

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.2 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 Guyane p.11 Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Guyane p.14 Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Guyane p.16 Sources des données p.22 Définition des variables p.23 Effectifs régionaux des enquêtes et Bibliographie p.25

ÉDITO

Comment adapter au mieux les stratégies de prévention des consommations excessives d'alcool en Guyane ? Ce bulletin de santé publique « Alcool » spécial Guyane fait le point sur les comportements, les modes de consommation, l'impact de l'alcool en terme de morbidité et mortalité, et ses spécificités par rapport à la métropole, ou aux régions Outre-mer.

En Guyane, la consommation quotidienne d'alcool et les phénomènes d'alcoolisation ponctuelle importante sont plus faibles qu'en métropole chez les 18-75 ans. En revanche les données suggèrent une expérimentation plus forte chez les jeunes de 17 ans ainsi qu'une consommation hebdomadaire chez les 18 à 30 ans nettement plus élevée qu'en métropole (43,4% contre 32,5%). Malgré des éléments en demi-teinte pour la consommation, à structure d'âge égale, le taux de mortalité pour les principales pathologies liées directement à l'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme) est globalement supérieur en Guyane à la métropole, chez les hommes, et équivalente chez les femmes.

D'autres effets sanitaires ou sociaux ne sont pas pris en compte ici, comme les questions de l'accidentologie routière, les violences, ou l'effet sur la grossesse avec les dangers du syndrome d'alcoolisation fœtale. Il est donc nécessaire de réduire la consommation d'alcool pour en limiter les risques sanitaires et les conséquences sociales, dans une optique de réduction des risques. Un travail d'expertise mené en 2017 a débouché sur le souhait de l'installation dans la population de nouveaux repères universels :

Ne pas dépasser deux verres par jour avec au moins deux jours par semaine sans consommation, traduit par :

« Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour, et pas tous les jours ».

Cela correspond à 14 g d'alcool pur par jour, soit 10 verres standard par semaine. Ces messages s'installeront progressivement via différentes campagnes afin de faire évoluer les comportements en Guyane comme ailleurs.

POINTS CLÉS

- La consommation quotidienne d'alcool et l'alcoolisation ponctuelle importante chez les 18-75 ans (prévalences de 5,2 et 13,0 %) est plus faible en Guyane qu'en métropole (prévalences de 10,0 et 19,9 %) (Baromètre santé DROM 2014).
- La consommation hebdomadaire d'alcool est toutefois plus élevée chez les jeunes de 18 à 30 ans qu'en métropole (prévalence de 43,4 % versus 32,5 %) (Baromètre santé DROM 2014).
- En Guyane, un plus grand nombre de jeunes ont déjà expérimenté la prise d'alcool à 17 ans qu'en métropole (prévalence de 90,0 % versus 85,7 %) (enquête ESCAPAD 2017).
- La bière et les types d'alcool autres que vin et alcools forts sont plus fortement consommés en Guyane qu'en métropole (Baromètre santé DROM 2014).
- En Guyane, la consommation hebdomadaire d'alcool concerne plus les jeunes de 18 à 30 ans alors que la consommation quotidienne touche davantage les personnes de plus de 60 ans (Baromètre santé DROM 2014).
- Le taux de mortalité des principales pathologies en lien direct avec l'alcool (cancers des voies aérodigestives, cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme) est comparable à la métropole chez les femmes (11,0 / 100 000 en Guyane versus 12,0 en métropole) mais plus important chez les hommes (54,6 / 100 000 versus 49,2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une première campagne d'information a ainsi été diffusée en 2019 et sera suivie d'autres dispositifs de communication auprès du grand public. Ces actions s'inscrivent pour Santé publique France, dans une stratégie pluriannuelle plus globale de prévention et de promotion de la santé concernant l'alcool, qui vise également à protéger certaines populations spécifiques, comme les jeunes ou les femmes enceintes.

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

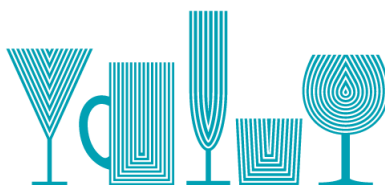


© O SMO SMO SMO
ALCOOL MEDISERV 1947



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

Parlez-en à
votre médecin



© O SMO SMO SMO
ALCOOL MEDISERV 1947



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

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



© O SMO SMO SMO
ALCOOL MEDISERV 1947



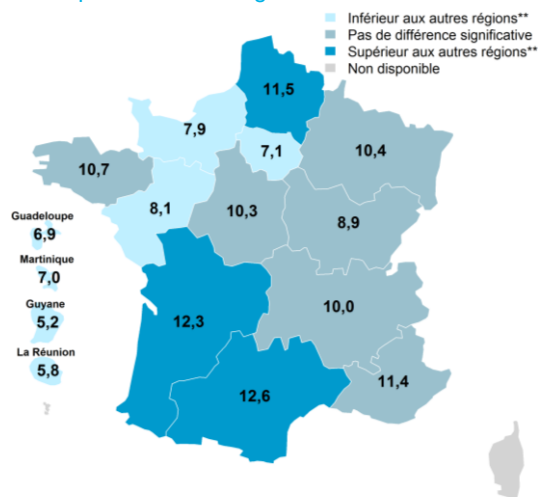
COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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

Ces données sont issues du Baromètre de Santé publique France 2017 pour la métropole et du Baromètre santé DROM 2014 pour les DROM. En Guyane, le taux de participation était de 49% et huit communes sur 22 étaient sous-représentées en particulier dans les communes de l'intérieur et dans l'ouest. Elles représentaient 30% de la population alors qu'elles ne constituaient que 12% de l'échantillon guyanais. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette sous-représentation : moindre couverture mobile dans cette zone, utilisation du réseau téléphonique surinamais plutôt que français, questionnaire administré en deux langues qui ne sont pas majoritaires dans cette zone (Informations sur les sources de données en page 22).

En France métropolitaine, la **prévalence standardisée de la consommation quotidienne d'alcool chez les 18-75 ans** était de 10,0 % et variait selon les régions de 7,1 % à 12,6 % (figure 1, tableau 1). Dans les **DROM**, 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 pour la métropole.

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



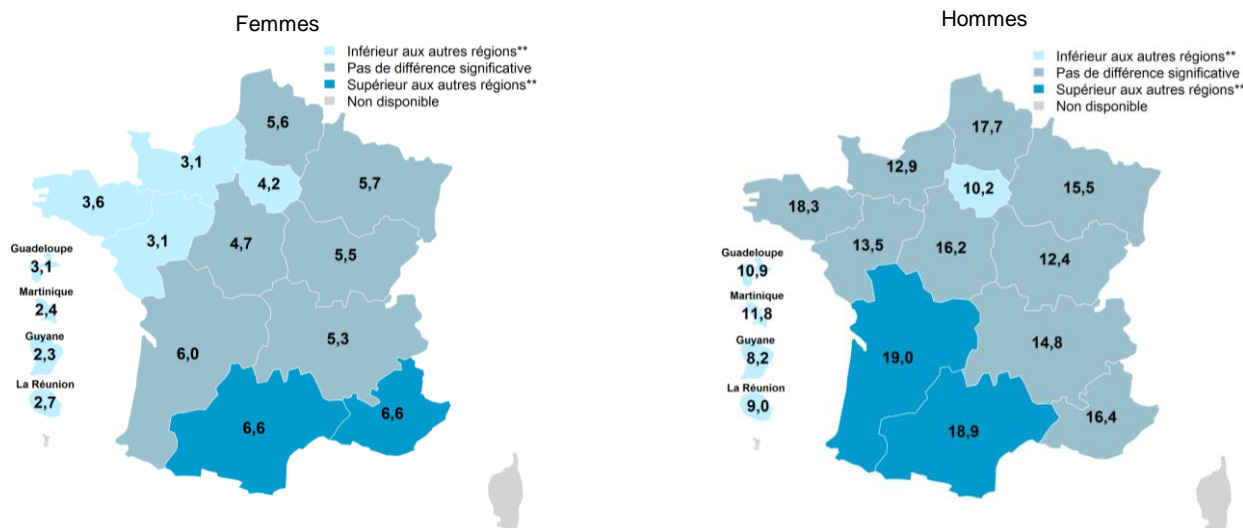
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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 France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

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

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

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



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

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

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

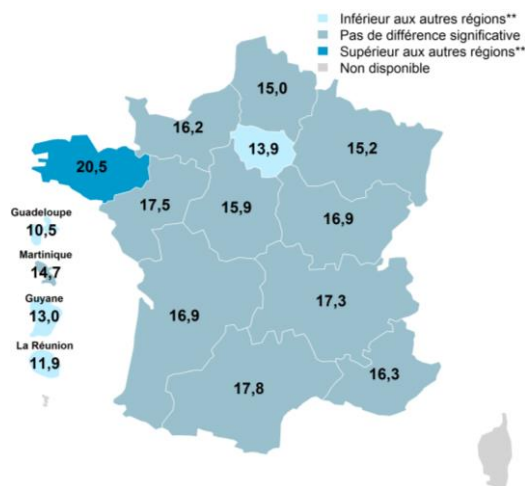
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence de la **consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans** en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à 6,6 % (Occitanie) chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en 2014, elle variait selon les régions et en **Guyane**, ces prévalences étaient de 2,3 % chez les femmes et de 8,2 % 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 %). Dans les **DROM**, la Guadeloupe (10,5 %), à La Réunion (11,9 %) et la **Guyane** (13,0 %) présentaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine, tandis qu'en Martinique, la prévalence ne différait pas de la moyenne nationale.

