

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 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 Nouvelle-Aquitaine p.11 Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Nouvelle-Aquitaine p.15 Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Nouvelle-Aquitaine p.19 Actions de prévention dans la région Nouvelle-Aquitaine 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

Alcool : garder le cap de la santé publique

Les chiffres de la consommation d'alcool en France restent préoccupants. Chez les 35-64 ans, l'alcool est à l'origine de 15% des décès. Derrière les chiffres, ce sont des troubles, des maladies, parfois des drames qui se nouent. L'ARS Nouvelle Aquitaine est volontariste en matière de prévention et de lutte contre les addictions, quelles que soient les substances. Elle opérationnalise sur l'ensemble de la région les priorités nationales de la Stratégie nationale de santé, du Plan priorité prévention et du plan interministériel (MILDECA) de lutte contre les addictions.

Dans le Projet régional de santé, quatre priorités servent de cap : la prévention dès le plus jeune âge, la réduction des risques en milieu festif, le développement de l'addictologie dans l'ensemble de l'offre sanitaire et la participation à la dé-normalisation de la consommation excessive d'alcool.

Selon la Commission indépendante de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chargée de cette thématique en 2018, « un sentiment de normalité persiste au lieu de l'urgence qui devrait s'imposer ». Les conséquences néfastes des maladies et morts prématurées liées à l'alcool – plus de 41 000 en France chaque année - ne sont pas une fatalité. Des pays montrent la voie. Ainsi, la consommation d'alcool en Russie a chuté de 43% entre 2003 et 2016, contribuant à une augmentation de l'espérance de vie. Russes et Français sont désormais à égalité avec 11,7 litres d'alcool par an.

Les politiques de santé territorialisées sont un acteur essentiel de cette évolution favorable pour la société. Désormais, les conséquences sanitaires étant objectivées scientifiquement, les acteurs de santé publique sont attendus par la population pour apporter des réponses de qualité.

Erwan AUTES, Direction de la Santé publique, ARS Nouvelle-Aquitaine

POINTS CLÉS

- En 2017, 12,3 % des adultes de 18 à 75 ans de la région Nouvelle-Aquitaine déclaraient consommer quotidiennement de l'alcool et 45,3 % hebdomadairement (fréquences significativement plus élevées que les moyennes de France métropolitaine).
- La consommation d'alcool était plus importante chez les hommes : 19 % déclaraient en consommer quotidiennement contre 6 % chez les femmes et 57,8 % hebdomadairement contre 33,4 % chez les femmes.
- La région faisait partie des régions où la consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans était la plus importante, que ce soit en termes d'expérimentation, d'usage régulier et d'alcoolisations ponctuelles importantes.
- La région Nouvelle-Aquitaine était la 2^{ème} région où la prévalence de la consommation hebdomadaire de vin était la plus élevée chez les adultes de 18 à 75 ans (34,8 %).
- La région Nouvelle-Aquitaine présentait une incidence et une mortalité dans la moyenne ou inférieure à la moyenne de France métropolitaine pour les cancers associés à l'alcool (lèvres-bouche-pharynx, œsophage, larynx) ainsi qu'une mortalité cumulée associée aux principales pathologies liées à l'alcool également inférieure à la moyenne de France métropolitaine. De fortes disparités entre les départements étaient cependant observées : la Creuse présentant les situations les plus préoccupantes.

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

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.

« JANVIER SANS ALCOOL » : UN « DRY JANUARY » À LA FRANÇAISE

Santé publique France lancera en janvier 2020 une opération dénommée **Janvier sans alcool**, inspirée des défis « mois sans alcool » repérés à l'étranger. Il s'agira d'inviter tous les Français à faire une pause avec l'alcool pendant tout le mois de janvier. Pourquoi ? Parce qu'arrêter de consommer pendant un mois permet de ressentir des bénéfices immédiats tels qu'un meilleur sommeil, une perte de poids, un gain d'énergie, le temps de faire de nouvelles activités, etc. C'est aussi l'occasion de questionner son rapport à l'alcool et ses habitudes de consommation.

Pour réussir le défi, des outils seront mis à disposition des participants. Ceux-ci pourront s'inscrire en ligne sur un site dédié riches d'informations, proposant soutien, conseils ainsi que de nombreux « trucs et astuces » tout au long du défi. Les réseaux sociaux seront aussi une source d'échange et de soutien, pour les participants et leur entourage.

Des affiches et dépliants seront disponibles sur demande à l'adresse : janviersansalcool@santepubliquefrance.fr

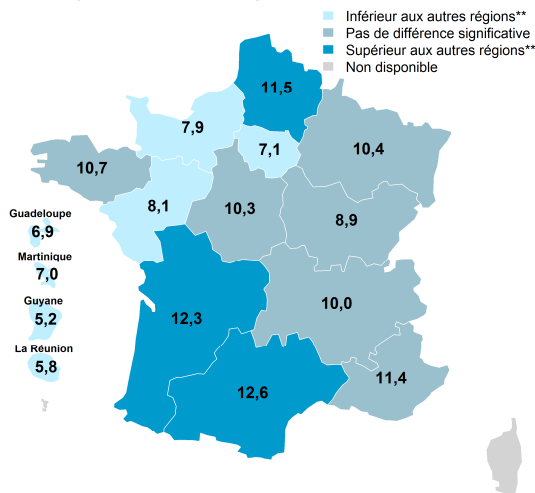
COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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.

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

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



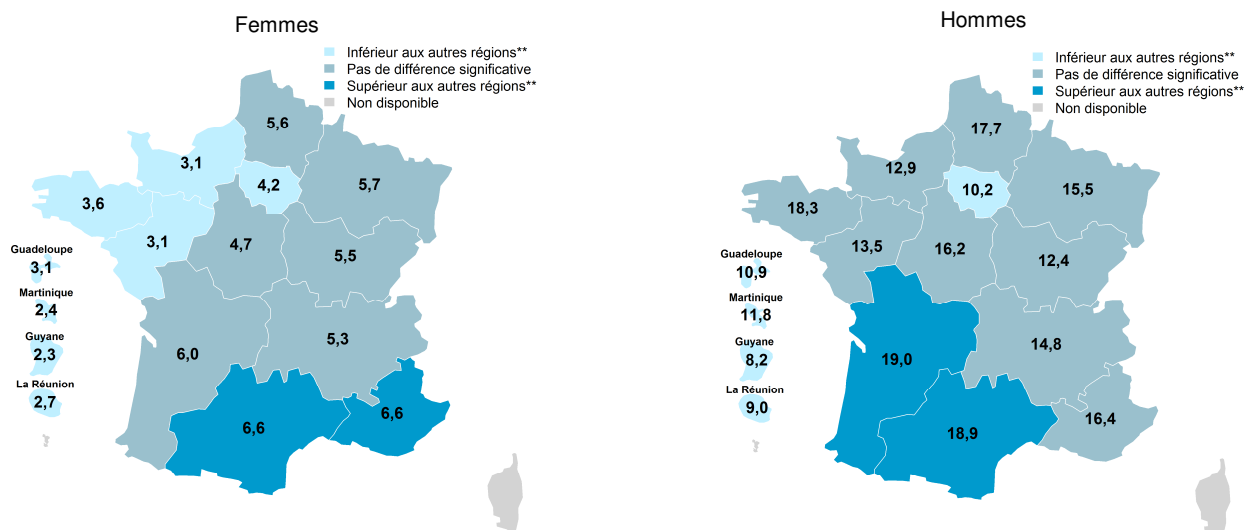
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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



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

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

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

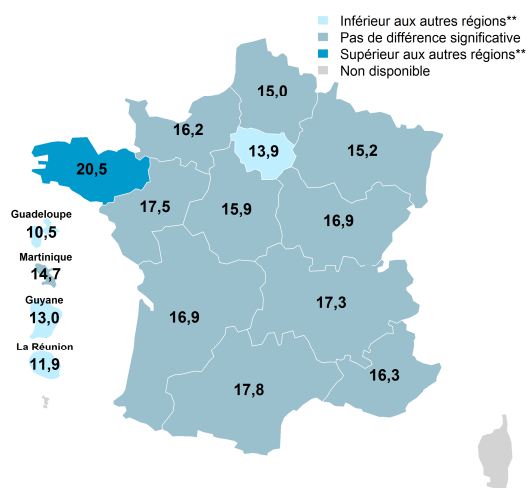
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à 6,6 % (Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à **19,0 % (Nouvelle-Aquitaine)** chez les hommes. 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 **Nouvelle-Aquitaine (16,9 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions. Les prévalences en Guadeloupe (10,5 %), à La Réunion (11,9 %) et en Guyane (13,0 %) étaient significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine.

