-Comté) selon les régions de France métropolitaine (figure 7), mais aucune d'entre elles ne différaient de la moyenne des autres régions métropolitaines. Elle était de **7,5 %** en région **Grand Est**. 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 entière (hors Mayotte), population âgée de 18 à 30 ans.

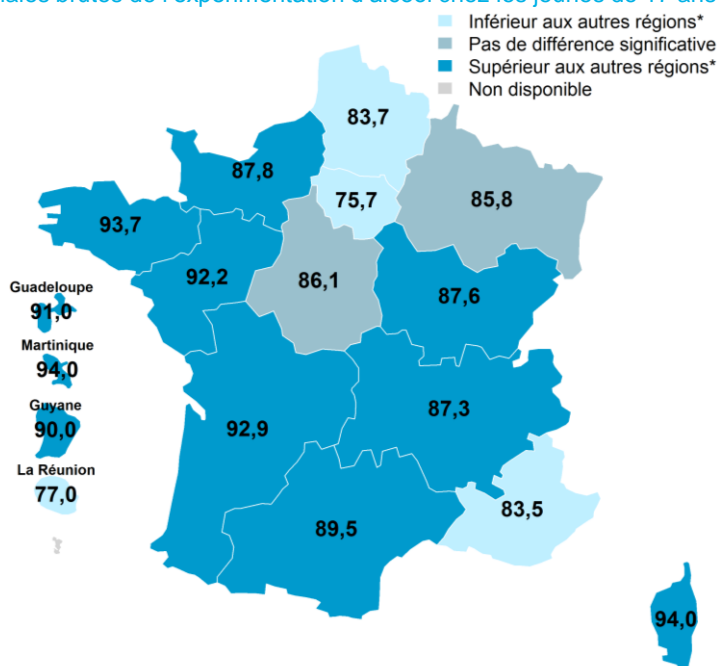
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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. À 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 **Grand Est (85,8 %)** 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.

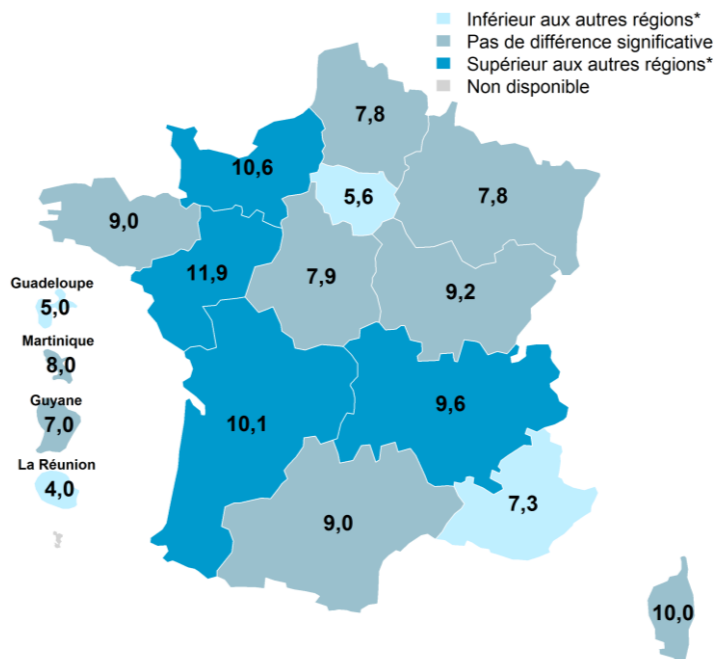
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



* 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 **Grand Est (7,8 %)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

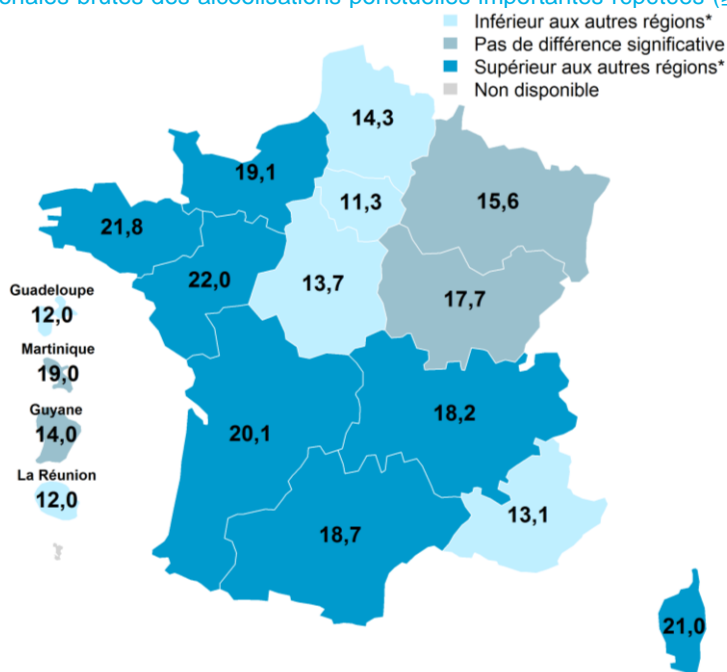
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

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 importantes répétées (au moins 3 dans le mois) chez les jeunes de 17 ans variait de 11,3 % à 22,0 % selon les régions de France métropolitaine (figure 10), avec une moyenne de 16,4 % pour la France métropolitaine. Les régions Île-de-France (11,3 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13,1 %), Centre-Val de Loire (13,7 %) et Hauts-de-France (14,3 %) affichaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine. À l'inverse, les régions Auvergne-Rhône-Alpes (18,2 %), Occitanie (18,7 %), Normandie (19,1 %), Nouvelle-Aquitaine (20,1 %), Corse (21,0 %), Bretagne (21,8 %) et Pays de la Loire (22,0 %) se distinguaient par des prévalences significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine. La région **Grand Est (15,6 %)** ne différait pas de 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 GRAND EST

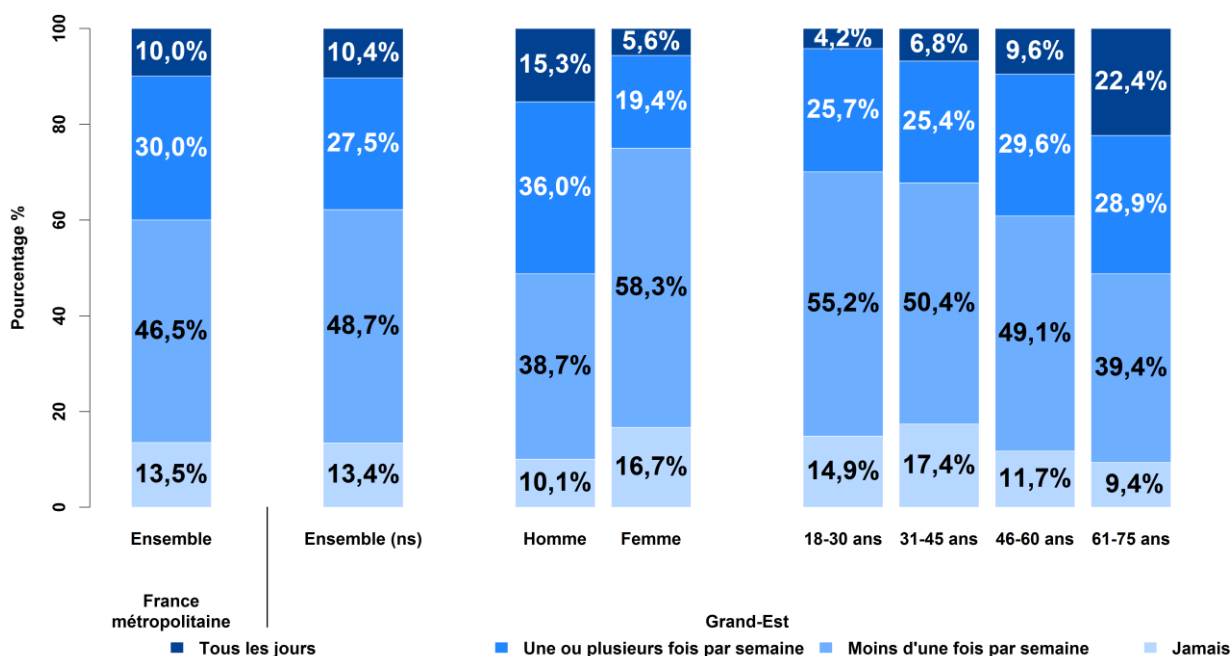
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2017, en Grand Est, 37,8 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 10,4 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 % (différence non significative avec celles de la région ; figure 11).

En région Grand Est, la consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge. Ainsi, 15,3 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 5,6 % des femmes, et la consommation d'alcool quotidienne augmentait avec l'âge (22,4 % des 61-75 ans consommaient de l'alcool tous les jours contre 4,2 % des 18-30 ans).