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 4). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 6,1 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 9,3 % (Occitanie) chez les femmes et de 21,4 % (Île-de-France) à 32,4 % (Bretagne) chez les hommes. Dans les **DROM**, elle variait selon les régions de 4,9 % (La Réunion) à 6,9 % (Guyane) chez les femmes et de 15,6 % (Guadeloupe) à 24,3 % (Martinique) chez les hommes. En **Guyane**, ces prévalences étaient de 6,9 % chez les femmes et de 19,4 % 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



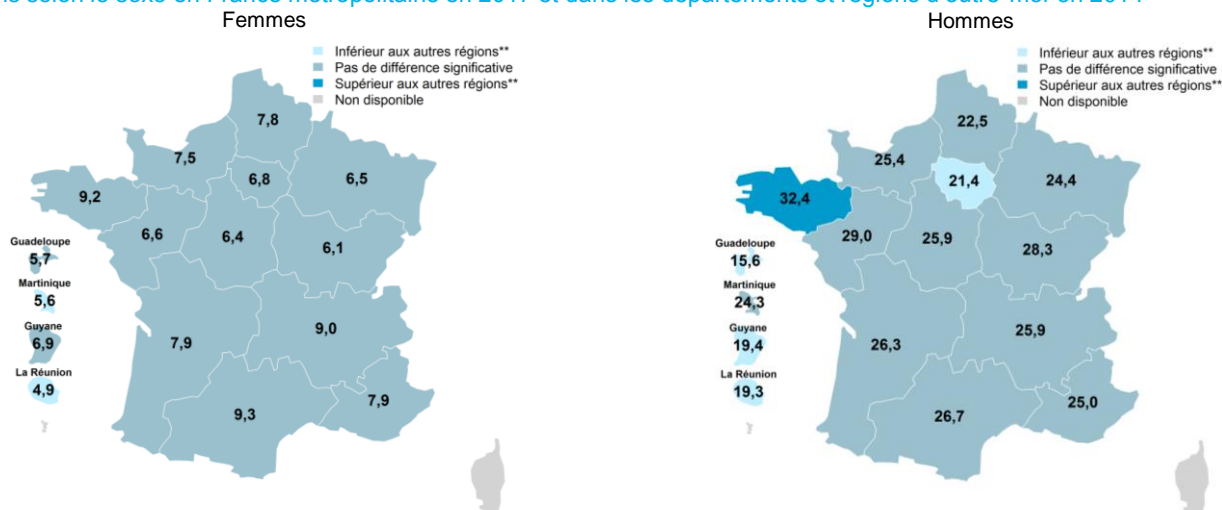
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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

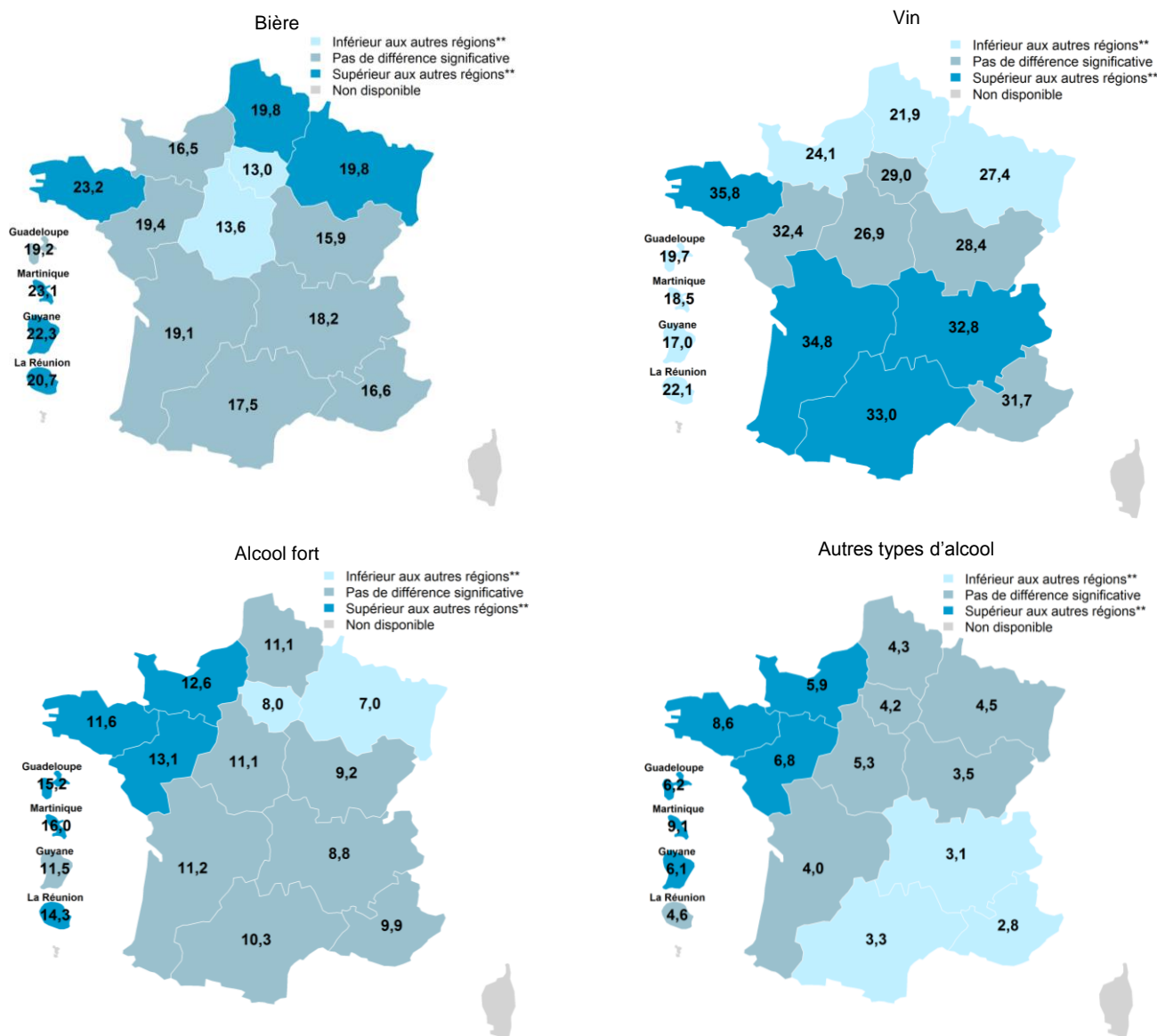
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine (34,8 %) – ainsi qu'en Bretagne (35,8 %) que dans les autres régions. 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, et significativement plus faible en Grand Est (7,0 %) et en Île-de-France (8,0 %).