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 4). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 6,1 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 9,3 % (Occitanie) chez les femmes et de 21,4 % (Île-de-France) à 32,4 % (Bretagne) chez les hommes. En région **Nouvelle-Aquitaine**, ces prévalences étaient de **7,9 % chez les femmes et de 26,3 % 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

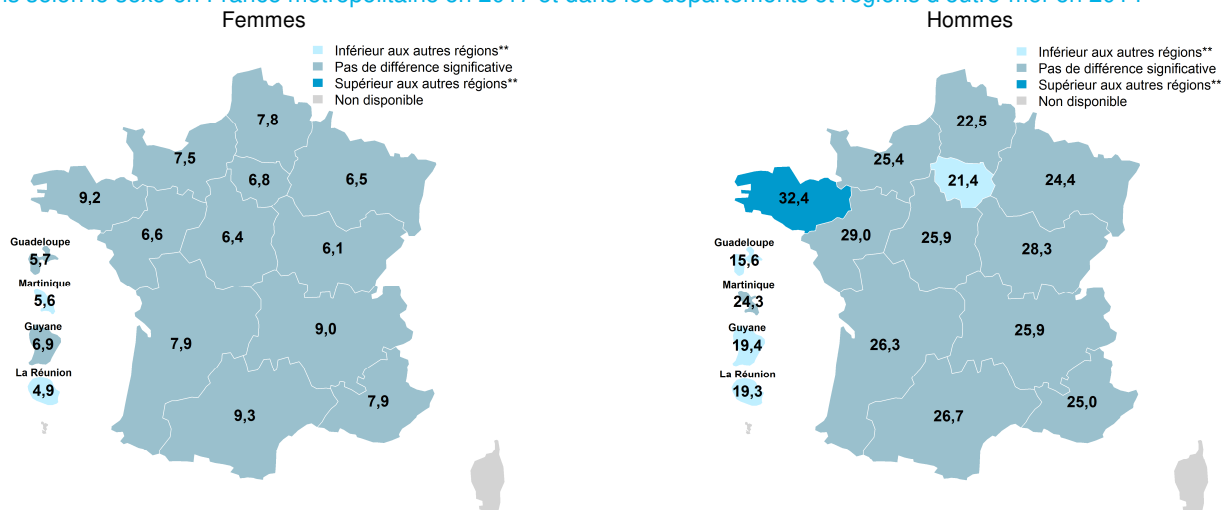


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence significative entre la prévalence observée 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 %). La région **Nouvelle-Aquitaine (19,1 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

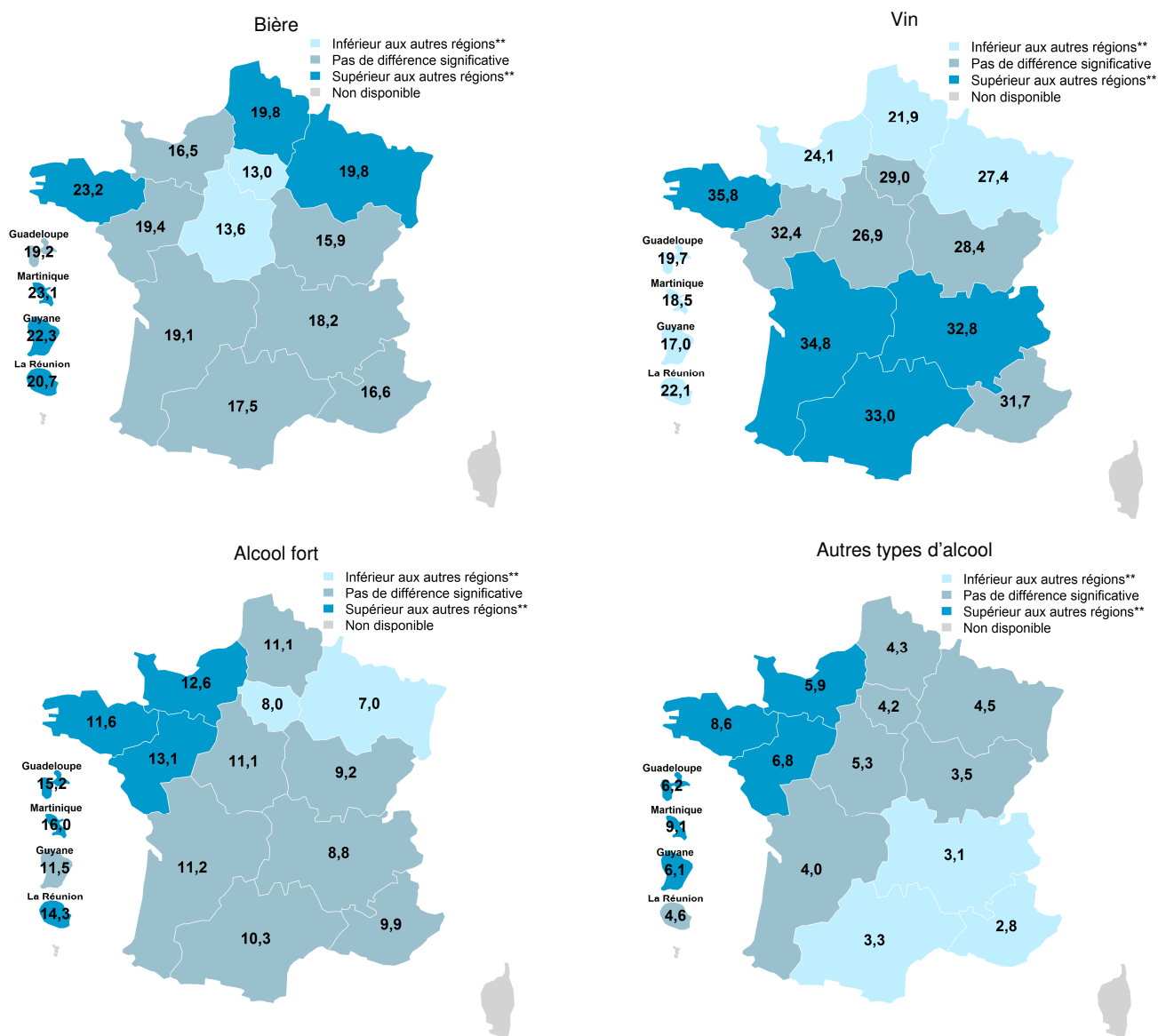
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), **Nouvelle-Aquitaine (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 %). La région **Nouvelle-Aquitaine (11,2 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

Pour les autres types d'alcool, elle variait de 2,8 % en Provence-Alpes-Côte d'azur à 8,6 % en Bretagne. Elle était significativement plus élevée dans les régions du nord-ouest : Normandie (5,9 %), Pays de la Loire (6,8 %) et Bretagne (8,6 %) et significativement plus faible dans les régions du sud-est : Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,8 %), Auvergne-Rhône-Alpes (3,1 %) et Occitanie (3,3 %). La région **Nouvelle-Aquitaine (4,0 %)** 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.

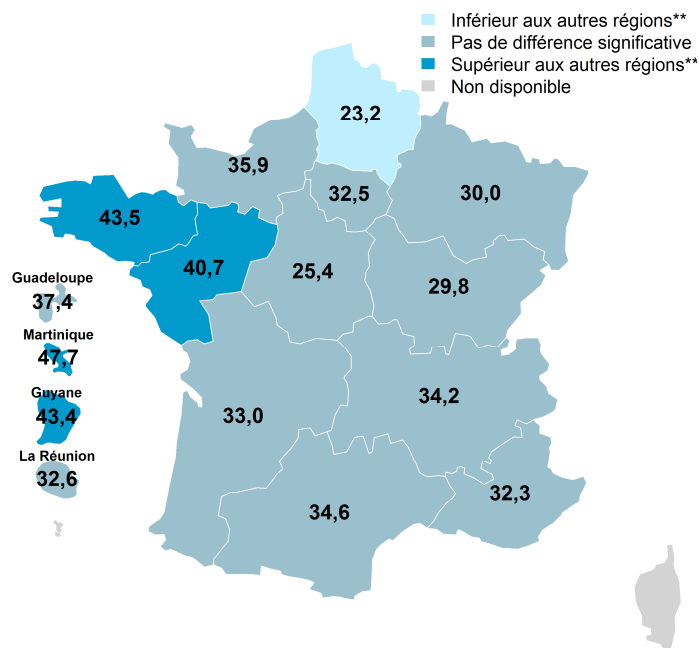
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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 **Nouvelle-Aquitaine (33,0 %)** 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.

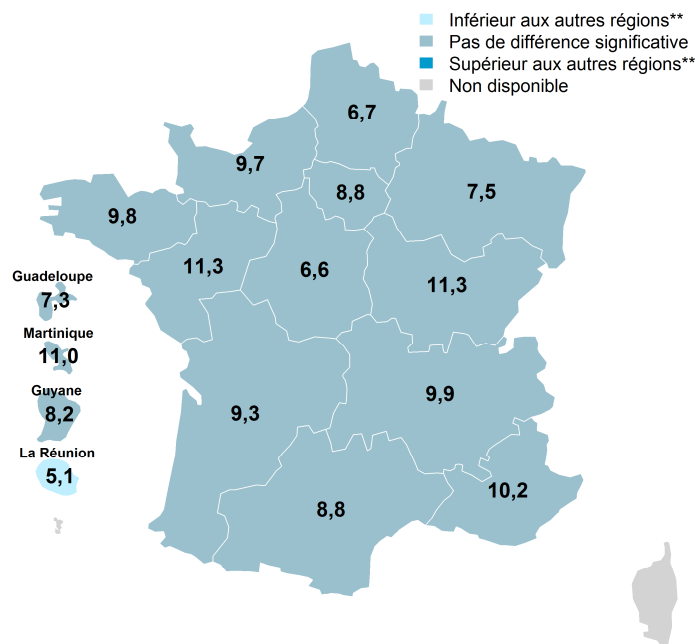
** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux 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 **9,3 %** en région **Nouvelle-Aquitaine**. 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.

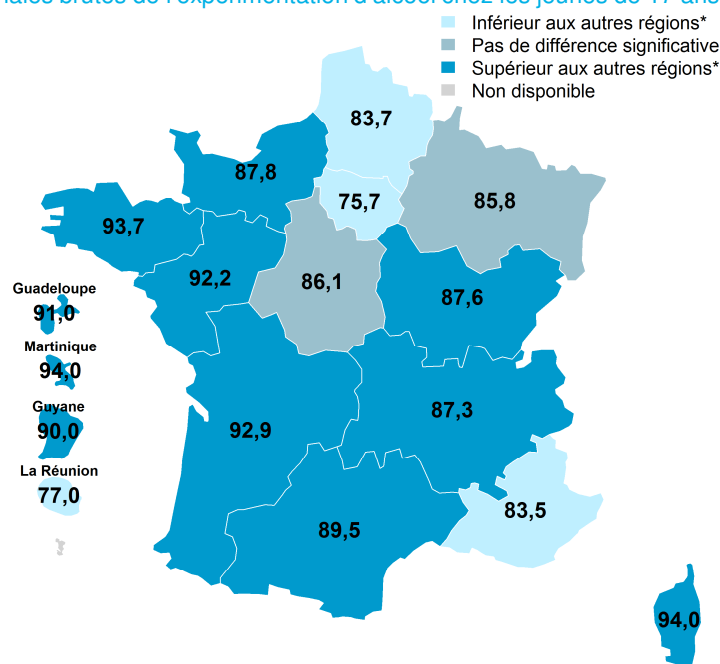
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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. A l'inverse, les régions Auvergne-Rhône-Alpes (87,3 %), Bourgogne-Franche-Comté (87,6 %), Normandie (87,8 %), Occitanie (89,5 %), Pays de la Loire (92,2 %), **Nouvelle-Aquitaine (92,9 %)**, Bretagne (93,7 %) et Corse (94,0 %) affichaient des prévalences significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine.