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



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

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

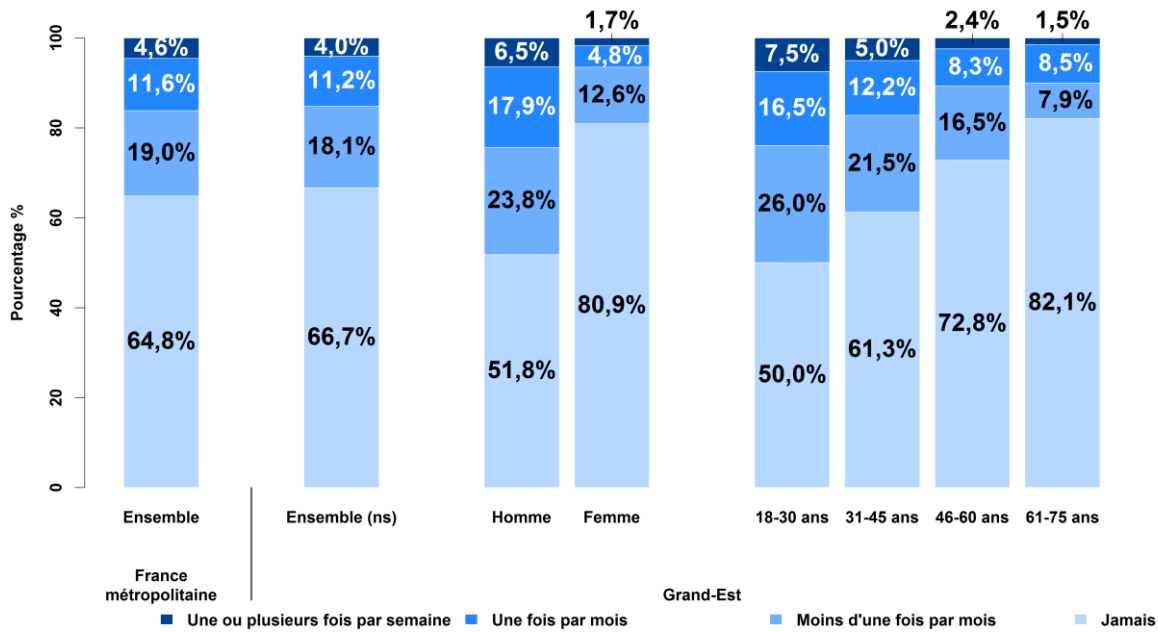
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017, en Grand Est, 33,3 % 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 15,2 % au moins une fois par mois et 4,0 % 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 région Grand Est, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (48,2 % dont 24,4 % au moins une fois par mois et 6,5 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (19,1 % dont 6,5 % au moins une fois par mois et 1,7 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (50,0 % dont 24,0 % au moins une fois par mois et 7,5 % 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 Grand Est, et selon le sexe et l'âge pour la région Grand Est, 2017



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

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

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

Facteurs associés

L'analyse des principaux facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool en 2017 en Grand Est indique que le niveau de diplôme y était associé indépendamment des autres variables ($p < 0,01$) (tableau 2), avec une consommation quotidienne plus élevée chez les personnes n'ayant aucun diplôme ou ayant un diplôme inférieur au BAC (12,8 %). Le sexe et l'âge étaient aussi associés de façon significative ($p < 0,001$) et indépendamment des autres variables. Par contre, le niveau de revenu n'était pas associé à la consommation quotidienne d'alcool dans la région.

Tableau 2 : Facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois pour la région Grand Est, 2017

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=1010)	15,3	3,3***	[2,4-4,5]
Femme (réf.) (n=1149)	5,6	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=372)	4,2	0,2***	[0,1-0,3]
31-45 ans (n=526)	6,8	0,3***	[0,2-0,4]
46-60 ans (n=694)	9,6	0,4***	[0,3-0,6]
61-75 ans (réf.) (n=567)	22,4	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=634)	9,4	0,8	[0,6-1,2]
2e tercile (n=730)	9,5	0,8	[0,6-1,2]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=700)	12,8	1,0	
Refus/Nsp (n=95)	9,6	1,1	[0,5-2,2]
Diplôme en 3 modalités	**		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=950)	12,8	1,4	[1,0-2,0]
Bac (n=451)	6,8	0,9	[0,5-1,4]
Supérieur au Bac (réf.) (n=758)	8,2	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).

Concernant les API mensuelles, le niveau de diplôme y était également associé indépendamment des autres variables ($p<0,05$) (tableau 3). Il en était de même pour le sexe et l'âge ($p<0,001$) mais pas pour le niveau de revenus. Un gradient était observé pour la variable âge : les odds ratios (OR) associés aux API mensuelles augmentaient lorsque l'âge diminuait.

Tableau 3 : Facteurs associés aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Grand Est, 2017.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=1009)	24,4	4,8***	[3,6-6,4]
Femme (réf.) (n=1148)	6,5	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=372)	24,0	3,2***	[2,1-4,8]
31-45 ans (n=526)	17,3	2,0***	[1,4-3,0]
46-60 ans (n=693)	10,7	1,2	[0,8-1,7]
61-75 ans (réf.) (n=566)	10,0	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=634)	14,9	1,0	[0,7-1,4]
2e tercile (n=730)	17,0	1,1	[0,8-1,5]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=700)	14,6	1,0	
Refus/Nsp (n=93)	9,0	0,7	[0,3-1,4]
Diplôme en 3 modalités	*		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=950)	14,5	1,3	[0,9-1,7]
Bac (n=450)	19,7	1,3	[0,9-1,9]
Supérieur au Bac (réf.) (n=757)	13,4	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.

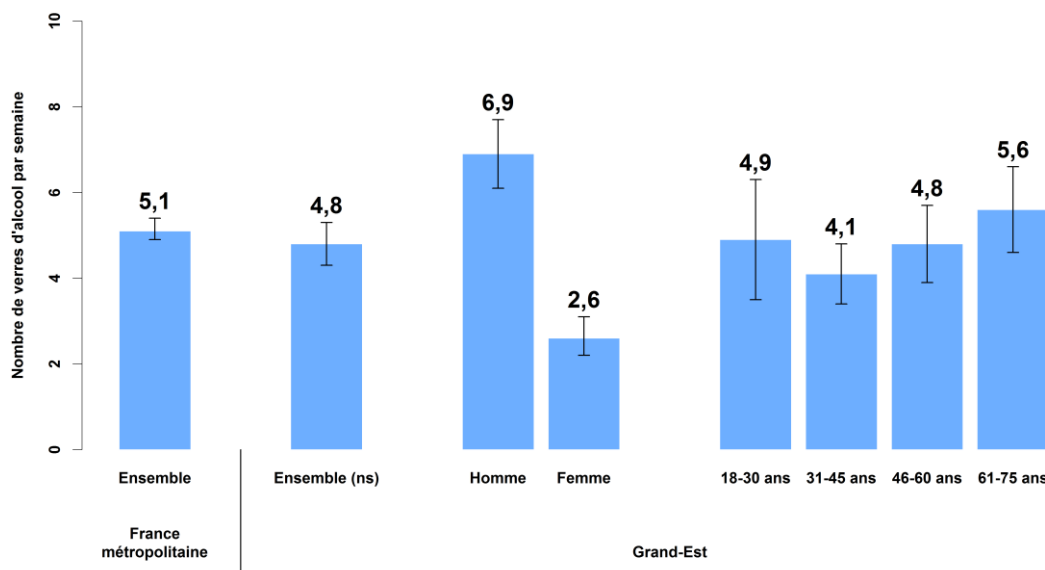
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Nombre de verres consommés

En 2017, en Grand Est, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 4,8 [4,3-5,3] 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 pour les hommes (6,9 [6,1-7,7]) que chez les femmes (2,6 [2,2-3,1]). Cet indicateur variait peu entre les différentes classes d'âge.

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



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

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

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

Evolutions

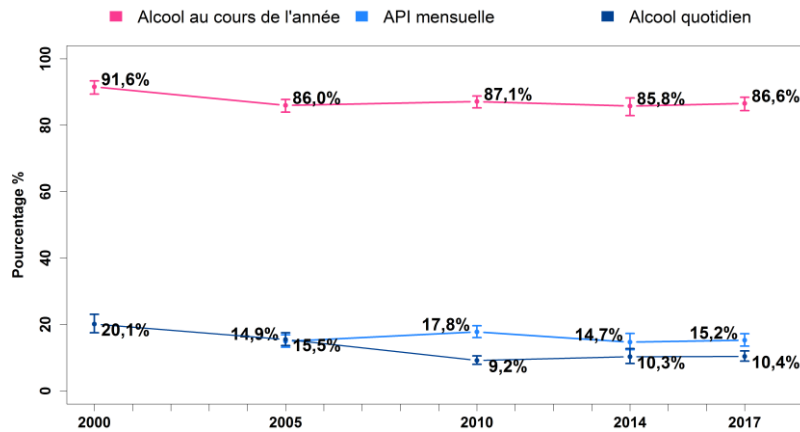
En Grand Est, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année a légèrement diminué entre 2000 et 2005 (respectivement de 91,6 % à 86,0 %) puis s'est stabilisé entre 87 et 85 % (figure 14). Cette évolution est observée chez les femmes (de 90,8 % en 2000 à 82,0 % en 2005 puis stabilisation) alors que chez les hommes, la prévalence est restée stable depuis 2000 (de 92,4 % en 2000 à 89,9 % en 2017).

Concernant les API mensuelles, leur prévalence est restée stable depuis 2005 (comprise entre 17,8 % et 14,7 %). Cette tendance est observée chez les hommes et chez les femmes.