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

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

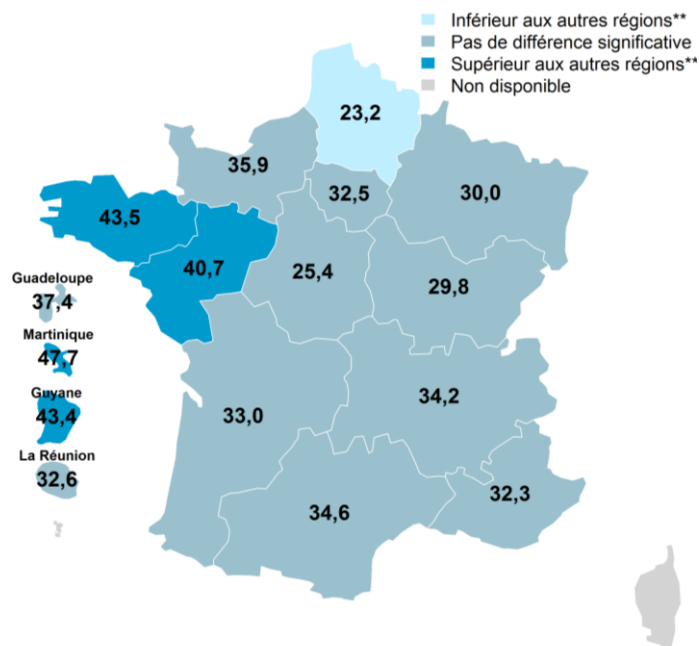
Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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.

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

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



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

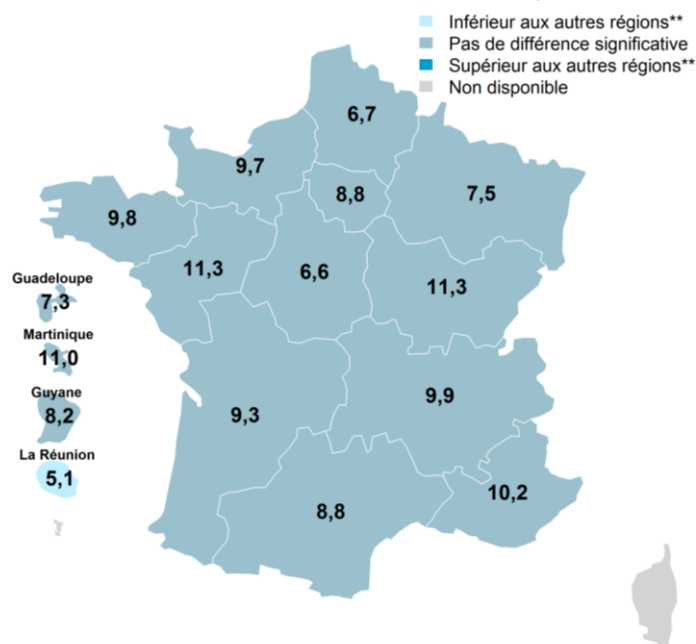
** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de 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. Pour les **DROM**, seule La Réunion (5,1 %) se distinguait par une prévalence significativement plus faible que la moyenne des autres régions de la France métropolitaine. En **Guyane**, la prévalence était de 8,2 %.

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 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.

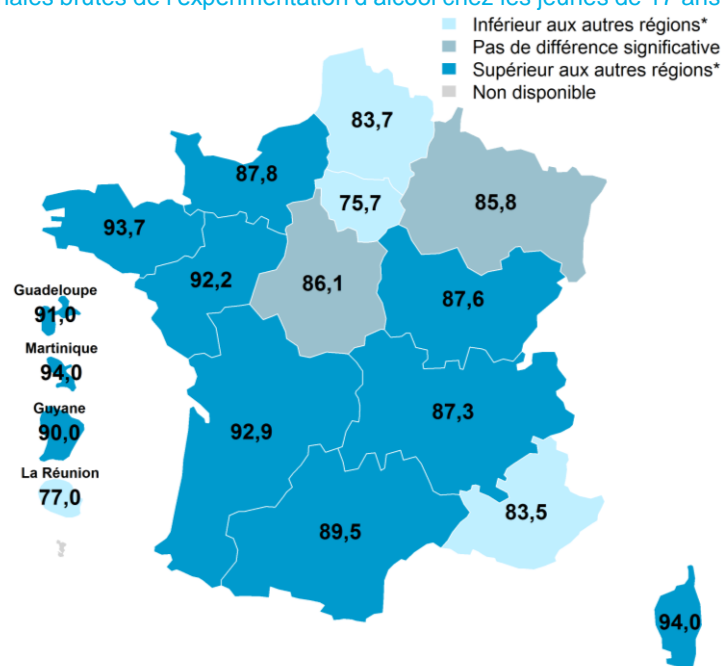
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans

Ces données sont issues de l'enquête Escapad réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (Ofdt) en 2017 par l'auto-administration de questionnaires lors de la Journée d'Appel du Citoyen (JDC). En Guyane, l'échantillon était constitué de 430 jeunes de 17 ans. Cette petite taille d'échantillon implique une moindre précision des estimateurs par rapport aux autres régions. Par ailleurs, le recrutement se faisant parmi les jeunes participant à la JDC, l'échantillon n'est pas représentatif des jeunes de 17 ans résidant en Guyane car cela suppose d'être de nationalité française. Or en Guyane, une personne sur trois est de nationalité étrangère (source Insee) (Informations sur les sources de données en page 22).

En 2017, 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. Dans les **DROM**, la **Guyane** (90,0 %), la Guadeloupe (91,0 %) et la Martinique (94,0 %) présentaient des prévalences comparables entre elles et significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine, contrairement à La Réunion (77,0 %) qui affichait une prévalence significativement plus faible.

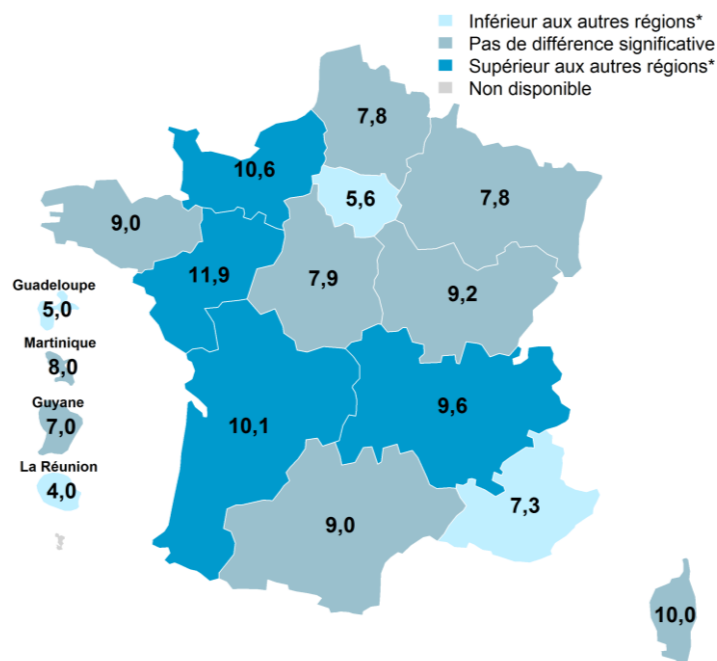
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



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

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

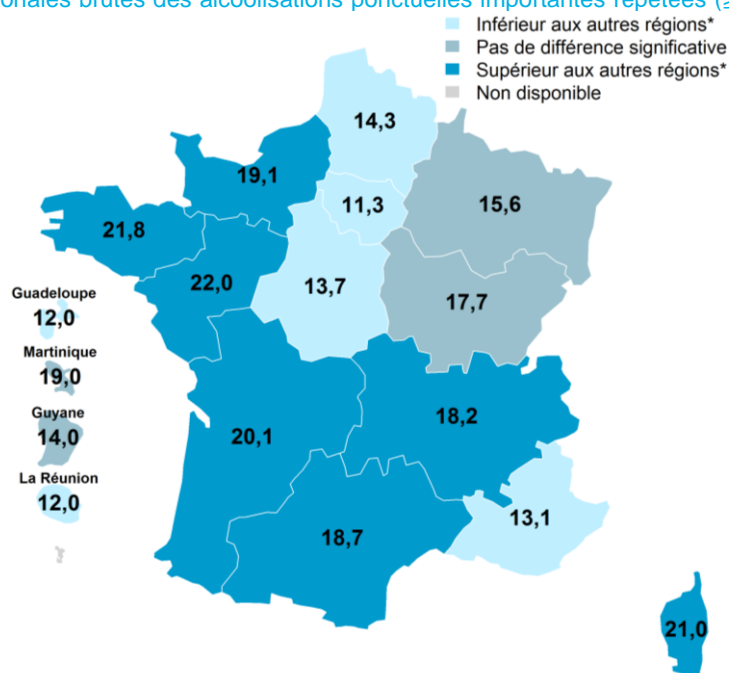
Au sein des **DROM**, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La **Guyane** et la Martinique (8,0 %) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

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

* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne 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. A l'inverse, les régions Auvergne-Rhône-Alpes (18,2 %), Occitanie (18,7 %), Normandie (19,1 %), Nouvelle-Aquitaine (20,1 %), Corse (21,0 %), Bretagne (21,8 %) et Pays de la Loire (22,0 %) se distinguaient par des prévalences significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine.