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

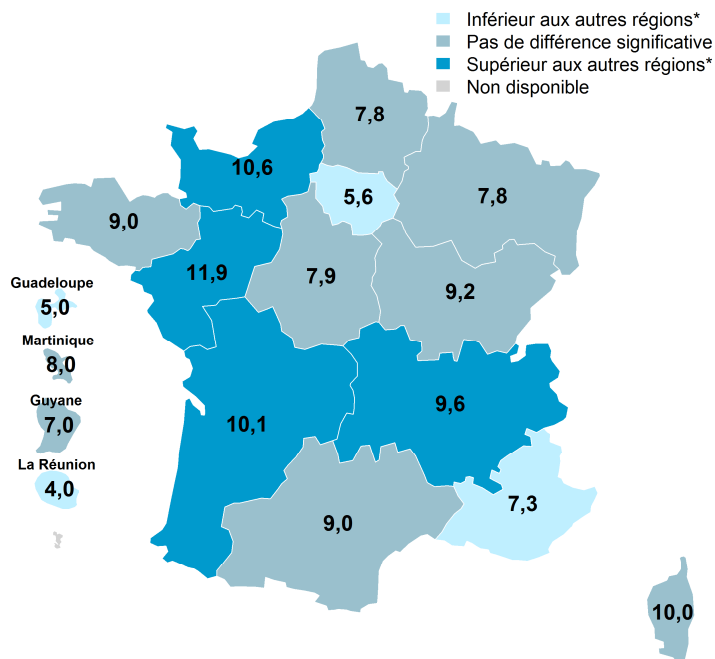
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



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

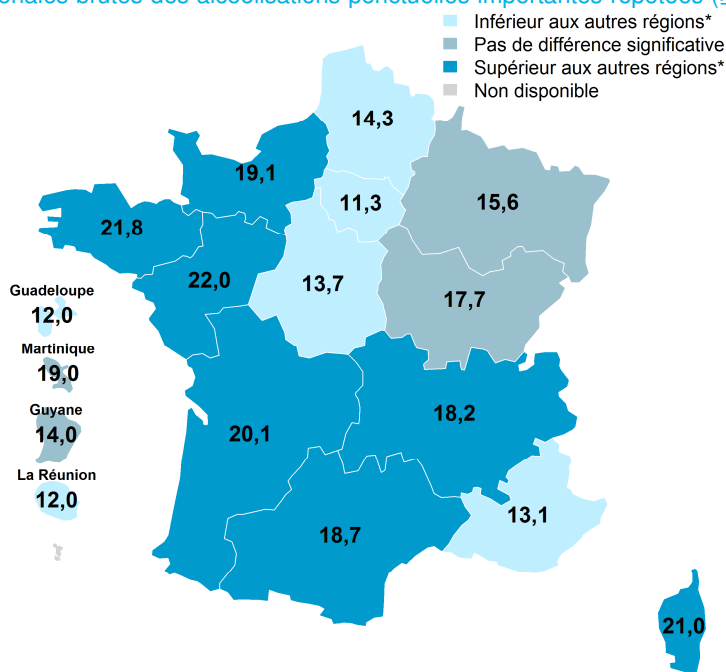
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne nationale. **La Guyane et la Martinique (8,0 %)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

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

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

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

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

CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

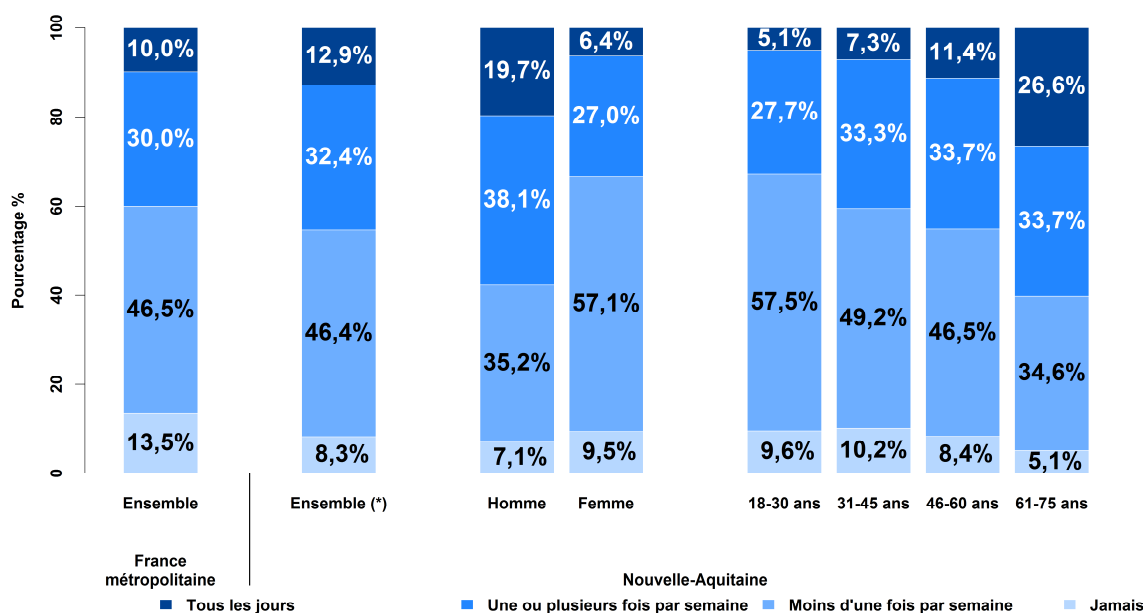
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2017, en Nouvelle-Aquitaine, 45,3 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 12,9 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 % (différence significative avec celles de la région ; figure 11).

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, 19,7 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 6,4 % des femmes. La consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les 61-75 ans (26,6 %) que chez les 18-30 ans (5,1 %) et 31-45 ans (7,3 %).

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



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

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

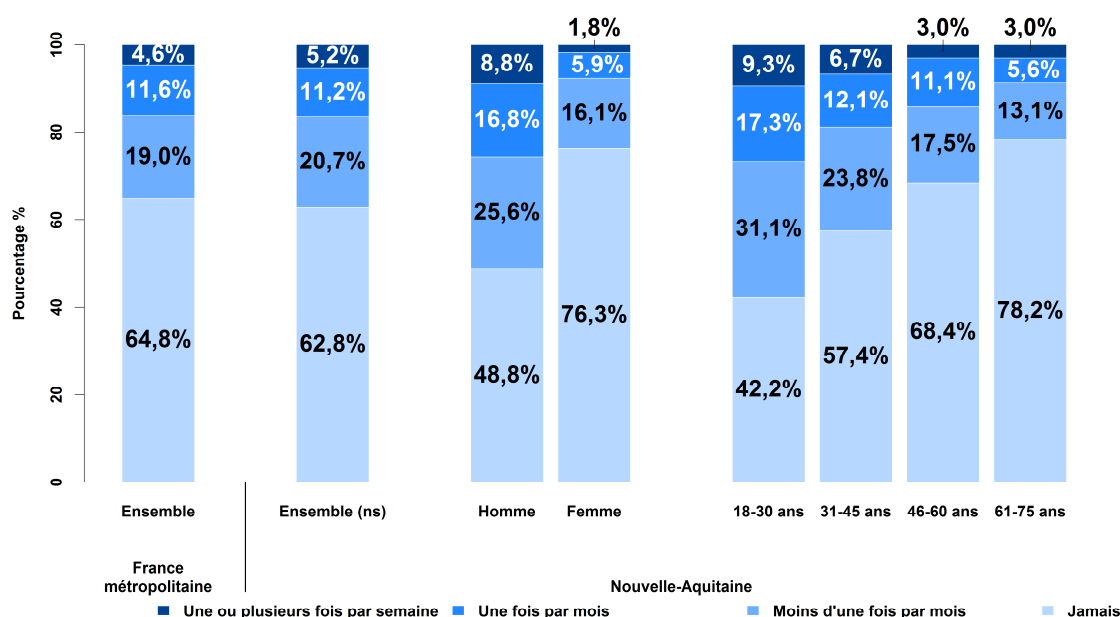
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017, en Nouvelle-Aquitaine, 37,2 % 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 16,4 % au moins une fois par mois et 5,2 % 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 Nouvelle-Aquitaine, l'API dans l'année était plus fréquente chez les hommes (51,2 % dont 25,6 % au moins une fois par mois et 8,8 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (23,7 % dont 7,7 % au moins une fois par mois et 1,8 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (57,8 % dont 26,7 % au moins une fois par mois et 9,3 % 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 Nouvelle-Aquitaine, et selon le sexe et l'âge pour la région Nouvelle-Aquitaine, 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

En 2017, en Nouvelle-Aquitaine, le niveau de revenu n'était pas associé à la consommation quotidienne d'alcool, contrairement au sexe, à l'âge et au niveau de diplôme pour lesquels il y avait une association significative indépendamment des autres variables (tableau 2). La proportion de consommateur d'alcool au quotidien était plus élevée chez les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur baccalauréat (16,3 %) et diminuait lorsque le niveau de diplôme augmentait.

Tableau 2 : Facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois pour la région Nouvelle-Aquitaine, 2017.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=1090)	19,7	4,0***	[3,1-5,3]
Femme (réf.) (n=1394)	6,4	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=367)	5,1	0,1***	[0,0-0,1]
31-45 ans (n=598)	7,3	0,2***	[0,1-0,3]
46-60 ans (n=747)	11,4	0,3***	[0,2-0,4]
61-75 ans (réf.) (n=772)	26,6	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=751)	13,7	1,5*	[1,0-2,1]
2e tercile (n=870)	10,8	0,7	[0,5-1,0]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=766)	14,8	1,0	
Refus/Nsp (n=97)	11,4	0,9	[0,4-1,8]
Diplôme en 3 modalités	***		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1037)	16,3	1,1	[0,8-1,5]
Bac (n=546)	9,4	0,9	[0,6-1,4]
Supérieur au Bac (réf.) (n=897)	9,3	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).