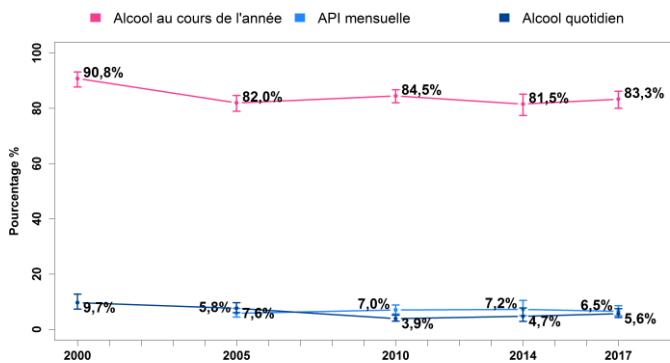
La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool a, quant à elle, diminué entre 2000 et 2010 (de 20,1 % à 9,2 %) et est restée stable depuis. Cette évolution est observée de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

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 Grand Est

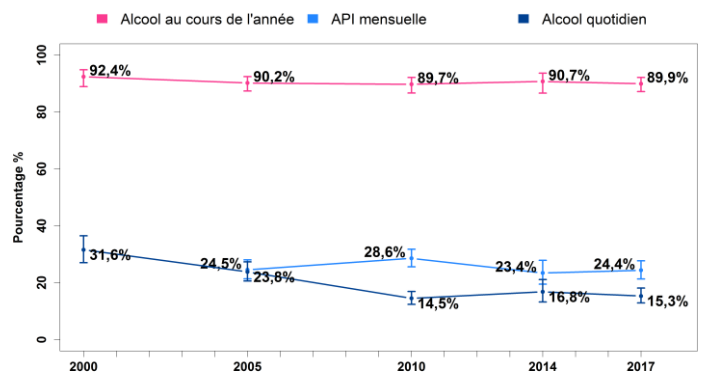
Ensemble



Femmes



Hommes



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 GRAND EST

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.

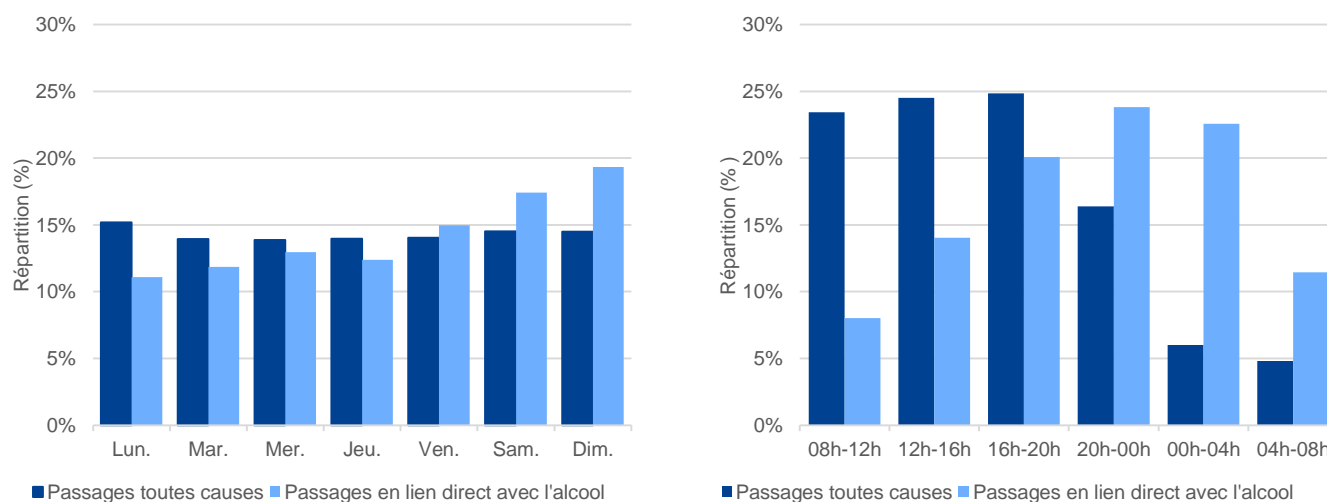
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 16 521 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 57 services d'urgence (SU) de la région **Grand Est** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 45 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,32 % 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 **Grand Est** 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 11,1 % et 12,9 % des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine. La moitié (51,7 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au dimanche. Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne 1,76 % 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 – 20 heures, 20 heures – minuit et minuit – 4 heures (respectivement 20,1 %, 23,8 % et 22,6 % des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 1,08 %, 2,14 % et 4,82 % 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 Grand Est en 2017



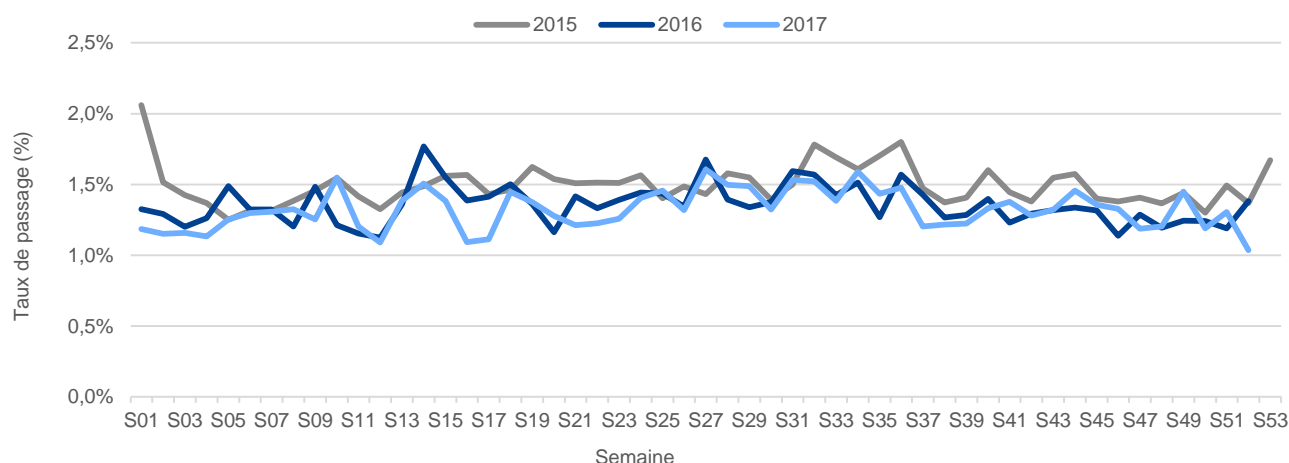
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 **Grand Est** de 2015 à 2017. Il n'est pas observé de différences d'une année à l'autre et l'évolution sur une année montre peu de variations.

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 1,49 % en 2015 à 1,32 % 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 Grand Est sur la période 2015-2017

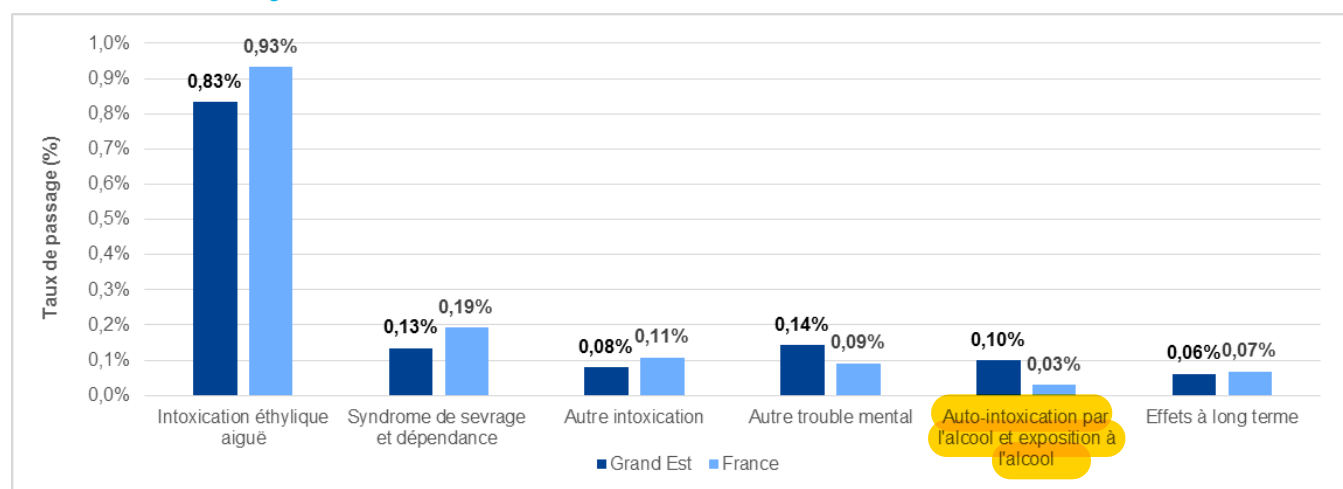


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 **Grand Est** en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 0,83 % de l'ensemble des passages aux urgences et 62,9 % 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 0,14 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies dans la région **Grand Est** 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 Grand Est en 2017