Au sein des **DROM**, La Réunion (12,0 %) et la Guadeloupe (12,0 %) se démarquaient par des prévalences d'alcoolisations ponctuelles importantes répétées plus faibles que la moyenne nationale. 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 France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN GUYANE

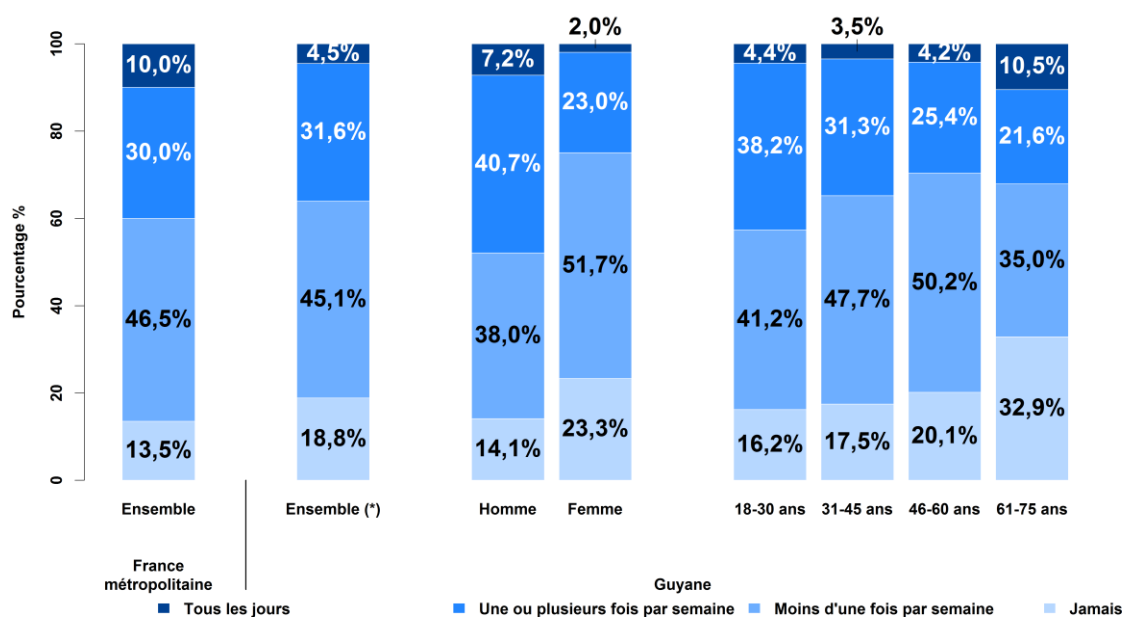
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2014, en Guyane, 36,1 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 4,5 % tous les jours au cours des 12 derniers mois (figure 11). Ces proportions étaient significativement inférieures à celles observées en France métropolitaine, respectivement de 40,0 % et 10,0 %.

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Guyane. Ainsi, 7,2 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 2,0 % des femmes. Les femmes n'ayant jamais consommé au cours des 12 derniers mois étaient plus nombreuses (23,3 %) que les hommes (14,1 %). La consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les 61-75 ans (10,5 %). C'est également dans cette classe d'âge que l'on observe le plus de non consommateurs (32,9 %). En revanche les consommations hebdomadaires étaient plus fréquentes chez les jeunes de 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 en Guyane, et selon le sexe et l'âge pour la région Guyane, 2014.



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

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

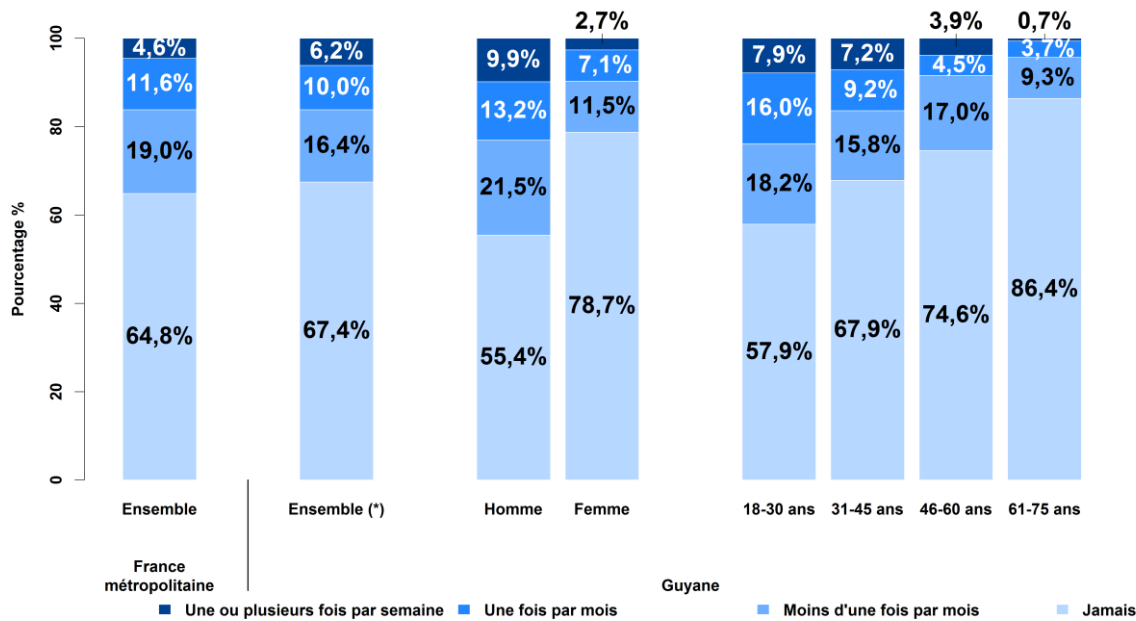
Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2014, en Guyane, 32,6 % 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 16,2 % au moins une fois par mois et 6,2 % au moins une fois par semaine (figure 12). En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 35,2 %, 16,2 % et 4,6 % (seule la fréquence d'API au cours des 12 derniers mois était significativement différente avec celle de la région).

En Guyane, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (44,6 % dont 23,1 % au moins une fois par mois et 9,9 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (21,3 % dont 9,7 % au moins une fois par mois et 2,7 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était inversement proportionnelle à l'âge : elle était plus importante parmi les 18-30 ans (42,1 % dont 23,9 % au moins une fois par mois et 7,9 % au moins une fois par semaine), puis diminuait avec l'âge (32,1 % chez les 31-45 ans, 25,4 % chez les 46-60 ans et 13,6 % chez les 61-75 ans).

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



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

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

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Facteurs associés

En 2014, en Guyane, la consommation quotidienne d'alcool était plus importante chez les hommes que chez les femmes. Les personnes âgées de 31 à 45 ans consommaient également plus souvent quotidiennement de l'alcool que les 61-75 ans (tableau 2).

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

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=849)	7,2	3,3***	[2,0-5,4]
Femme (réf.) (n=1053)	2,0	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	*		
18-30 ans (n=558)	4,4	0,5*	[0,2-0,9]
31-45 ans (n=719)	3,5	0,2***	[0,1-0,5]
46-60 ans (n=440)	4,2	0,4*	[0,2-0,8]
61-75 ans (réf.) (n=185)	10,5	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=368)	4,7	1,2	[0,6-2,3]
2e tercile (n=500)	4,4	0,9	[0,5-1,7]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=793)	5,3	1,0	
Refus/Nsp (n=241)	2,8	0,8	[0,4-1,9]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1028)	4,2	0,5*	[0,3-0,9]
Bac (n=341)	4,4	0,6	[0,3-1,1]
Supérieur au Bac (réf.) (n=513)	6,5	1,0	

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

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

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

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Le sexe, l'âge et le niveau de diplôme étaient significativement associés à la fréquence des API mensuelles en **Guyane** (tableau 3).

Un gradient était observé pour l'âge : **les API mensuelles étaient plus fréquentes chez les plus jeunes**. Elles étaient également plus importantes chez les **hommes** et les **personnes sans diplôme ou de niveau inférieur au Bac**.