Le niveau de revenu et de diplôme n'étaient également pas associés aux API mensuelles en 2017, en Nouvelle-Aquitaine, contrairement au sexe et à l'âge pour lesquels il y avait une association significative indépendamment des autres variables (tableau 3).

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 à aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Nouvelle-Aquitaine, 2017.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=1089)	25,6	4,0***	[3,1-5,2]
Femme (réf.) (n=1394)	7,7	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=367)	26,7	4,4***	[3,0-6,5]
31-45 ans (n=597)	18,8	2,3***	[1,6-3,3]
46-60 ans (n=747)	14,1	1,6*	[1,1-2,2]
61-75 ans (réf.) (n=772)	8,7	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=751)	18,0	1,4*	[1,0-2,0]
2e tercile (n=870)	15,9	1,1	[0,8-1,6]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=766)	15,2	1,0	
Refus/Nsp (n=96)	14,3	1,1	[0,6-2,2]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1036)	15,0	0,9	[0,7-1,2]
Bac (n=546)	18,5	1,0	[0,8-1,4]
Supérieur au Bac (réf.) (n=897)	17,6	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.

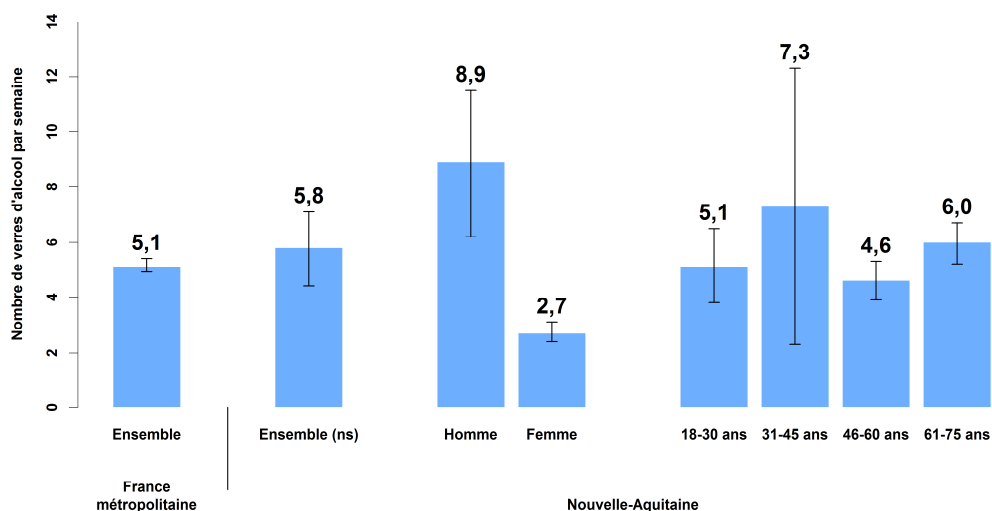
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Nombre de verres consommés

En 2017, en Nouvelle-Aquitaine, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 5,8 [4,4-7,1] verres par semaine, ce qui n'était pas différent de la moyenne des autres régions métropolitaines. La moyenne métropolitaine était de 5,1 [4,9-5,4] verres par semaine (figure 13).

Le nombre moyen de verres consommés par semaine était significativement plus important parmi les hommes avec 8,9 verres par semaine [6,2-11,5] contre 2,7 [2,4-3,1] parmi les femmes. Cet indicateur était plus important parmi les classes d'âges des 31-45 ans (7,3 [2,3-12,3]) et des 61-75 ans (6,0 [5,2-6,7]).

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 Nouvelle-Aquitaine, et selon le sexe et l'âge pour la région Nouvelle-Aquitaine, 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).

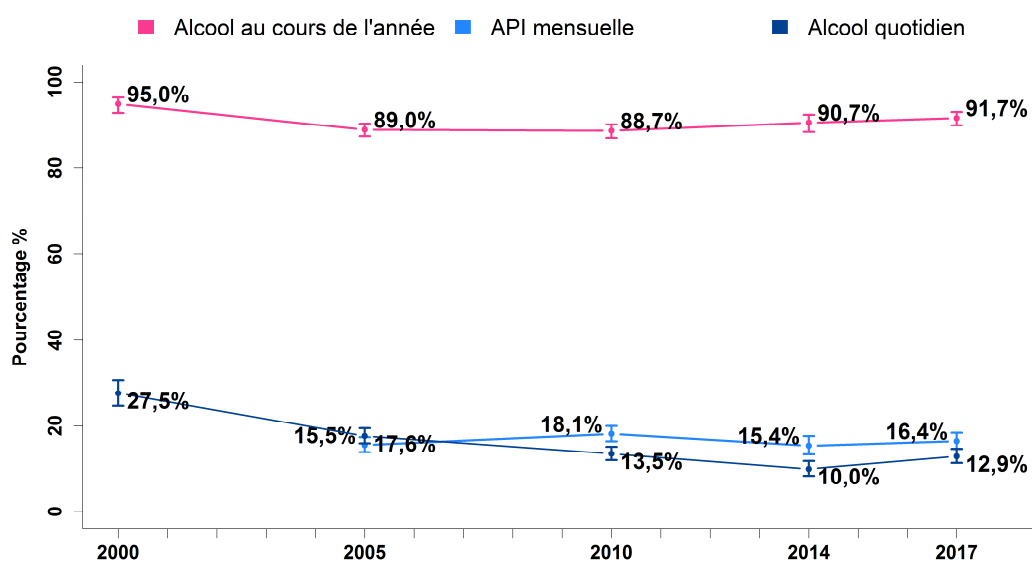
Evolutions

En Nouvelle-Aquitaine, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année est restée stable depuis 2000 (de 95,0 % en 2000 à 91,7 % en 2017) et ce chez les hommes comme chez les femmes (figure 14).

Après avoir légèrement augmenté de 15,5 % à 18,1 % entre 2005 et 2014, la prévalence des API mensuelles a ensuite diminué en 2017 à 16,4 %. La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, a diminué entre 2000 et 2014 de 27,5 % à 10,0 % et est désormais stable (excepté chez les hommes où la prévalence a de nouveau augmenté entre 2014 et 2017).

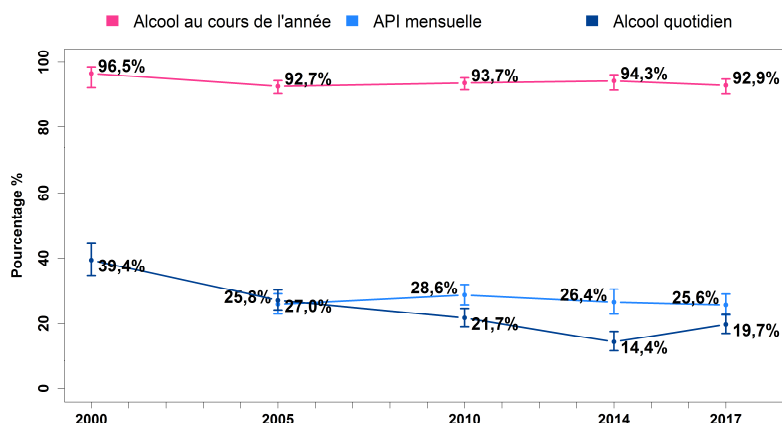
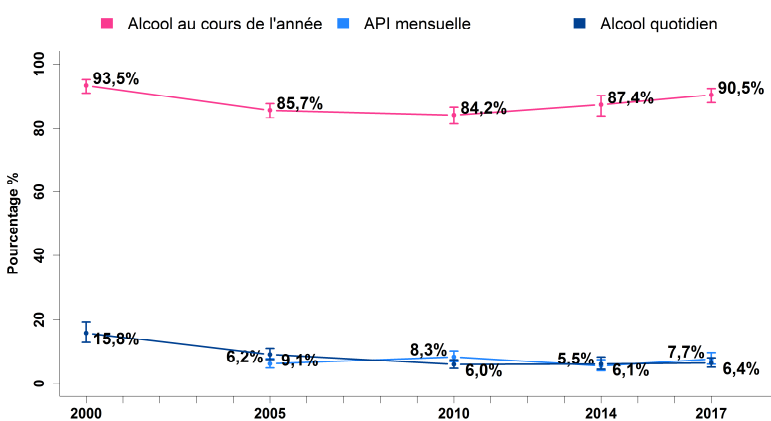
Figure 14 : Evolutions de la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année, des API mensuelles et de la consommation quotidienne d'alcool entre 2000 et 2017, et selon le sexe pour la région Nouvelle-Aquitaine

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 AIGÜE LIÉE À L'ALCOOL DANS LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

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.