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

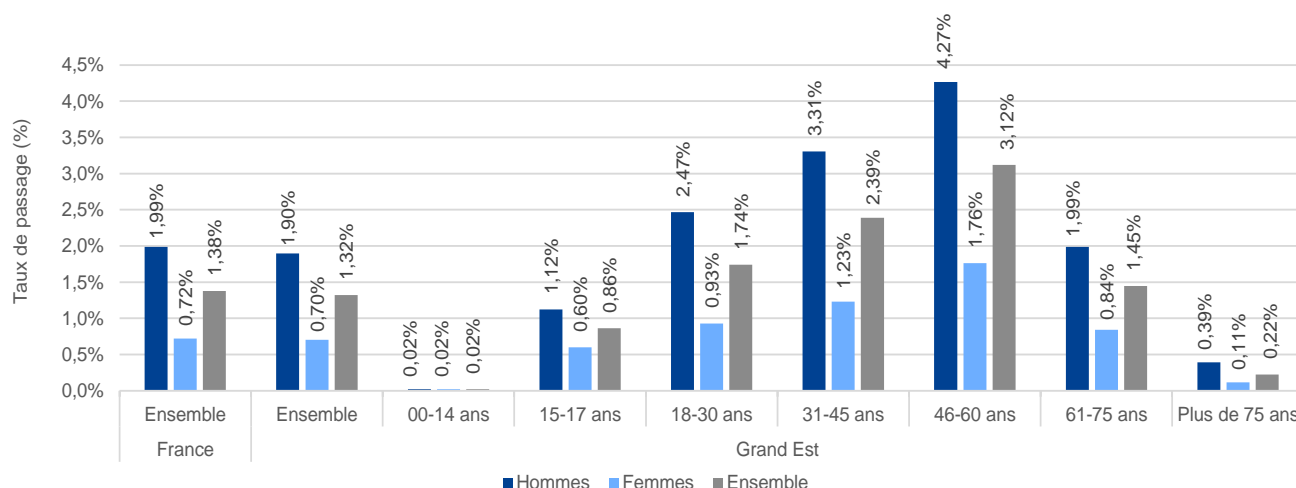
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en région **Grand Est** comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (1,99 %) que chez les femmes (0,72 %) (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 (4,27 %) chez les 46-60 ans et diminuer ensuite jusqu'à atteindre 0,39 % chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires. Pour les moins de 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 1,76 % 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 Grand Est en 2017



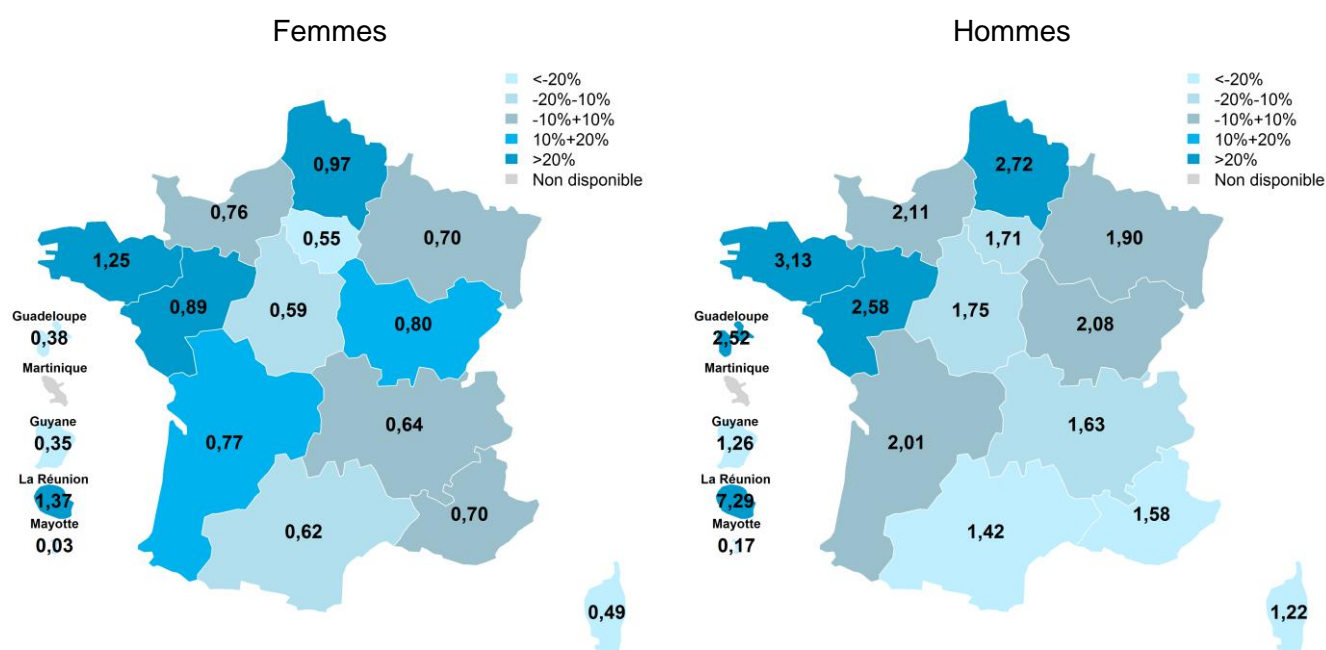
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 (0,32 %), en Guyane (0,35 %), en Guadeloupe (0,38 %), en Corse (0,49 %), à Saint-Martin (0,50 %) et en Île-de-France (0,55 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. A l'inverse, La Réunion (1,37 %), la Bretagne (1,25 %), les Hauts-de-France (0,97 %) et les Pays de la Loire (0,89 %) avaient des taux supérieurs de plus de 20 % à celui du national. En région **Grand Est**, le taux de passage aux urgences (0,70 %) était proche du 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 **Grand Est**, le taux de passage aux urgences (1,90 %) était proche du taux national.

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

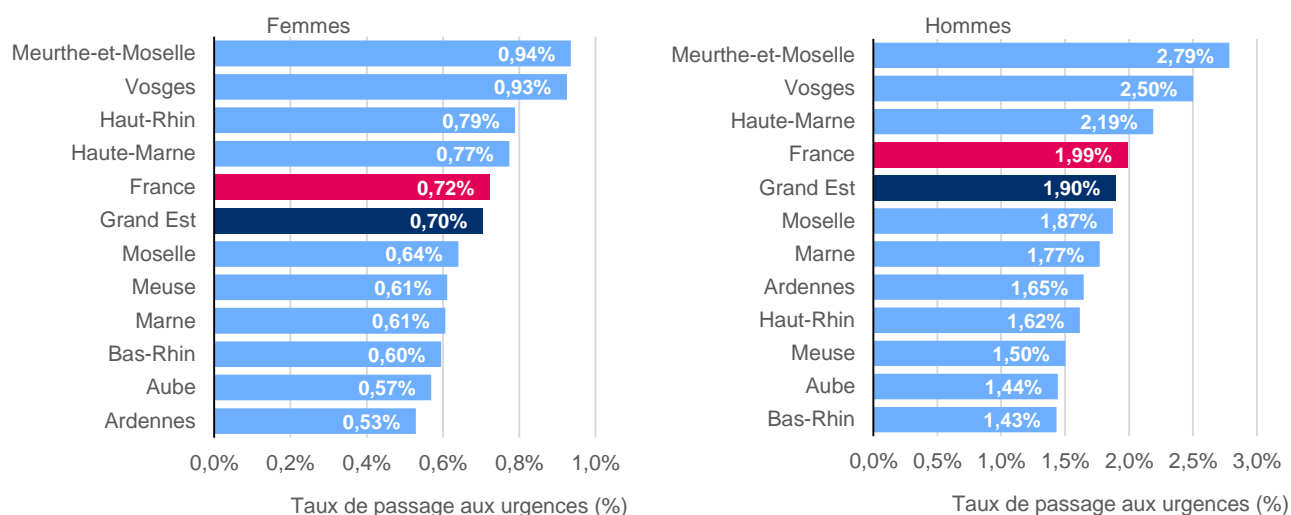


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017 dans la région **Grand Est**, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool chez les femmes était plus de 10 % inférieur au taux régional dans les départements des Ardennes (0,53 %), de l'Aube (0,57 %), du Bas-Rhin (0,60 %), de la Marne (0,61 %) et de la Meuse (0,61 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 10 % supérieur au taux régional dans les départements du Haut-Rhin (0,79 %), des Vosges (0,93 %) et de la Meurthe-et-Moselle (0,94 %).

Chez les hommes, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus de 10 % inférieur au taux régional dans les départements du Bas-Rhin (1,43 %), de l'Aube (1,44 %), de la Meuse (1,50 %), du Haut-Rhin (1,62 %) et des Ardennes (1,65 %) (figure 20). Ce taux était plus de 10 % supérieur au taux régional en Haute-Marne (2,19 %), dans les Vosges (2,50 %) et en Meurthe-et-Moselle (2,79 %).

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



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 GRAND EST

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

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

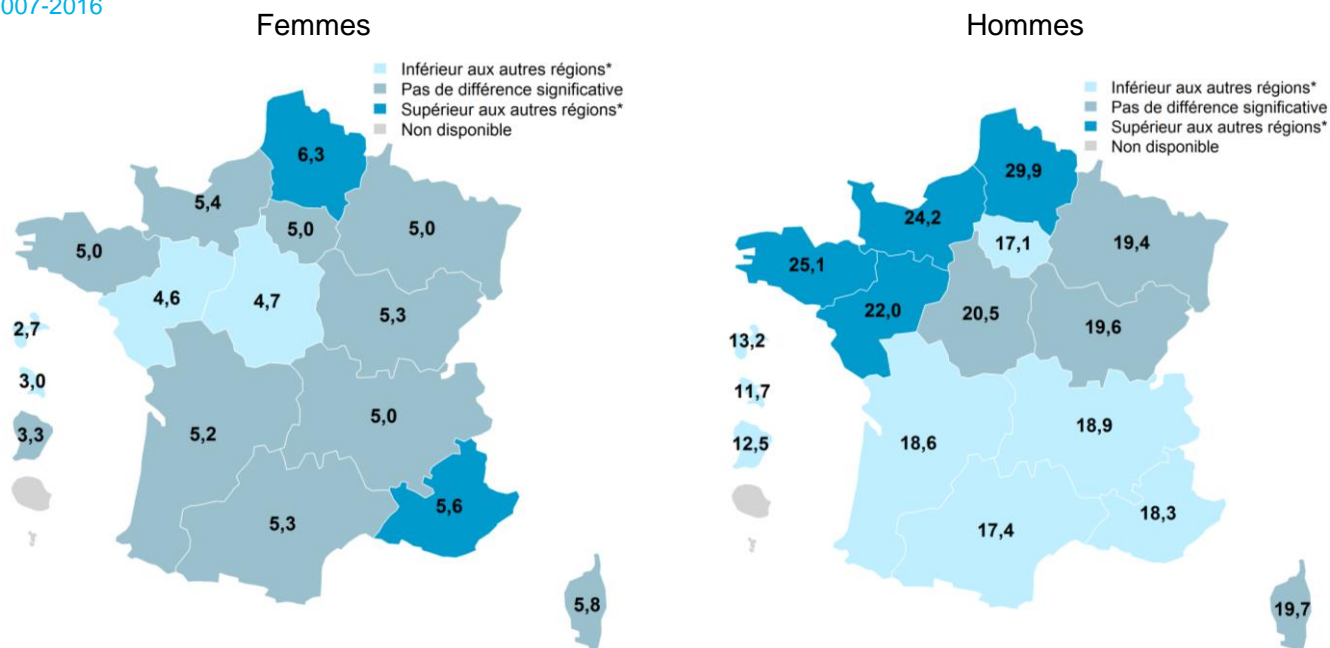
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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