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

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=848)	23,1	3,3***	[2,4-4,4]
Femme (réf.) (n=1051)	9,7	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=558)	23,9	6,8***	[3,3-13,9]
31-45 ans (n=719)	16,4	4,4***	[2,2-9,1]
46-60 ans (n=437)	8,4	1,7	[0,8-3,7]
61-75 ans (réf.) (n=185)	4,4	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=368)	19,2	1,0	[0,7-1,6]
2e tercile (n=500)	16,2	1,0	[0,7-1,4]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=791)	15,0	1,0	
Refus/Nsp (n=240)	12,8	0,6	[0,4-1,1]
Diplôme en 3 modalités	**		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1027)	18,2	1,7**	[1,1-2,5]
Bac (n=340)	11,9	0,9	[0,6-1,5]
Supérieur au Bac (réf.) (n=512)	11,9	1,0	

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

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

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

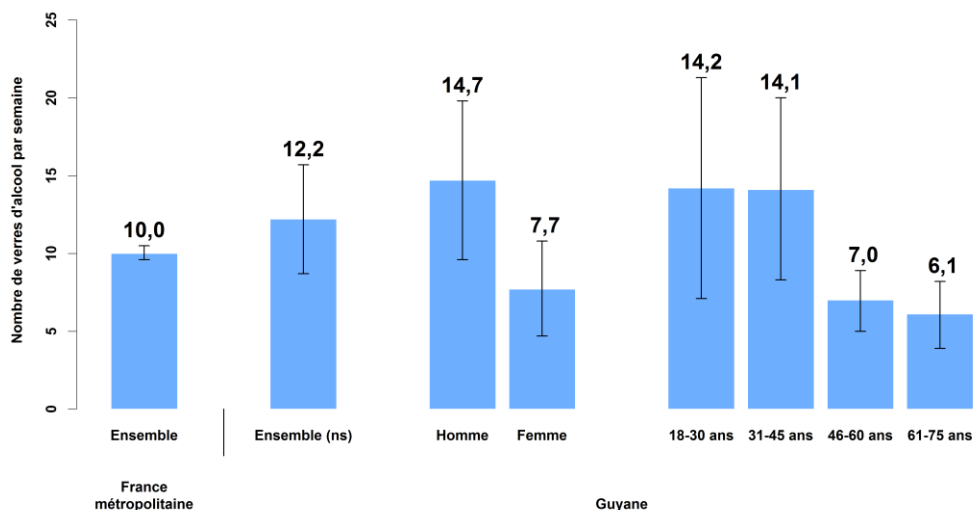
Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Nombre de verres consommés

En 2014, en Guyane, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne **12,2 [8,7-15,7] verres par semaine**, ce qui ne différait pas des régions métropolitaines (10,0 [9,6-10,5] verres par semaine (figure 13)).

Le nombre moyen de verres consommés par semaine était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement de 14,7 [9,6-19,8] et 7,7 [4,7-10,8]) et dans les tranches d'âge les plus jeunes (18-30 ans et 31-45 ans avec respectivement 14,2 et 14,1 verres en moyenne par semaine).

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



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

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

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

MORBIDITÉ AIGUË LIÉE À L'ALCOOL DANS LA RÉGION GUYANE

Les données présentées dans ce chapitre sont issues des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgence (SU) participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). L'analyse porte sur l'année 2017. Cette année, en Guyane, seul le service des urgences du Centre hospitalier de Cayenne était connecté au réseau Oscour®. En conséquence, les données ne portent que sur les passages aux urgences du CH de Cayenne. Le CH de Kourou a intégré le réseau en 2018 et le CH de l'Ouest guyanais (CHOG) en 2019 (Informations sur les sources de données en page 22).

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

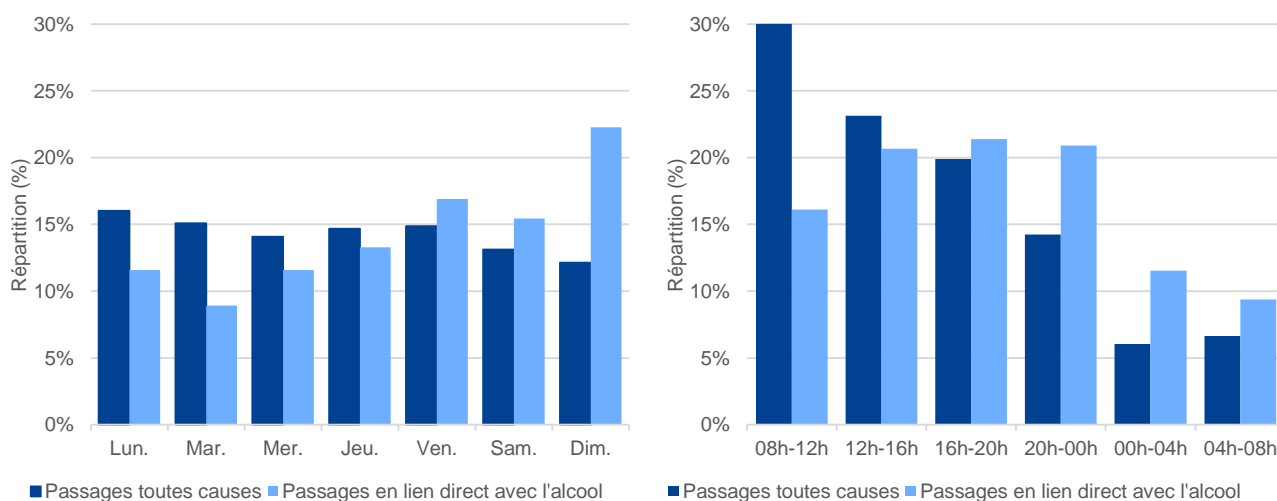
En 2017, 416 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés parmi les 50 387 résumés de passages aux urgences (RPU) de l'unique service d'urgence (SU) de la région **Guyane** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Cela représente en moyenne **1,14 passages quotidiens**. **Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 0,82 % des passages aux urgences** toutes causes confondues dans la région (soit 1 passage sur 122). Cette proportion augmentait progressivement au cours de la semaine (de 0,60 % le lundi à 1,52 % le dimanche).

Plus de la moitié (54,6 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur la période du vendredi au dimanche sur une journée de 24 heures (figure 14) alors que l'activité toutes causes étaient répartie de manière homogène sur la semaine.

Les plages horaires de 12h-16h et 16h-20h représentaient 20,7 et 21,4 % des passages en lien direct avec l'alcool mais il s'agissait également des plages où l'activité toutes causes était parmi les plus fortes (elles représentaient respectivement 23,1 % et 19,9 % de l'activité sur la journée). **Les plages nocturnes représentaient 27,0 % de l'activité toutes causes mais 41,8 % de l'activité en lien direct avec l'alcool.**

Ainsi, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont lieu plus fréquemment le week-end et en journée mais représentent une plus grosse part d'activité la nuit.

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



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

Distribution des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie, le sexe et l'âge

Différentes pathologies peuvent être identifiées comme directement liées à l'alcool (tableau 4). En **Guyane** en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus fréquente, représentant 66,6 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les syndromes de sevrage et dépendance représentaient ¼ des passages aux urgences en lien avec l'alcool.

Tableau 4 : Distribution des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie mentionnée en diagnostic principal et/ou associé dans la région Guyane en 2017

*le nombre total diffère du nombre de passage aux urgences pour pathologie en lien direct avec l'alcool car pour un même passage, deux syndromes ont pu être indiqué : l'un en diagnostic principale, l'autre en diagnostic associé

Type de pathologies susceptibles d'être en lien avec la consommation d'alcool	Nombre	Pourcentage
Intoxication éthylique aiguë	277	66,6 %
Syndrome de sevrage et dépendance	107	25,7 %
Autre intoxication par l'alcool	4	1,0 %
Autre trouble mental	16	3,8 %
Tentative de suicide	2	0,5 %
Effets à long terme	18	4,3 %
Pathologies liées à l'alcool	424*	100,0 %

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

Les hommes représentaient près d'un passage sur 5 en lien direct avec l'alcool (79,6 %) (tableau 5). Les classes d'âge les plus représentés parmi les passages pour pathologies en lien direct avec l'alcool étaient les adultes de 31 à 60 ans. Les mineurs ne représentaient moins de 5 % des passages.