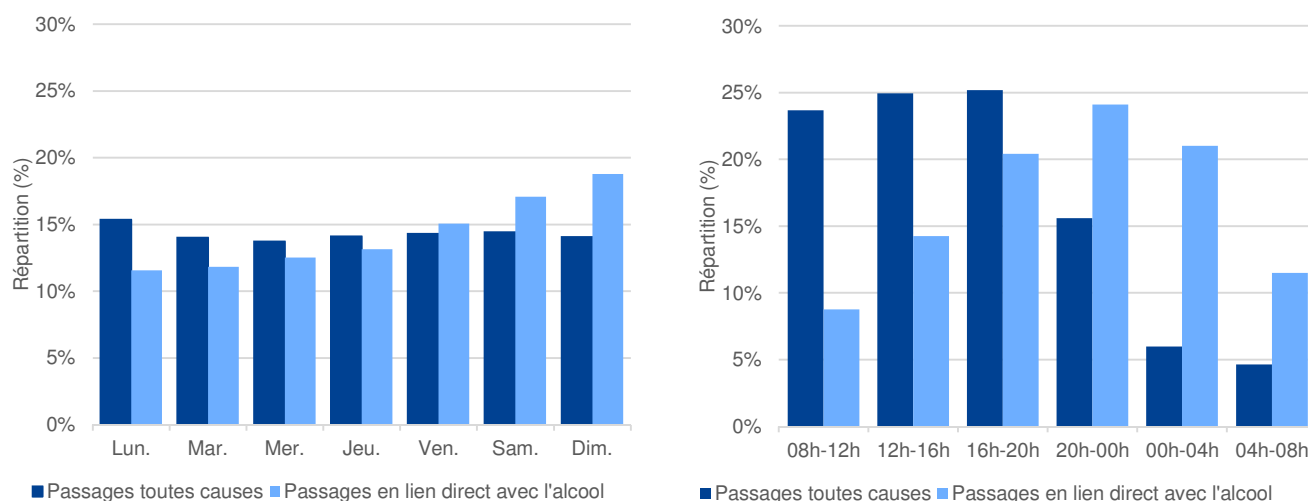
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 20 190 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 67 services d'urgence (SU) de la région Nouvelle-Aquitaine participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 55 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,41 % 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 Nouvelle-Aquitaine 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 11,61 % et 13,2 % des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine. La moitié (51 %) 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 1,89 % 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 20,4 %, 24,1 % et 21,0 % des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 1,15 %, 2,20 % et 4,88 % 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 Nouvelle-Aquitaine en 2017



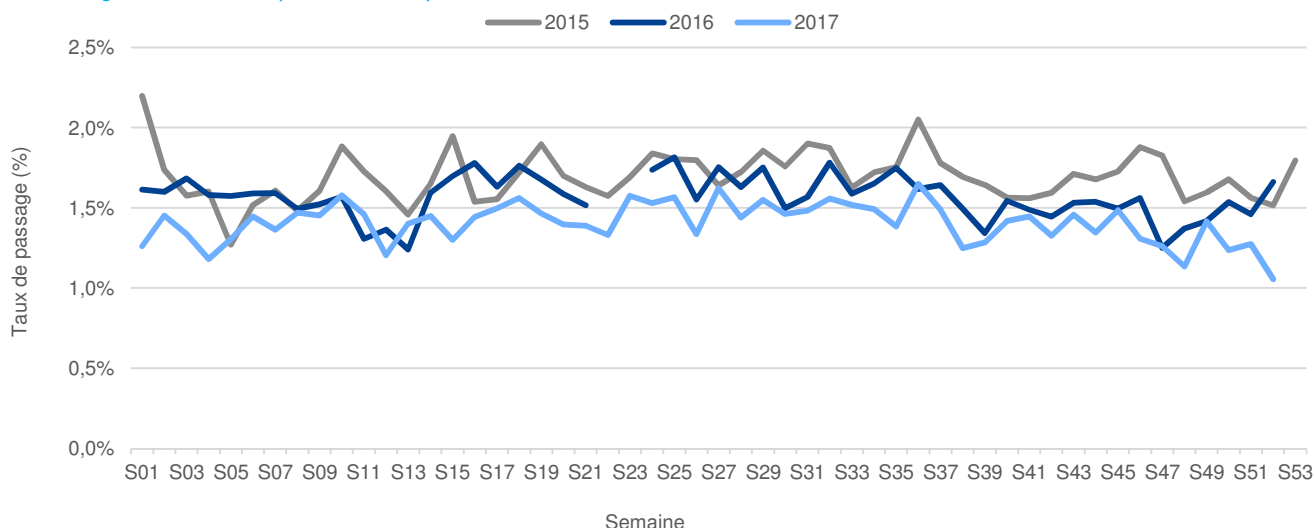
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 Nouvelle-Aquitaine 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. En 2016, les données des semaines 22 et 23 ont été supprimées en raison d'une erreur de codage des diagnostics de passage aux urgences.

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 1,69 % en 2015 à 1,41 % 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 Nouvelle-Aquitaine sur la période 2015-2017

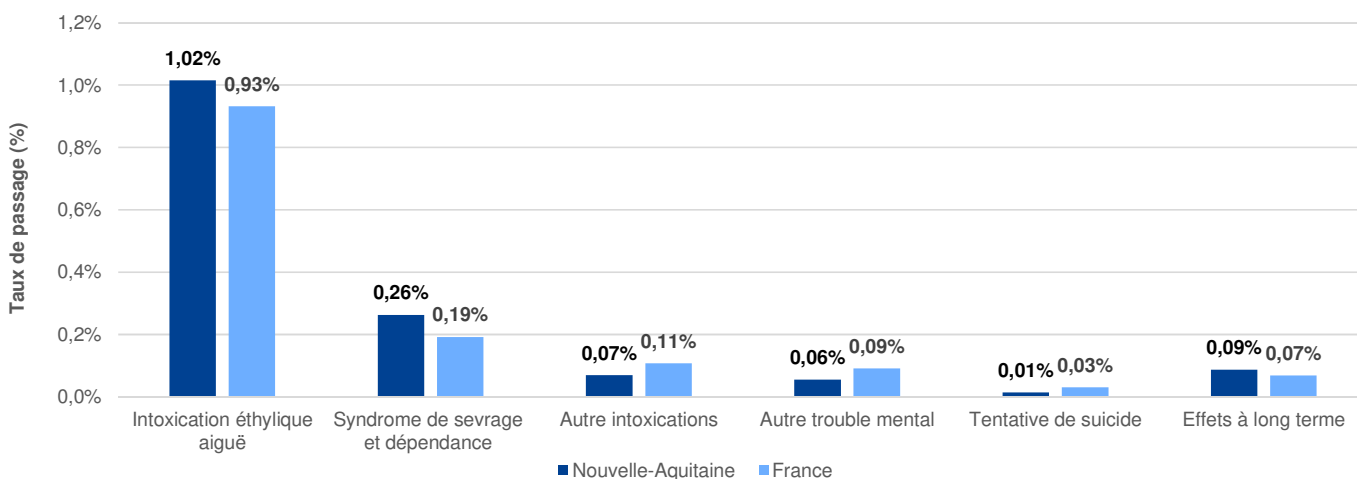


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 Nouvelle-Aquitaine en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 1,02 % de l'ensemble des passages aux urgences et 71,8 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, tentative de suicide et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,01 % et 0,26 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies dans la région Nouvelle-Aquitaine 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 Nouvelle-Aquitaine en 2017



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

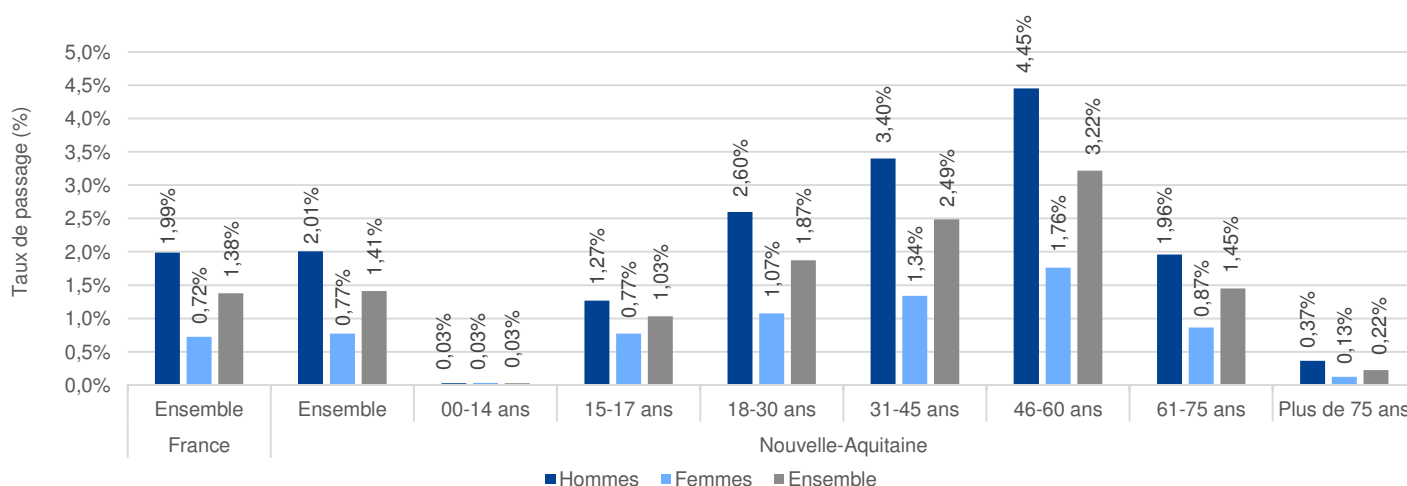
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en région Nouvelle-Aquitaine comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (2,01 %) que chez les femmes (0,77 %) (figure 18).

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,03 % de l'activité). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (4,45 %) chez les 46-60 ans et diminuer ensuite jusqu'à atteindre 0,37 % 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 0,03 %. Il augmentait ensuite progressivement avec l'âge, pour atteindre 1,76 % chez les 46-60 ans. Le taux diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,13 % 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 Nouvelle-Aquitaine en 2017