Chez les femmes (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) présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,6) et Hauts-de-France (6,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. La région **Grand Est (5,0)** ne différait pas de 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 de France métropolitaine : la Martinique (11,7 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (12,5), la Guadeloupe (13,2), l'Île-de-France (17,1), l'Occitanie (17,4), Provence-Alpes-Côte d'Azur (18,3), la Nouvelle-Aquitaine (18,6) et Auvergne-Rhône-Alpes (18,9). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (22,0), la Normandie (24,2), la Bretagne (25,1) et les Hauts-de-France (29,9). La région **Grand Est (19,4 [18,8-20,1])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

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.

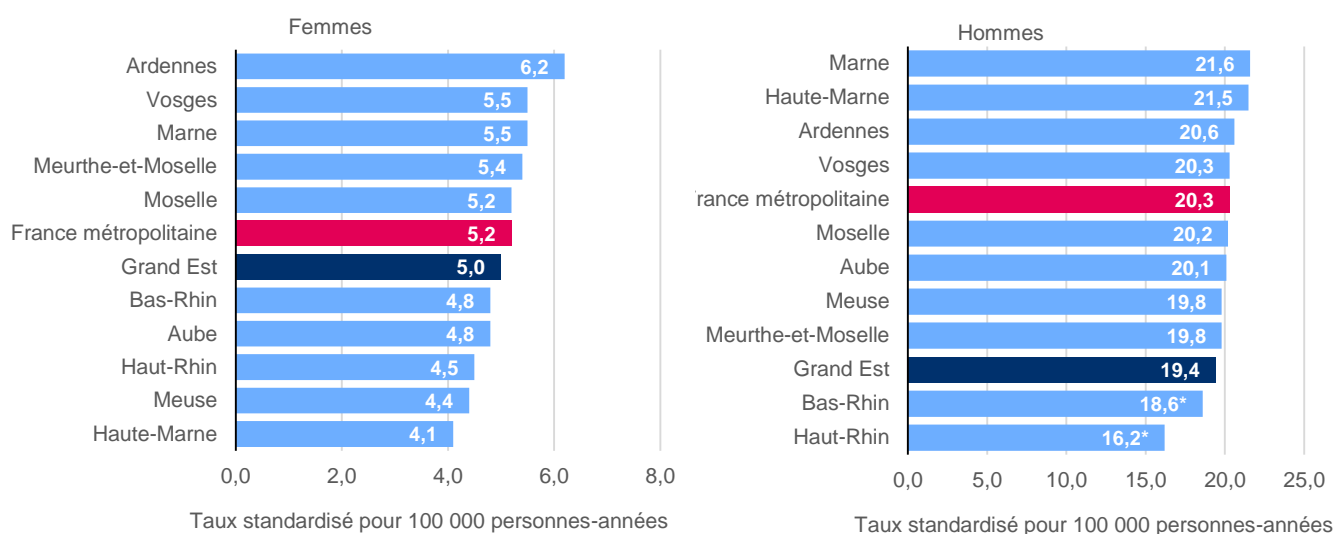
* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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 Grand Est (figure 22), les taux départementaux standardisés d'incidence variaient chez les femmes de 4,1 [3,1-5,5] pour 100 000 personnes-années en Haute-Marne à 6,2 [5,2-7,5] dans les Ardennes. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 16,2 [14,9-17,7] pour 100 000 personnes-années dans le Haut-Rhin à 21,6 [19,8-23,6] dans la Marne. Les départements alsaciens du Haut-Rhin (16,2 [14,9-17,7]) et du Bas-Rhin (18,6 [17,3-20,0]) présentaient des taux significativement plus bas 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 Grand Est

^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 %.

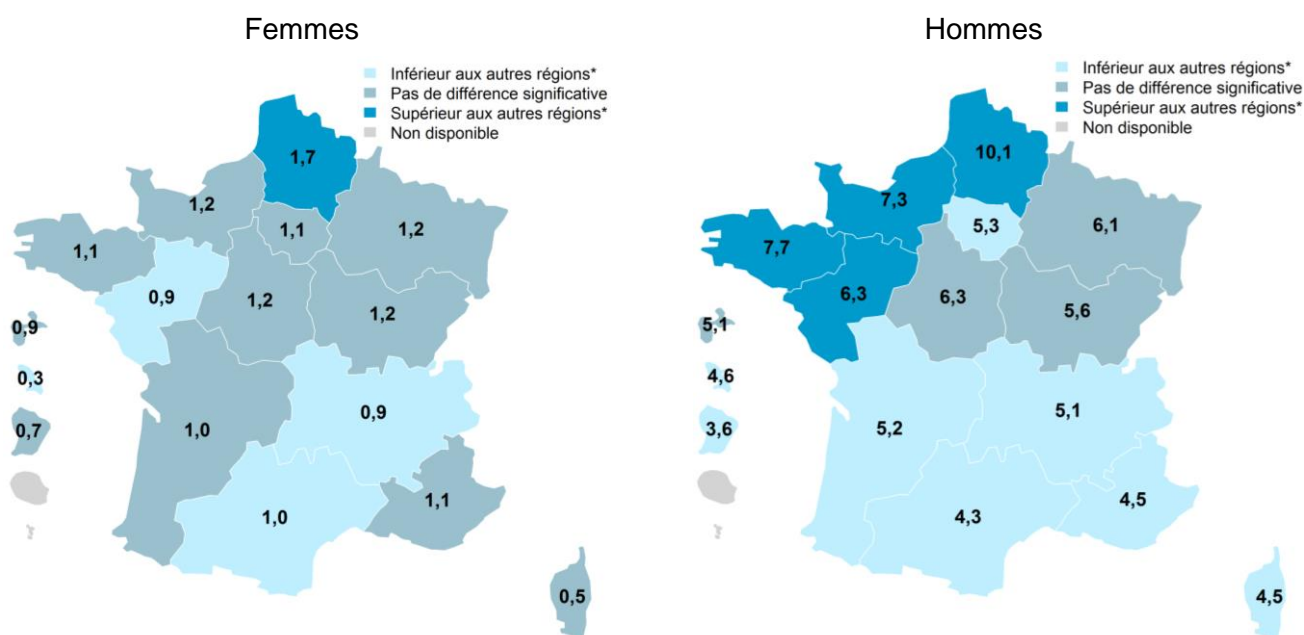
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 **Grand Est (1,2 [1,1-1,3])** 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).

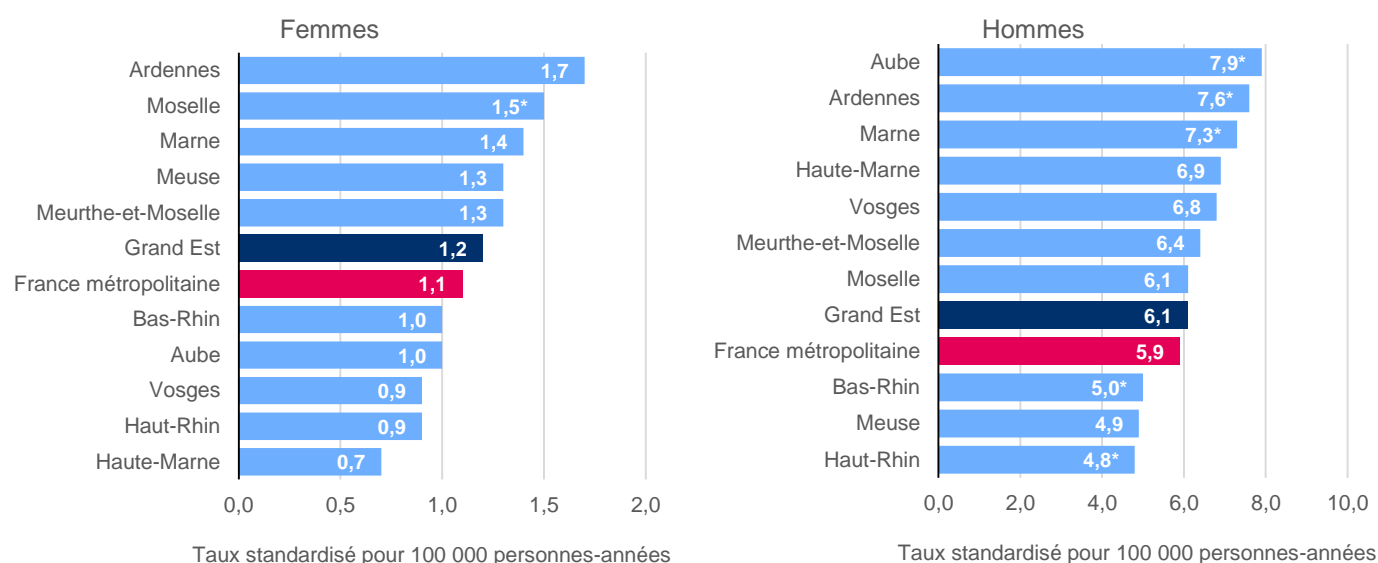
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