Tableau 5 : Distribution des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe et l'âge dans la région Guyane en 2017

Caractéristiques des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool	Nombre	Pourcentage
Sexe (n = 416)		
Femmes	85	20,4 %
Hommes	331	79,6 %
Classes d'âge (n = 415)		
0-14 ans	6	1,4 %
15-17 ans	13	3,1 %
18-30 ans	77	18,6 %
31-45 ans	109	26,3 %
46-60 ans	114	27,5 %
61-75 ans	92	22,2 %
Plus de 75 ans	4	1,0 %

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

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ ASSOCIÉES À L'ALCOOL EN RÉGION GUYANE

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. L'alcool et le tabac ont des effets cancérigènes synergiques en cas d'exposition conjointe.

En Guyane, les données d'incidence sont issues des données collectées par le registre des cancers. Les données de mortalité proviennent des certificats de santé du Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDC Inserm) (Informations sur les sources de données en page 22).

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

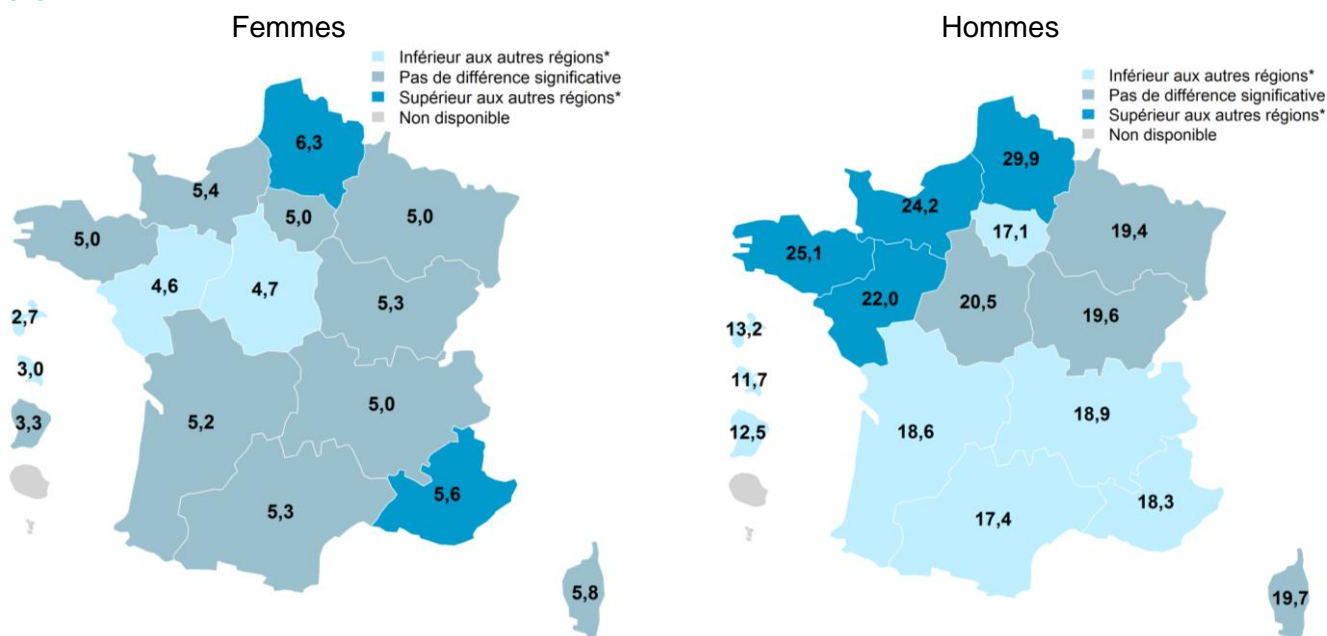
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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 15), 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 **Guyane** (3,3 [1,9-5,6]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les **hommes** (figure 15), huit régions se distinguaient par **des taux standardisés d'incidence** significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (11,7), la **Guyane** (12,5 [9,5-16,4]), la Guadeloupe (13,2), l'Île-de-France (17,1), l'Occitanie (17,4), Provence-Alpes-Côte d'Azur (18,3), la Nouvelle-Aquitaine (18,9) et Auvergne-Rhône-Alpes (18,6). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (22,0), la Normandie (24,2), la Bretagne (25,1) et les Hauts-de-France (29,9).

Figure 15 : Taux régionaux standardisés d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe, 2007-2016



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

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

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

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

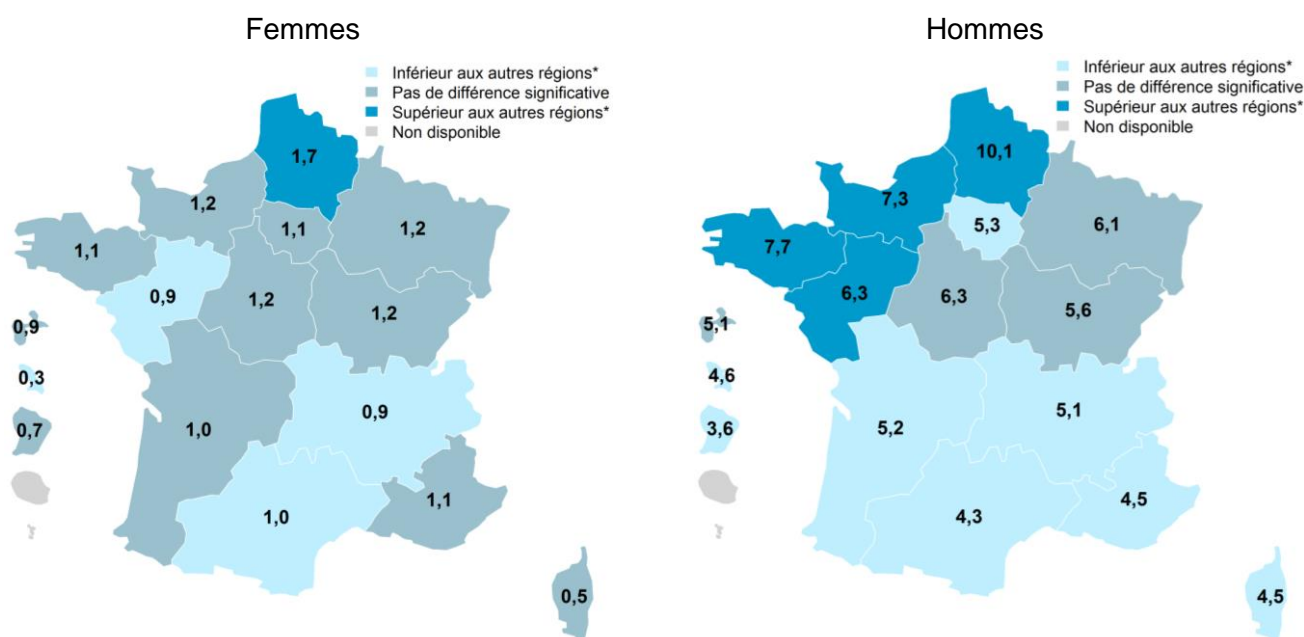
• Mortalité par cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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

Chez les **femmes** (figure 16), 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 **Guyane** (0,7 [0,2-1,9]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les **hommes** (figure 16), huit régions se distinguaient par des **taux standardisés de mortalité** significativement plus bas : la **Guyane** (3,6 pour 100 000 personnes-années [2,2-5,5]), 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.