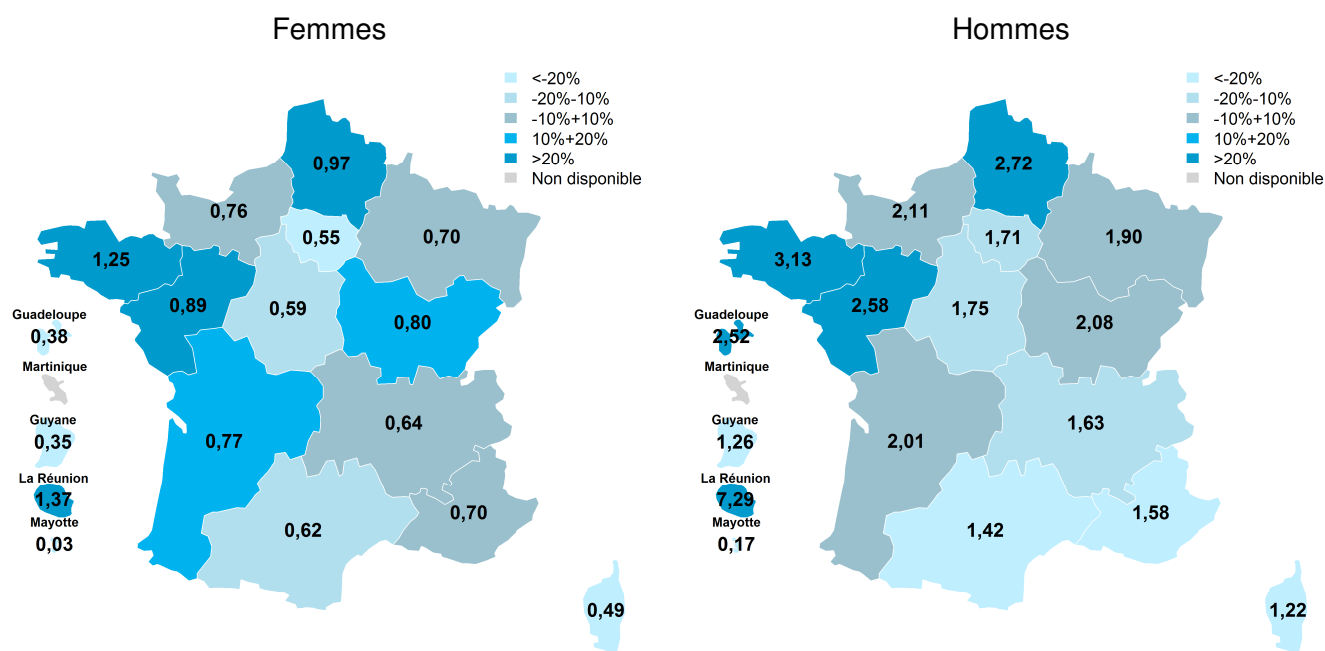
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 **Nouvelle-Aquitaine**, le taux de passage aux urgences (0,77 %) était 10 % supérieur au taux national.

Chez les hommes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 1,99 % (figure 19). À Mayotte (0,17 %), à Saint-Barthélemy (0,94 %), à Saint-Martin (1,07 %), en Corse (1,22 %), en Guyane (1,26 %), en Occitanie (1,42 %) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,58 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. Tandis qu'en Guadeloupe (2,52 %), dans les Pays de la Loire (2,58 %), en Hauts-de-France (2,72 %), en Bretagne (3,13 %) et à La Réunion (7,29 %), les taux régionaux étaient supérieurs de plus de 20 % à celui du national. En région **Nouvelle-Aquitaine**, le taux de passage aux urgences (2,01 %) 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

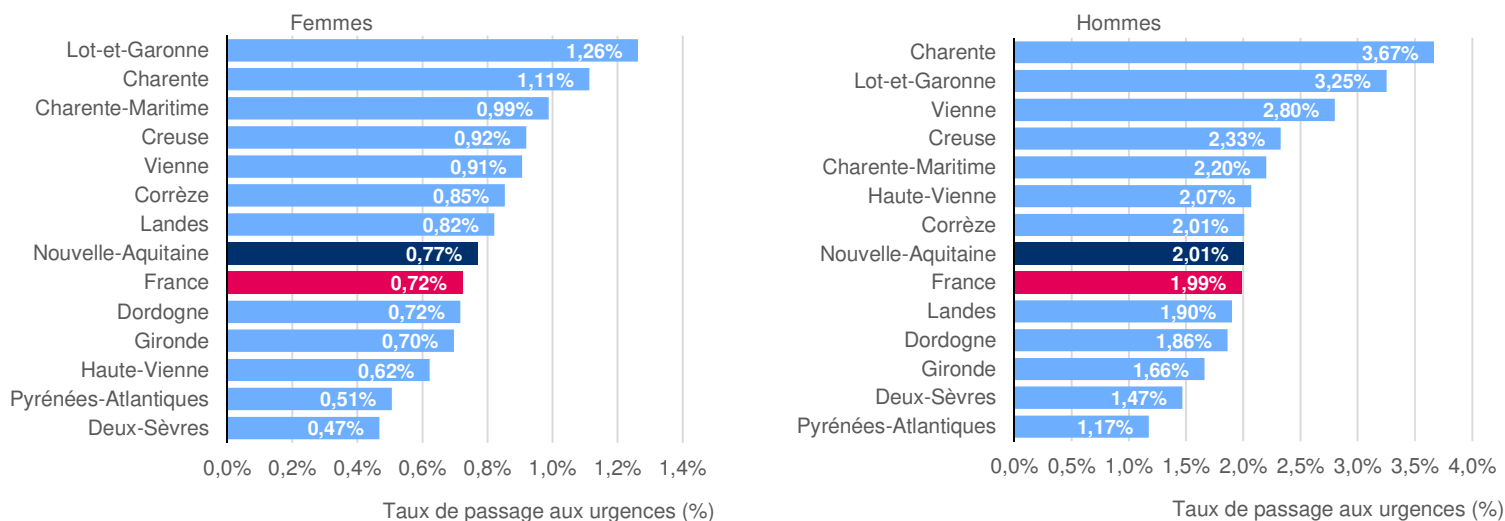


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017 dans la région **Nouvelle-Aquitaine**, 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 Deux-Sèvres (0,47 %), des Pyrénées-Atlantiques (0,51 %) et de la Haute-Vienne (0,62 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 10 % supérieur au taux régional dans les départements de la Creuse (0,92 %), de la Charente-Maritime (0,99 %), de la Charente (1,11 %) et du Lot-et-Garonne (1,26 %).

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 des Pyrénées-Atlantiques (1,17 %), des Deux-Sèvres (1,47 %) et de la Gironde (1,66 %) (figure 20). Ce taux était plus de 10 % supérieur au taux régional dans la Creuse (2,33 %), dans la Vienne (2,80 %), dans le Lot-et-Garonne (3,25 %) et en Charente (3,67 %).

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



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 NOUVELLE-AQUITAINE

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

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

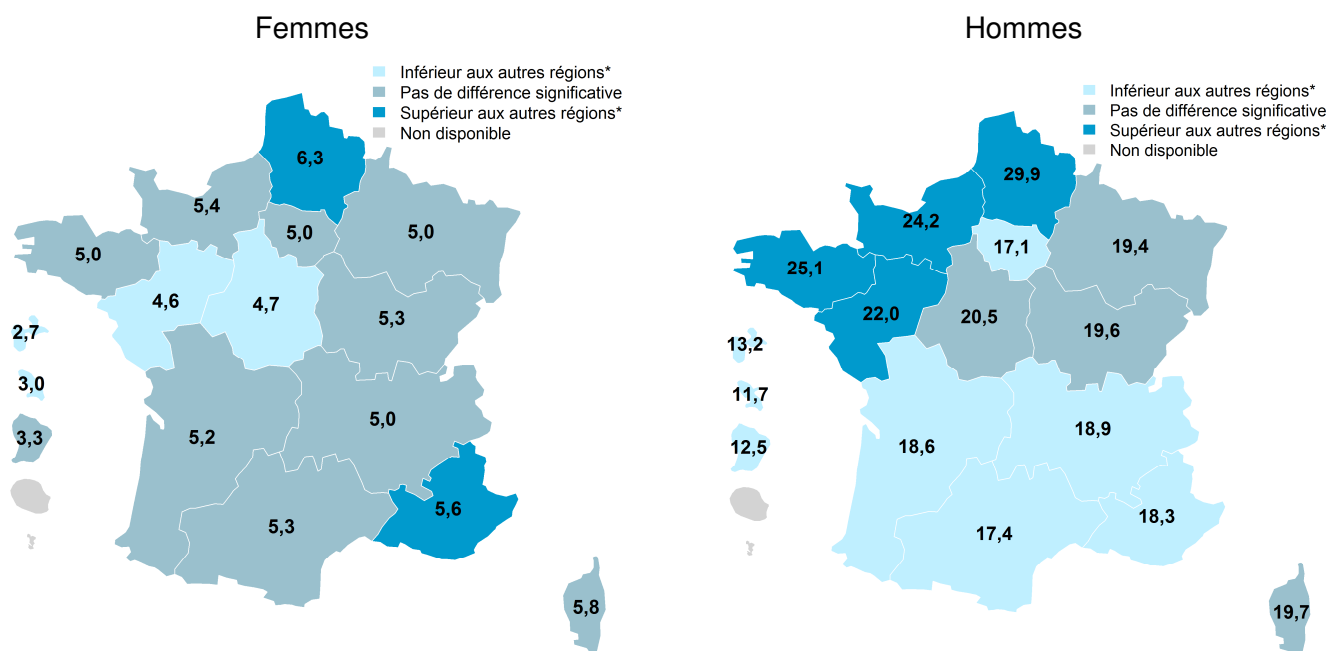
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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

Chez les femmes (figure 21), la Guadeloupe (2,7 pour 100 000 personnes-années), la Martinique (3,0), les Pays de la Loire (4,6) et Centre-Val de Loire (4,7) 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 **Nouvelle-Aquitaine (5,2 [4,9-5,4])** 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).

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 %.