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 **Grand Est (6,1 [5,8-6,4])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Au sein de la région **Grand Est** (figure 24), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes, variaient de 0,7 [0,3-2,0] dans la Haute-Marne à 1,7 [1,1-2,6] dans les Ardennes. Seule la Moselle (1,5 [1,3-1,9]) présentait un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 4,8 [4,2-5,5] dans le Haut-Rhin à 7,9 [6,7-9,4] dans l'Aube. Les départements du Haut-Rhin (4,8 [4,2-5,5]) et du Bas-Rhin (5,0 [4,5-5,7]) étaient significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine tandis que la Marne (7,3 [6,4-8,4]), les Ardennes (7,6 [6,4-9,2]) et l'Aube (7,9 [6,7-9,4]) présentaient des taux significativement plus élevés que 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 Grand Est



^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).

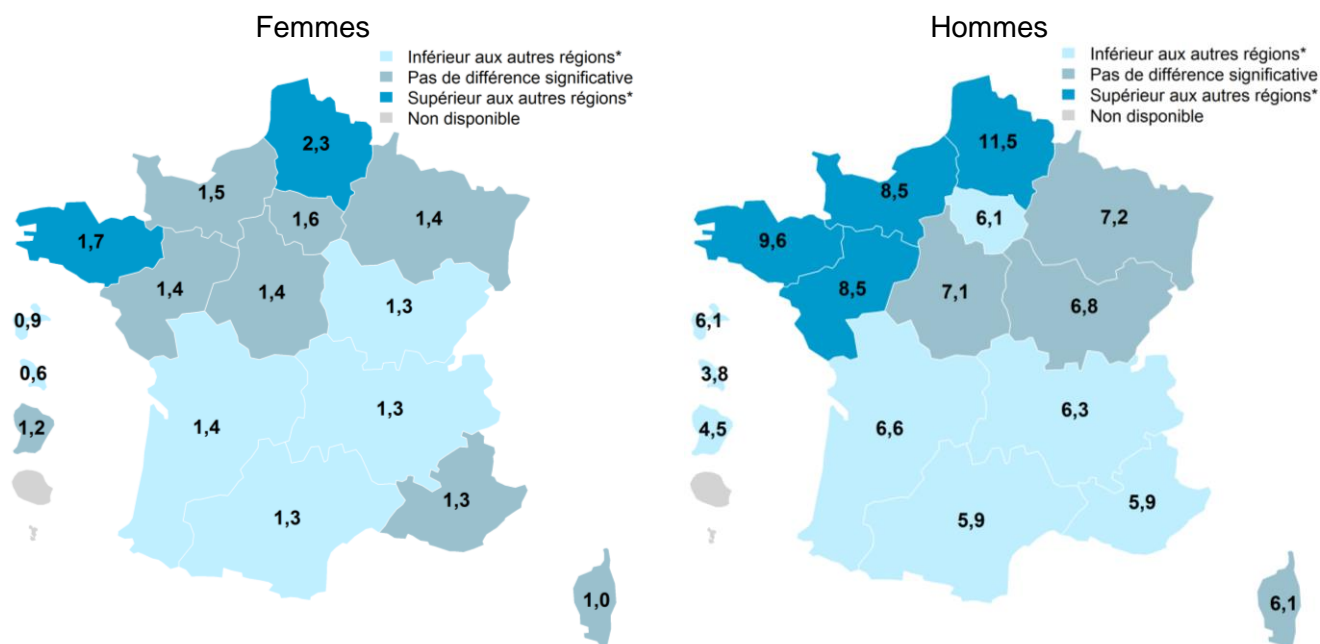
Le cancer de l'œsophage

• 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 **Grand Est (1,4 [1,3-1,6])** 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 **Grand Est (7,2 [6,7-7,7])** 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.

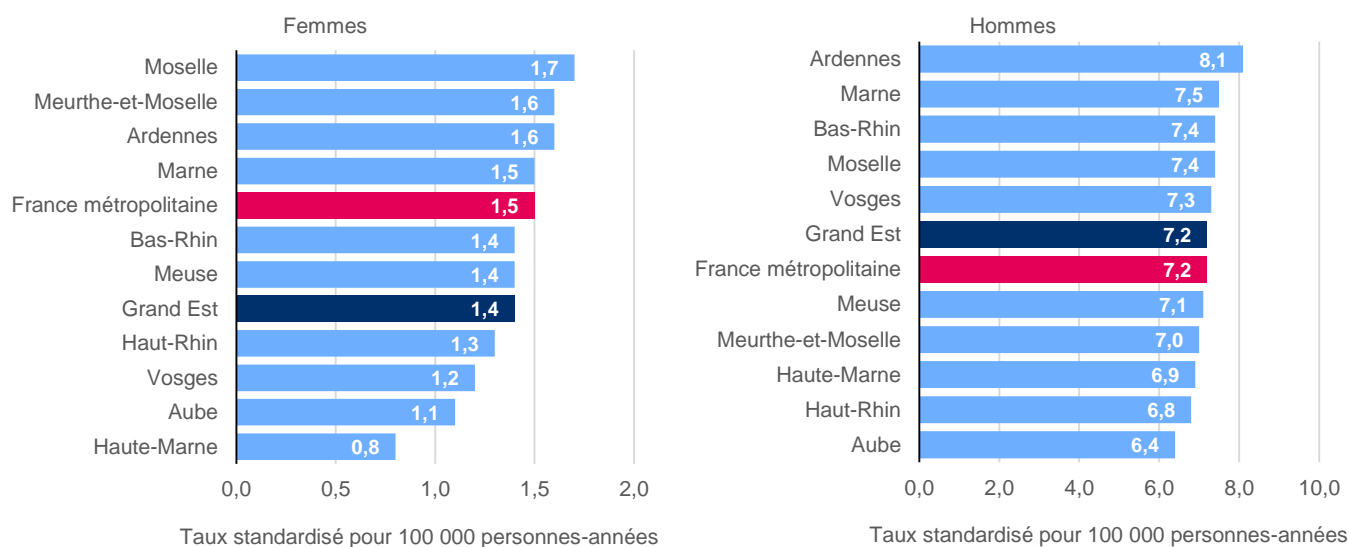
* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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 **Grand Est** (figure 26), les taux départementaux standardisés d'incidence chez les femmes variaient de 0,8 [0,5-1,5] dans la Haute-Marne à 1,7 [1,4-2,1] pour 100 000 personnes-années dans la Moselle. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 6,4 [5,2-8,0] dans l'Aube à 8,1 [6,7-10,0] pour 100 000 personnes-années dans les Ardennes. 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 Grand Est

^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).

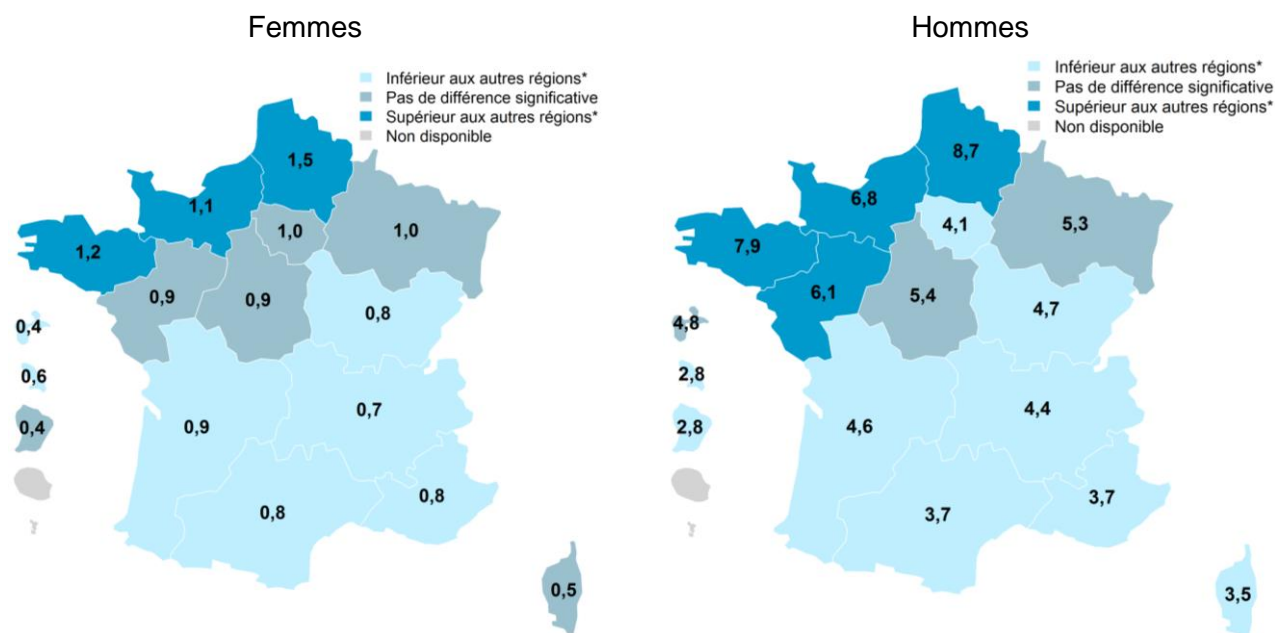
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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 **Grand Est (1,0 [0,9-1,1])** 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 **Grand Est (5,3 [5,1-5,6])** 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.