Figure 16 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe, 2007-2014



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

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

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

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

Le cancer de l'œsophage

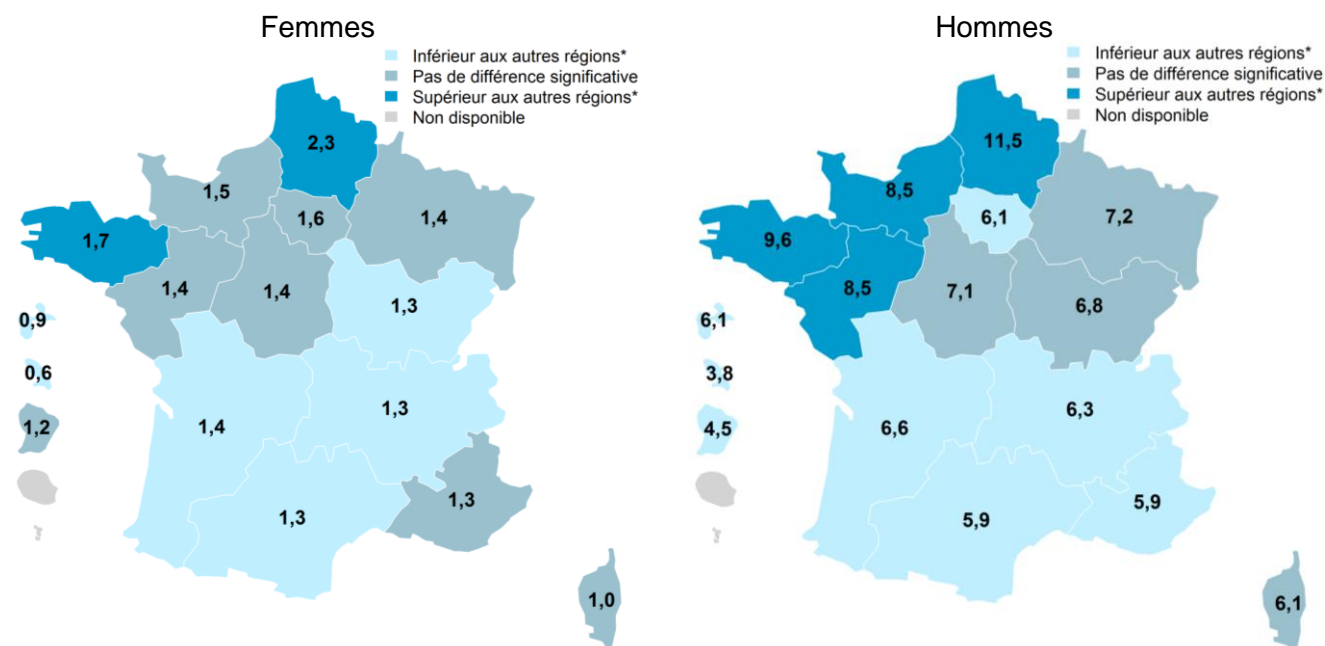
• Incidence du cancer de l'œsophage

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

Chez les **femmes** (figure 17), six régions présentaient des **taux standardisés d'incidence** significativement plus bas que la moyenne nationale : la Martinique (0,6 pour 100 000 personnes-années), la Guadeloupe (0,9 [0,5-1,5]), Auvergne-Rhône-Alpes (1,3), l'Occitanie (1,3), la Bourgogne-Franche-Comté (1,3) et la Nouvelle-Aquitaine (1,4). Les régions Bretagne (1,7) et Hauts-de-France (2,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. La région **Guyane** (1,2 [0,4-2,8]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les **hommes** (figure 17), 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 [2,7-7,2]), Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,9), l'Occitanie (5,9), l'Île-de-France (6,1), la Guadeloupe (6,1 [5,1-7,4]), Auvergne-Rhône-Alpes (6,3 [5,9-6,7]) et la Nouvelle-Aquitaine (6,6 [6,2-7,0]). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (8,5 [7,8-9,2]), les Pays de la Loire (8,5 [7,8-9,2]), la Bretagne (9,6 [8,8-10,4]) et les Hauts-de-France (11,5 [10,6-12,5]).

Figure 17 : Taux régionaux standardisés^a d'incidence du cancer de l'œsophage selon le sexe, 2007-2016



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

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

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

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

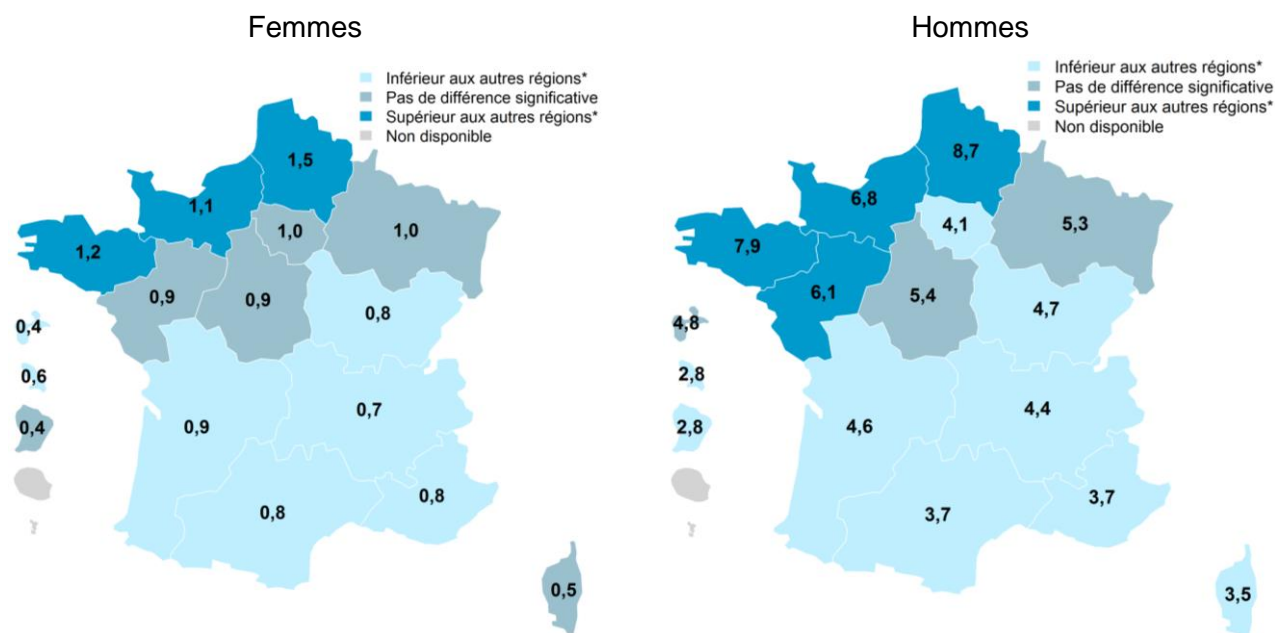
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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

Chez les **femmes** (figure 18), sept régions présentaient des **taux standardisés de mortalité** significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Guadeloupe (0,4 pour 100 000 personnes-années), la Martinique (0,6), Auvergne-Rhône-Alpes (0,7), Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,8), l'Occitanie (0,8), la Bourgogne-Franche-Comté (0,8) et la Nouvelle-Aquitaine (0,9). Trois régions du Nord-Ouest se distinguaient par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (1,1), la Bretagne (1,2) et les Hauts-de-France (1,5). La région **Guyane** (0,4 [0,1-1,4]) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les **hommes** (figure 18), 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 [1,6-4,6]), 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).

Figure 18 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancer de l'œsophage selon le sexe, 2007-2014