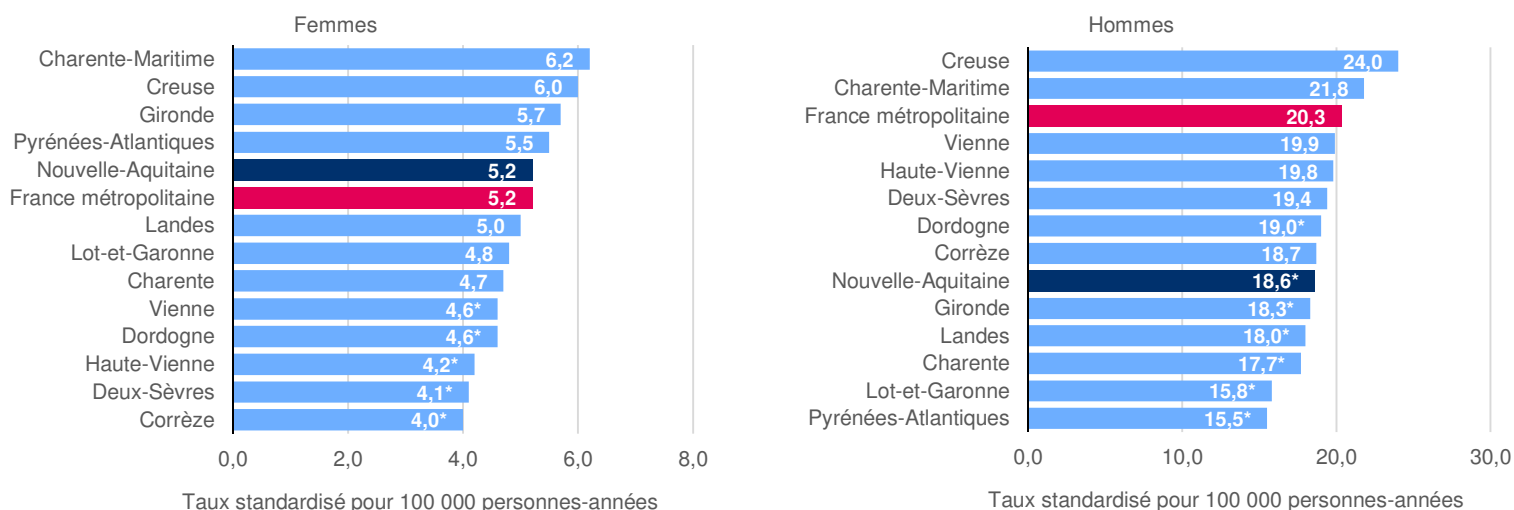
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 Nouvelle-Aquitaine (figure 22), les taux départementaux standardisés d'incidence variaient chez les femmes de 4,0 [3,1-5,2] pour 100 000 personnes-années en Corrèze à 6,2 [5,5-7,0] en Charente-Maritime. Les départements de la Corrèze (4,0 [3,1-5,2]), des Deux-Sèvres (4,1 [3,4-5,0]), de la Haute-Vienne (4,2 [3,5-5,1]), de la Dordogne (4,6 [3,8-5,5]) et de la Vienne (4,6 [3,9-5,5]) 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.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 15,5 [14,1-17,0] pour 100 000 personnes-années dans les Pyrénées-Atlantiques à 24,0 [20,8-27,9] dans la Creuse. Les départements des Pyrénées-Atlantiques, du Lot-et-Garonne (15,8 [14,1-17,9]), de la Charente (17,7 [15,9-19,8]), des Landes (18,0 [16,3-20,0]), de la Gironde (18,3 [17,1-19,6]) et de la Dordogne (19,0 [17,3-21,0]) 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 Nouvelle-Aquitaine



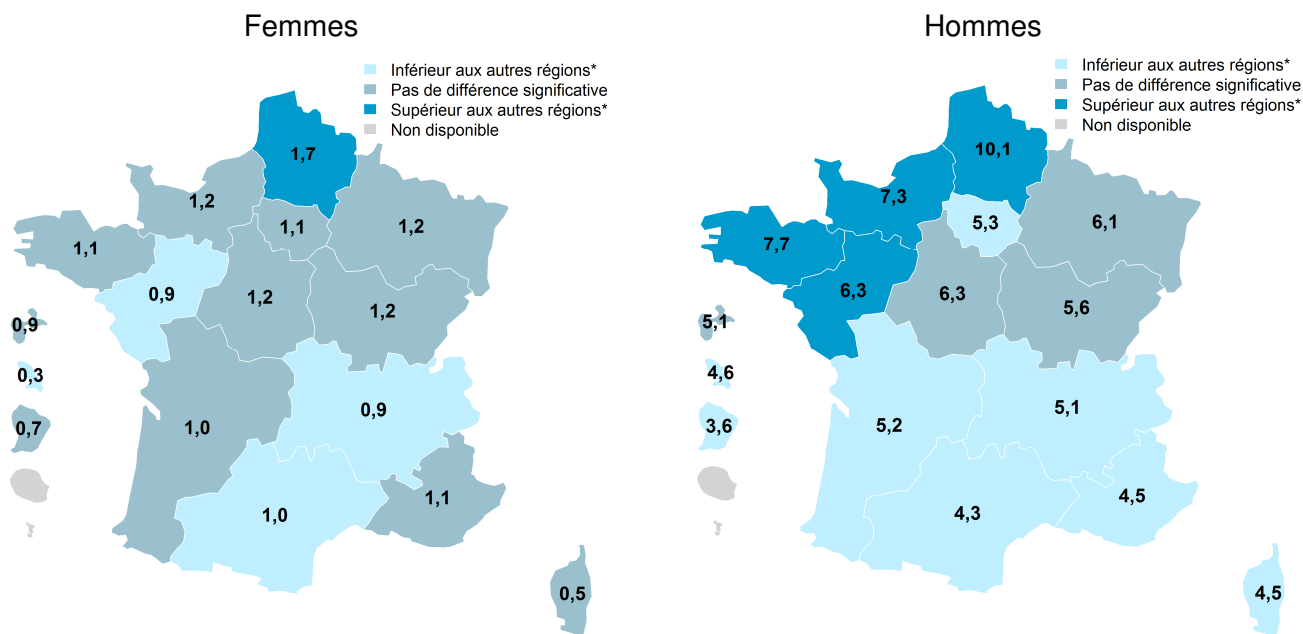
^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.
 * Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).
 Source : 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 **Nouvelle-Aquitaine (1,0 [0,9-1,1])** 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



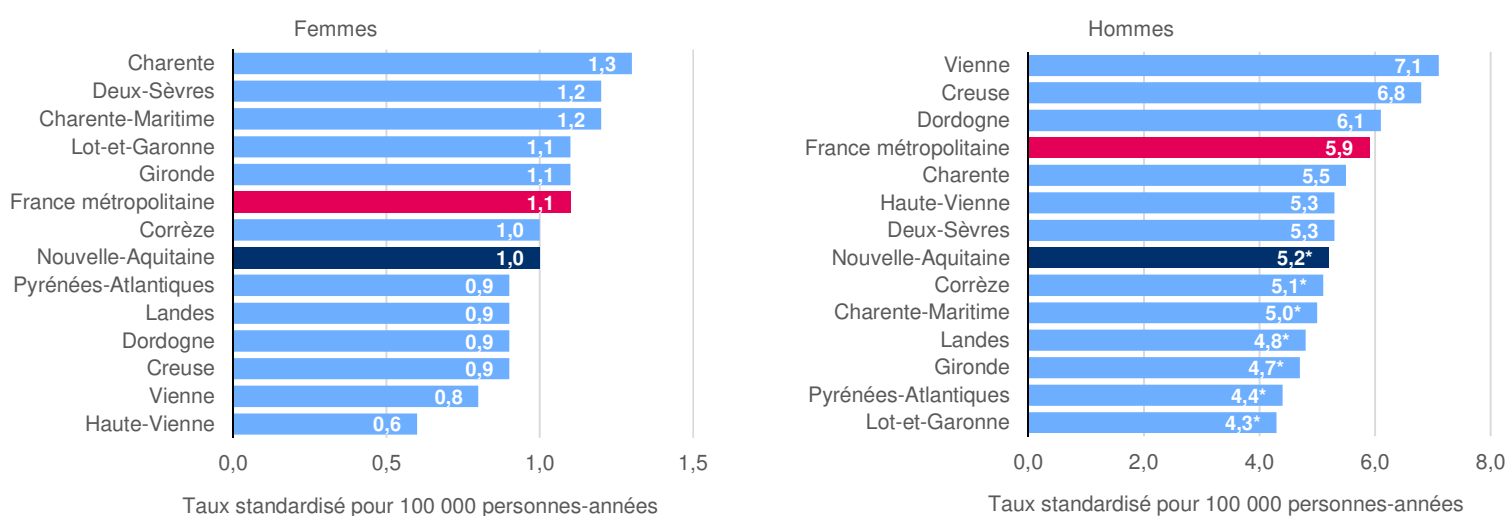
^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.
 * Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).
 Source : 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.

Au sein de la région Nouvelle-Aquitaine (figure 24), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes, variaient de 0,6 [0,4-1,3] en Haute-Vienne à 1,3 [0,9-2,1] en Charente. 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 4,3 [3,5-5,5] dans le Lot-et-Garonne à 7,1 [6,2-8,4] dans la Vienne. Les départements du Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques (4,4 [3,8-5,2]), de la Gironde (4,7 [4,2-5,2]), des Landes (4,8 [4,0-5,9]), de Charente-Maritime (5,0 [4,4-5,9]) et de la Corrèze (5,1 [4,0-6,7]) étaient 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 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 Nouvelle-Aquitaine



^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

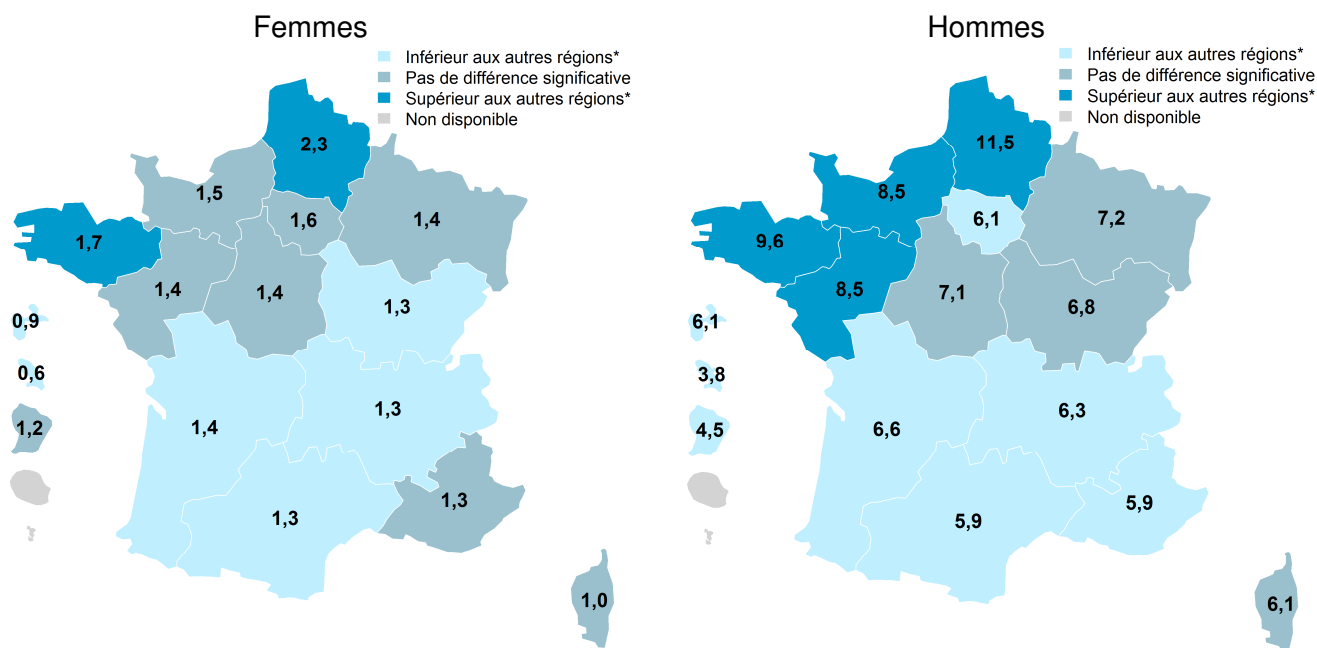
• Incidence du cancer de l'œsophage

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.