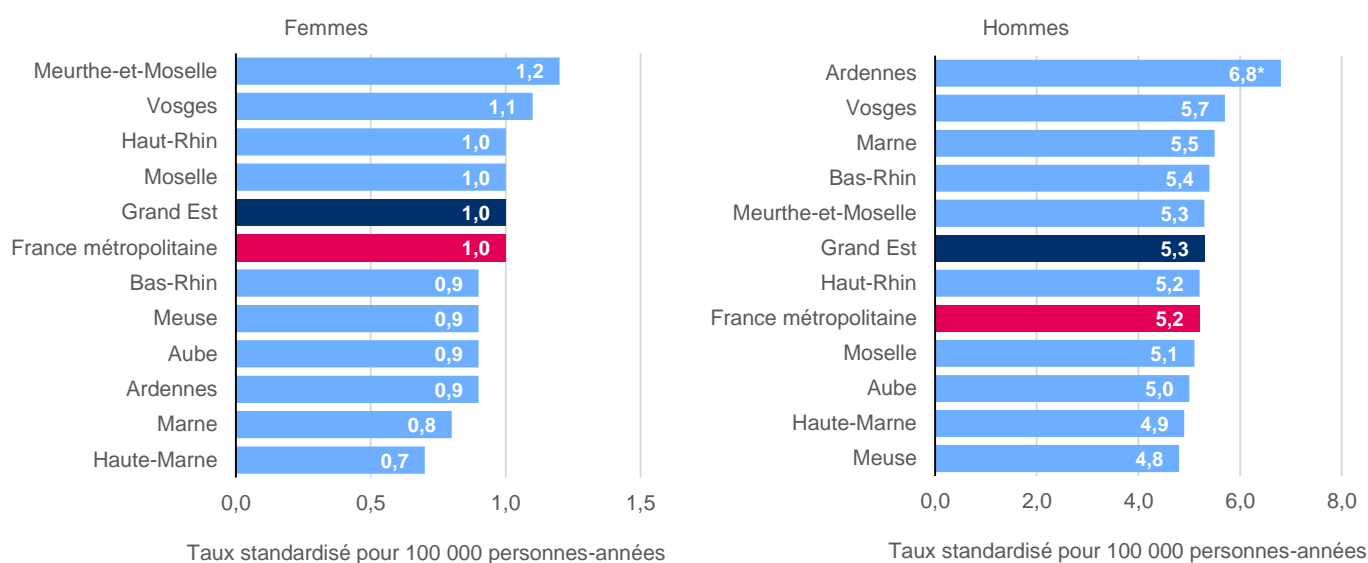
* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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 **Grand Est** (figure 28), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient de 0,7 [0,3-2,0] dans la Haute-Marne à 1,2 [0,9-1,6] pour 100 000 personnes-années en Meurthe-et-Moselle. 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 4,8 [3,7-6,4] dans la Meuse à 6,8 [5,7-8,3] pour 100 000 personnes-années dans les Ardennes. Seul le département des Ardennes présentait un taux significativement supérieur à celui de la moyenne de France métropolitaine.

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

^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 **Grand Est (0,2 [0,2-0,3 pour 100 000 personnes-années])** 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.

Au sein de la région **Grand Est** (figure 30), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient selon les départements de 0,10 [0,02-1,22] dans la Meuse à 0,29 [0,10-1,05] pour 100 000 personnes-années dans les Ardennes. 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 1,0 [0,8-1,4] dans le Haut-Rhin à 2,3 [1,73,3] pour 100 000 personnes-années dans l'Aube et 2,3 [1,7-3,3] dans la Marne. Les départements du Haut-Rhin, des Vosges (1,2 [0,8-1,9]), de Meurthe-et-Moselle (1,3 [1,0-1,8]) et du Bas-Rhin (1,3 [1,0-1,6]) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine.

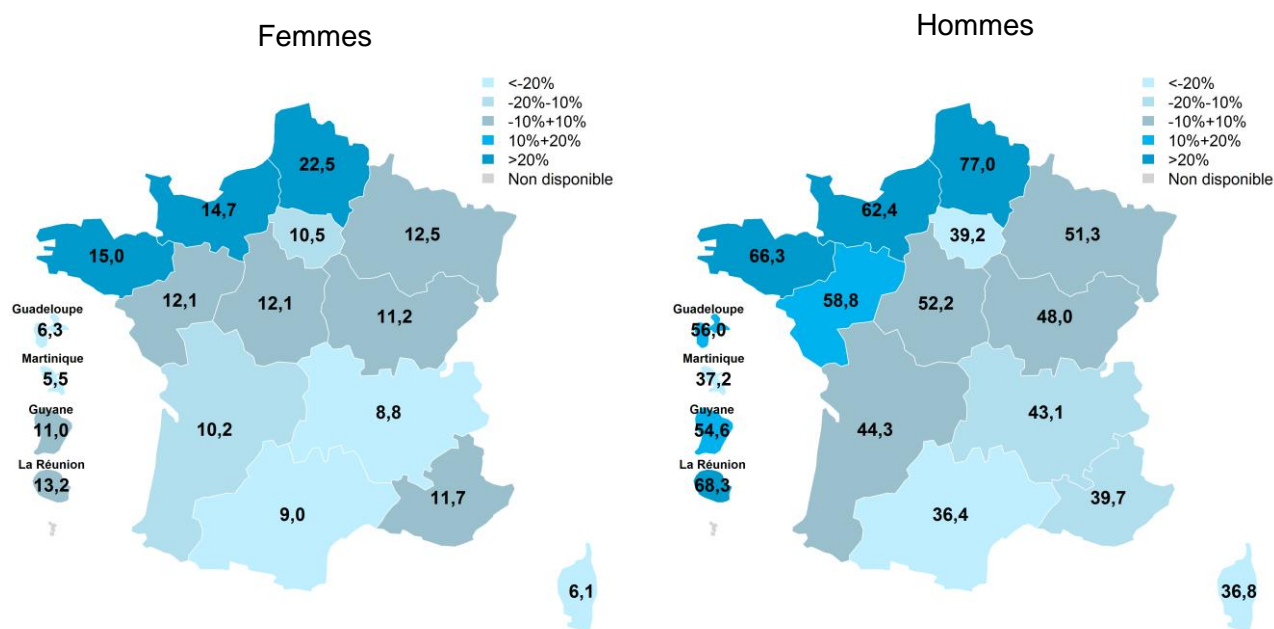
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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 au taux national, tandis qu'en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Guadeloupe, en Corse et en Martinique, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions. En région **Grand Est**, le taux de mortalité était de 12,5 pour 100 000 habitants, soit 3,9 % de plus que le taux national.

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 **Grand Est**, le taux de mortalité était de 51,3 pour 100 000 habitants, soit 4,3 % de plus que le taux national.

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

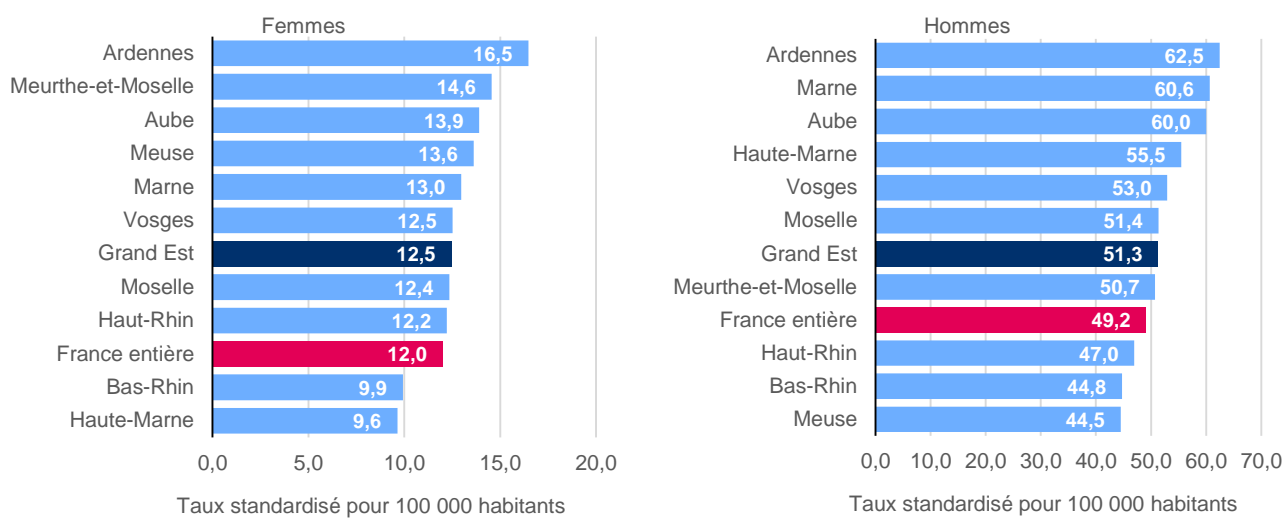


^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte).
 Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

En région **Grand Est**, chez les femmes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 9,6 pour 100 000 habitants en Haute-Marne à 16,5 pour 100 000 habitants dans les Ardennes. Dans les départements des Ardennes, de Meurthe-et-Moselle et de l'Aube le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis qu'en Haute-Marne et dans le Bas-Rhin 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 44,5 pour 100 000 habitants dans la Meuse à 62,5 pour les Ardennes. Dans les départements des Ardennes, de la Marne et de l'Aube le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis que dans la Meuse et dans le Bas-Rhin ce taux était plus de 10 % inférieur 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 Grand Est



^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.