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

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

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

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

Le cancer du larynx

• Incidence du cancer du larynx

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

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

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

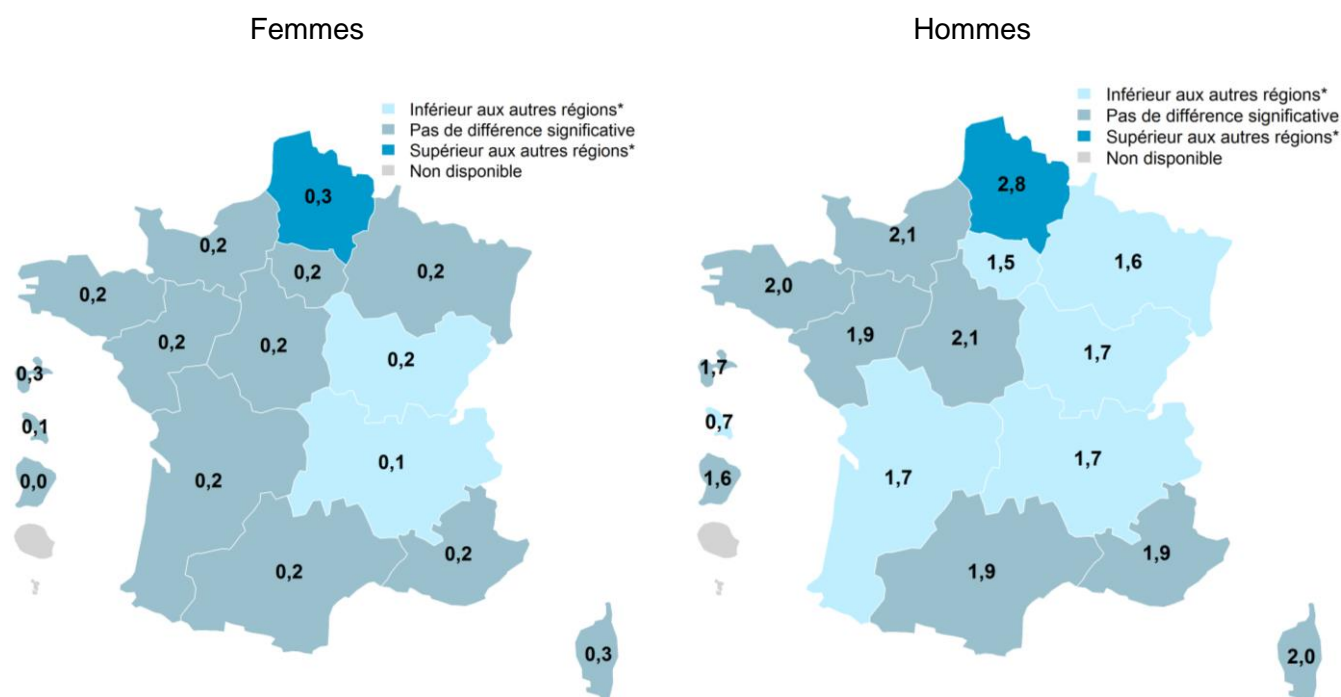
• Mortalité par cancer du larynx

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

Chez les femmes (figure 19), les régions Auvergne-Rhône-Alpes (0,1 pour 100 000 personnes-années) et Bourgogne-Franche-Comté (0,2) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine, tandis que ce taux était significativement supérieur dans les Hauts-de-France (0,3). La région Guyane (0,0 [0,0-0,6]), la Martinique (0,1 [0,0-0,6]) et la Guadeloupe (0,3 [0,1-0,9]) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 19), six régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,7 [0,4-1,3]), l'Île-de-France (1,5 [1,4-1,6]), le Grand Est (1,6 [1,4-1,7]), l'Auvergne-Rhône-Alpes (1,7 [1,6-1,8]), la Nouvelle-Aquitaine (1,7 [1,6-1,9]) et la Bourgogne-Franche-Comté (1,7 [1,5-1,9]). Seule la région Hauts-de-France (2,8 [2,6-2,9]) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. La région Guyane (1,6 [0,7-3,0]), la Guadeloupe (1,7 [1,2-2,4]) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 19 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancer du larynx selon le sexe, 2007-2014



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

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

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

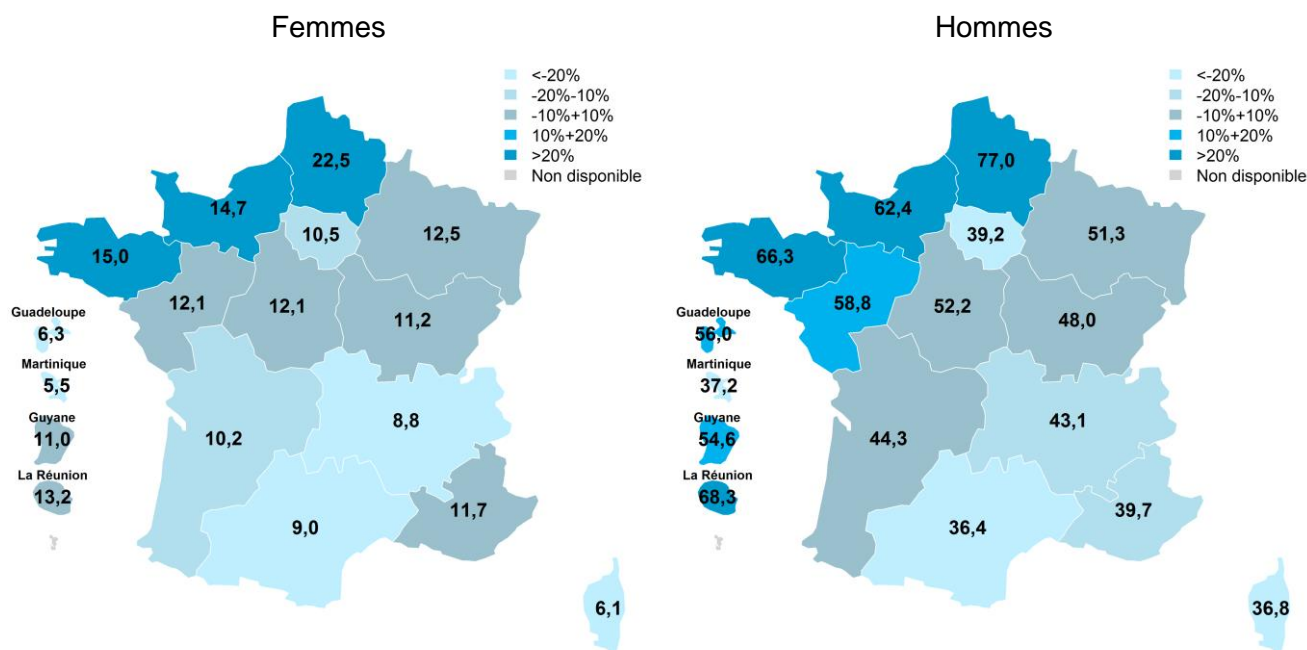
Source : Estimations régionales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

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

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

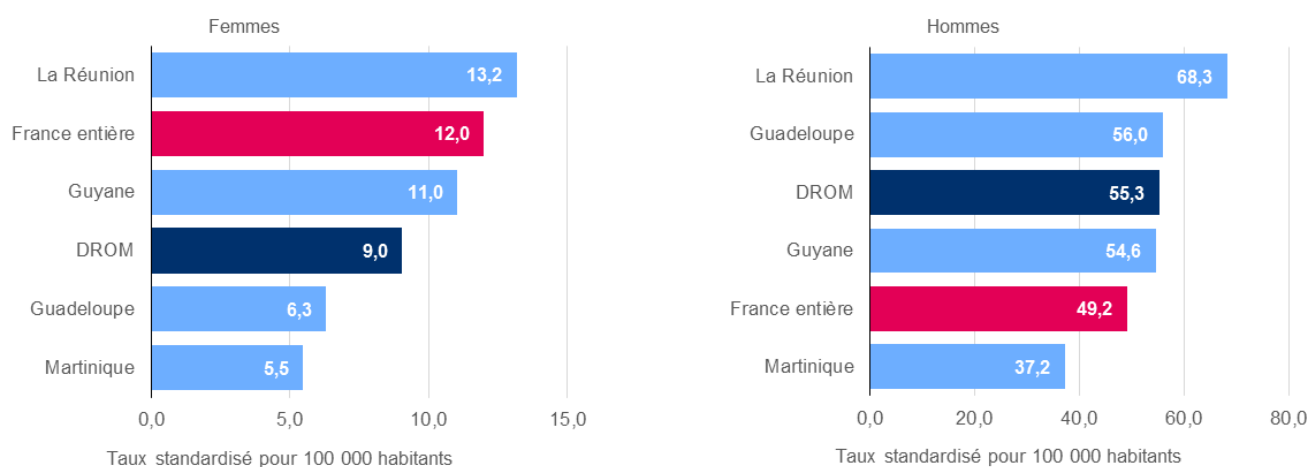
En **Guyane**, le **taux standardisé de mortalité** était de 30,9 pour 100 000 habitants contre 28 pour France entière. Ce taux était de 11,0 pour 100 000 femmes et 54,6 pour 100 000 hommes (respectivement 12,0 et 49,2 pour France entière) (figures 20 et 21).

Figure 20 : Taux régionaux standardisés* de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015



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

Figure 21 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015 dans les départements et régions d'Outre-Mer



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

SOURCES 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 **Guyane**, le réseau Oscour® repose actuellement sur 1 des 3 structures d'urgences. En 2017, d'après le réseau des structures d'urgence de la région Guyane, le réseau Oscour® enregistrait 54% des passages aux urgences de la région. Les structures d'urgence du CHOG et du CHK ont été connecté au réseau Oscour® au cours de l'année 2017 et ne sont donc pas intégrées dans les analyses. Au total, on estimait à 98,6% la complétude diagnostique (diagnostic principaux et associés) sur l'ensemble de la région Guyane.

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

5) Certificats de décès

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

DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

1) Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

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

3) Réseau Oscour®

Le regroupement syndromique « passages aux urgences en lien direct avec l'alcool », correspond aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 6.

Tableau 6 : 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

- L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017>].
- 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>]
- 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 GUYANE

Santé publique France

Raphael Andler, Frank A.G. 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.

Pour la cellule Guyane de Santé publique France : Tiphonie Succo

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®.