LA CRÉATION D'UN ESPACE RÉGIONAL DE RESSOURCES ET D'EXPERTISES EN ADDICTOLOGIE EN GRAND EST (ERREAGE) : DANS QUELS OBJECTIFS ET POUR QUELLES ACTIONS ?

C. Moreau, Pr. F. Paille, Dr. R. Vannobel, Dr. P. Roua, F. Mazerand, Dr. H. Martini, M. Birebent, Dr. J.P Lang, Dr. C. Pfeiffer

Les conduites addictives sont des pathologies cérébrales pouvant aboutir à une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. Ce sont des pathologies complexes, qui font intervenir des déterminants psychiques, somatiques et sociaux. De ce fait, la prise en soins en est parfois longue et compliquée.

L'utilité d'un réseau de professionnels et d'usagers prend tout son sens pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles addictifs. En effet, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge.

Ainsi, des institutions en région Nord-Est de la France ont-elles progressivement vu le jour afin d'apporter un appui aux professionnels de santé confrontés à des pathologies addictives dans leurs pratiques.

Les « réseaux territoriaux » axés en addictologie en Grand Est

En 2002, a été créé en Lorraine, le réseau territorial Loraddict. Ce réseau a pour vocation d'assurer la coordination des acteurs de l'addictologie en Lorraine, en constituant un lieu d'échanges et de concertation entre ces acteurs. Il vise à l'amélioration de la prise en charge globale des patients présentant des conduites addictives.

Depuis 2001 à l'initiative de médecins généralistes, les professionnels de Champagne Ardenne ont créé ADDICA pour les aider dans l'accompagnement des personnes dans des situations complexes (addictions, problématiques sociales...) en vue de développer une prise en charge globale et cohérente. Aujourd'hui ADDICA fait partie de l'association d'appui aux professionnels de santé avec le réseau CARÉDIAB (diabète) et les PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) des Ardennes et de la Marne.

Enfin, en Alsace, a été créé le Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD). Le CIRDD est un centre ressource, au service de tous les acteurs, politiques, institutionnels et professionnels, concernés par la problématique des addictions et des conduites à risque. Il met à disposition de tout intervenant de santé, d'éducation ou d'application des lois son expertise et ses compétences en matière d'analyse de besoins, d'aide à la décision, de réalisation de projets, de formation, de sensibilisation des jeunes, des adultes et des usagers de drogues.

Les expériences et projets innovants en ante-région

On peut parler tout d'abord de l'expérience ARRIANA. ARRIANA est une structure expérimentale, unique à ce jour en France, qui a ouvert à Haguenau le 13 février 2017. Elle répond à la nécessité d'un accueil réduction des risques et des dommages alcool, des personnes en mésusage d'alcool qui sont encore très loin du soin. ARRIANA a pour objectif d'être un lieu où les usagers peuvent échanger, s'informer, reconstruire des liens sociaux, redevenir acteurs (tant de leur santé que de leur parcours de vie) et s'inscrire ainsi progressivement dans un processus de gestion de consommation d'alcool et donc de réduction des risques et des dommages. Ce lieu permet l'accueil de personnes en situation de vulnérabilité consommatrices d'alcool dans un lieu convivial où l'alcool ne doit pas faire obstacle à la rencontre. Durant ces 2 années ½ de fonctionnement ARRIANA a permis d'accueillir 70 usagers âgés de 19 à 80 ans dont les points communs sont les conduites addictives et essentiellement un mésusage d'alcool ainsi qu'un grand isolement social. ARRIANA est en pleine évolution avec l'ouverture de plages d'accueil 5 jours sur 7 depuis décembre 2018, un projet d'ouverture vers la cité avec la mise en place d'un système d'échange solidaire et enfin la volonté d'y ouvrir une consultation CSAPA avancée.

En Champagne-Ardenne, des formations locales, pluri professionnelles sont organisées pour permettre de mieux connaître les acteurs qui exercent dans le même bassin de vie et de comprendre la place de chaque professionnel dans la prise en charge. Ces formations ont incité les enseignants de la faculté de médecine et de pharmacie à élaborer avec le réseau ADDICA une unité d'enseignements optionnels en addictologie et des séminaires de formation dans lesquels les internes de médecine générale et les étudiants en 5e année de Pharmacie se forment ensemble aux problématiques des conduites addictives.

En Lorraine, une étude pilote Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) amenée été menée fin 2016 avec l'objectif de promouvoir et contribuer à une politique globale de prévention des risques et des conséquences de l'alcool, du tabac et du cannabis par le repérage précoce et l'intervention brève effectués par les médecins généralistes auprès de leurs patients à risques. Pour cette action, une visiteuse médicale formée au préalable au RPIB s'est rendue au sein des cabinets des médecins généralistes volontaires afin de les former au RPIB. Au total, 68 médecins ont participé à cette étude pilote dont l'évaluation a montré qu'à un an, 84.2 % avaient réalisé l'intervention RPIB au moins une fois au cours de l'année dont 36.8 % pour plus de dix patients.

La création d'ERREAGE

De par leur spécificité et forts d'expériences en Alsace, Champagne-Ardenne, et en Lorraine, les 3 entités se sont rapprochées en 2016 pour échanger sur leurs activités et réfléchir à la construction de projets communs Grand-Est. Ainsi, un référentiel d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en addictologie en Grand-Est a été le premier projet commun abouti. L'objectif était de créer un référentiel afin d'aider les acteurs à mettre en place des programmes d'ETP en addictologie. Ceci dans le but que tout patient présentant une addiction, avec ou sans produit, dont la situation justifie ce type d'approche, puisse bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique adapté.

Pour poursuivre ces échanges et permettre la coordination des acteurs de l'addictologie en Grand-Est, ADDICA, CIRDD et LORADDICT vont créer l'Espace régional de ressources et d'expertise en Grand-Est (ERREAGE). Cette fédération visera à favoriser l'innovation dans le champ de l'addictologie et les pratiques de prévention, dans la réduction des risques et des dommages mais aussi dans l'accompagnement et le soin des patients présentant des conduites addictives.

ERREAGE assurera :

- La coordination des acteurs de prévention et de soins du territoire quels que soient les modalités et lieu d'exercice,
- L'expertise en addictologie tant pour les acteurs que pour les institutions,
- Le soutien des délégations territoriales de l'ARS dans l'animation et la coordination des acteurs locaux en addictologie afin de tendre vers une amélioration et une optimisation des réponses apportées aux usagers dans un continuum de parcours (intégrant la prévention, la réduction des risques et les soins),
- L'information, la communication à destination des professionnels, des institutionnels et éventuellement du public,
- L'enseignement, la formation (initiale et continue), la recherche et l'évaluation dans le domaine de l'addictologie,
- La diffusion des bonnes pratiques, des expériences innovantes.

ERREAGE permettra de développer des actions au niveau de la région Grand Est à partir d'actions innovantes mises en place en ante-région mais sera également un espace d'échange dynamique pour la communauté addictologique en Grand Est.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

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

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

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

SOURCE DES DONNÉES

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

1) Baromètre santé et Baromètre de Santé publique France

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

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

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

2) Enquête ESCAPAD 2017

L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) est une enquête anonyme menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'appuyant sur un questionnaire auto-administré qui se déroule dans tous les centres actifs de la journée défense et citoyenneté (JDC) en France (y compris ceux des DOM) avec le soutien de la Direction du service national et de la jeunesse. Le questionnaire porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs. Cette enquête a lieu tous les 3 ans (depuis 2005) au mois de mars sur une période variant de 1 à 2 semaines selon les années. Les données présentées dans ce bulletin sont issues de la 9^{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 **Grand Est**, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité des 57 structures d'urgences. En 2017, d'après le réseau des structures d'urgence de la région Grand Est, Est-Rescue, le réseau Oscour® enregistrait 96 % 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 s'est améliorée mais demeurait hétérogène entre les départements (tableau 4). Au total, on estimait à 83,1 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Grand Est.

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 Grand Est, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Ardennes	4/4 (100%)	93,2 %
Aube	2/2 (100%)	94,1 %
Marne	8/8 (100%)	58,3 %
Haute-Marne	3/3 (100%)	81,6 %
Meuse	2/2 (100%)	99,3 %
Meurthe-et-Moselle	8/8 (100%)	90,1%
Moselle	8/8 (100%)	96,9%
Bas-Rhin	9/9 (100%)	65,7%
Haut-Rhin	8/8 (100%)	81,2%
Vosges	5/5 (100%)	96,6%

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

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

5) Certificats de décès

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

DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

1) Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

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

3) Réseau Oscour®

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

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

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

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

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

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

5) Certificats de décès

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

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

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

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

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

EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL GRAND EST

Santé publique France

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

Avec la contribution de :

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

Autres auteurs

C. Moreau, Pr. F. Paille, Dr. R. Vannobel, Dr. P. Roua, F. Mazerand, Dr. H. Martini, M. Birebent, Dr. J.P Lang, Dr. C. Pfeiffer

Sous la coordination de

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

REMERCIEMENTS

Le comité de rédaction remercie :

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