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).

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

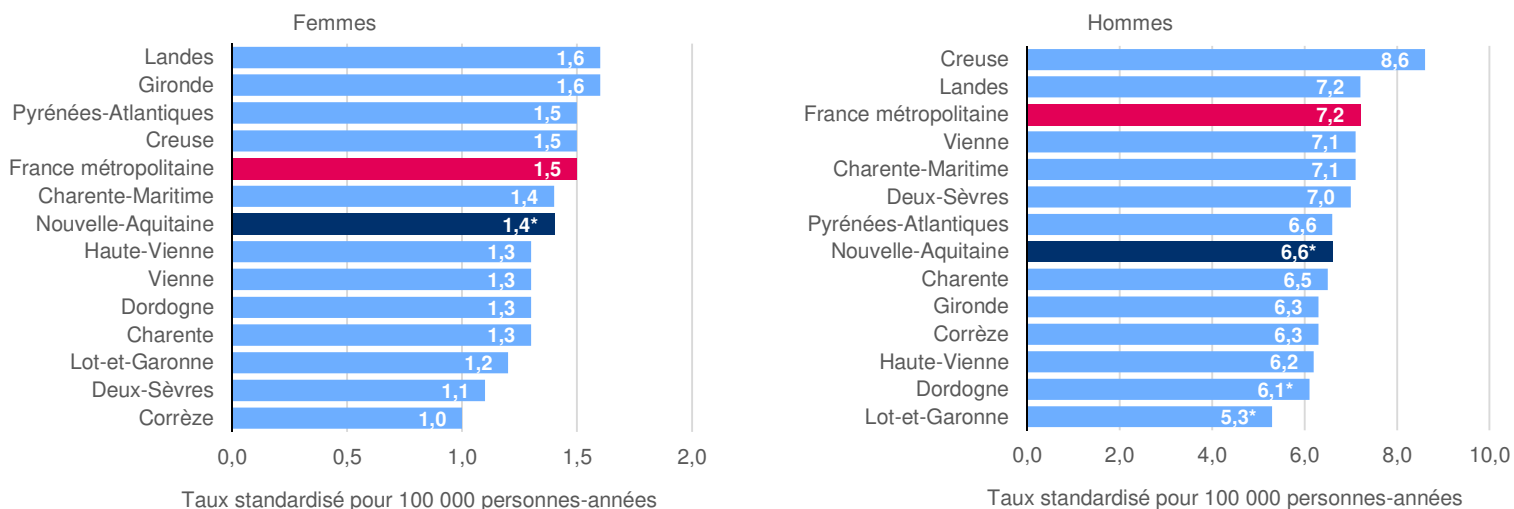


^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.
 * Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).
 Source :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

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 5,3 [4,4-6,6] dans le Lot-et-Garonne à 8,6 [6,8-11,0] pour 100 000 personnes-années dans la Creuse. Le Lot-et-Garonne ainsi que la Dordogne (6,1 [5,1-7,4]) présentaient des taux inférieurs à la moyenne nationale, les autres départements n'étaient pas 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 Nouvelle-Aquitaine



^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).

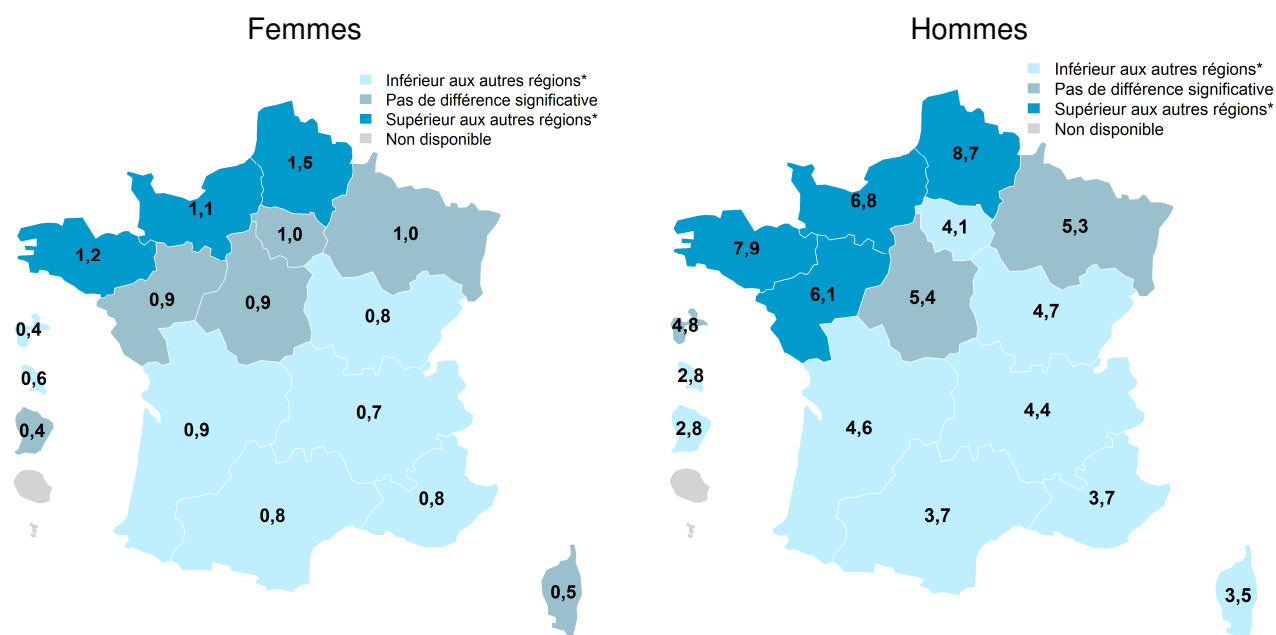
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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).

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).

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.

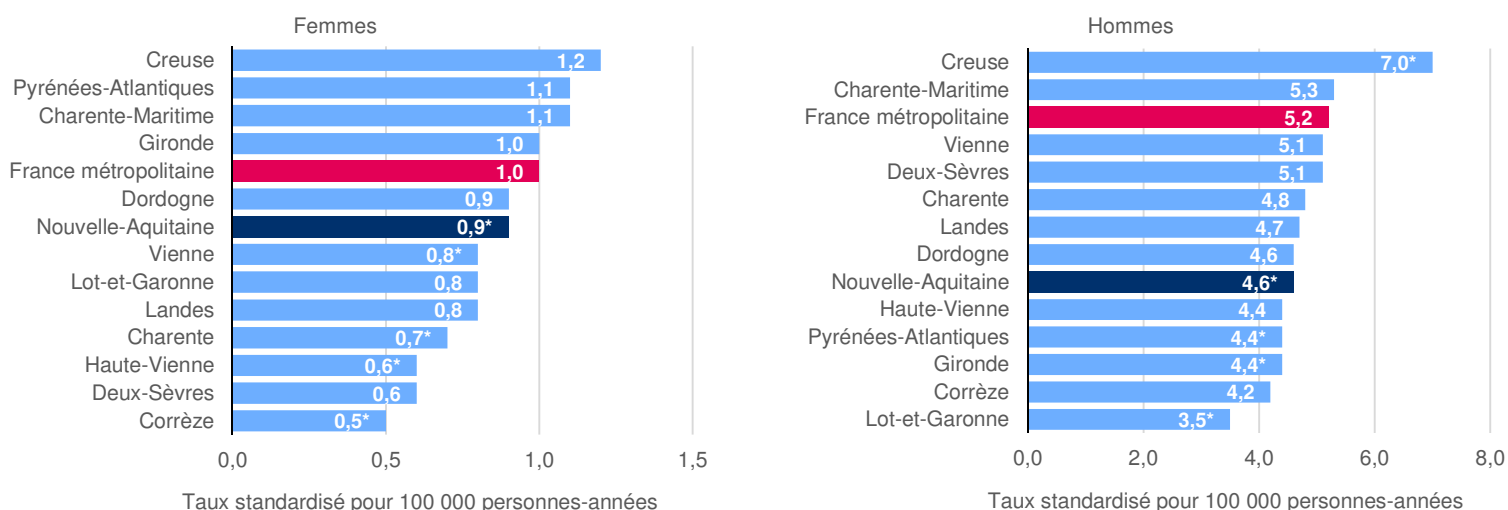
* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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 Nouvelle-Aquitaine (figure 28), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient de 0,5 [0,2-1,5] en Corrèze à 1,2 [0,6-3,6] pour 100 000 personnes-années dans la Creuse. Les départements de la Corrèze, de la Haute-Vienne (0,6 [0,3-1,2]), de la Charente (0,7 [0,4-1,5]) et de la Vienne (0,8 [0,5-1,4]) présentaient des taux inférieurs à la moyenne de France métropolitaine. Les autres départements ne présentaient pas un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 3,5 [2,8-4,5] dans le Lot-et-Garonne à 7,0 [5,5-9,83] pour 100 000 personnes-années dans la Creuse. Les départements du Lot-et-Garonne, de la Gironde (4,4 [3,9-4,8]) et des Pyrénées-Atlantiques (4,4 [3,8-5,1]) présentaient des taux inférieurs à la moyenne de France métropolitaine. Seul le département de la Creuse 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 Nouvelle-Aquitaine

^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.

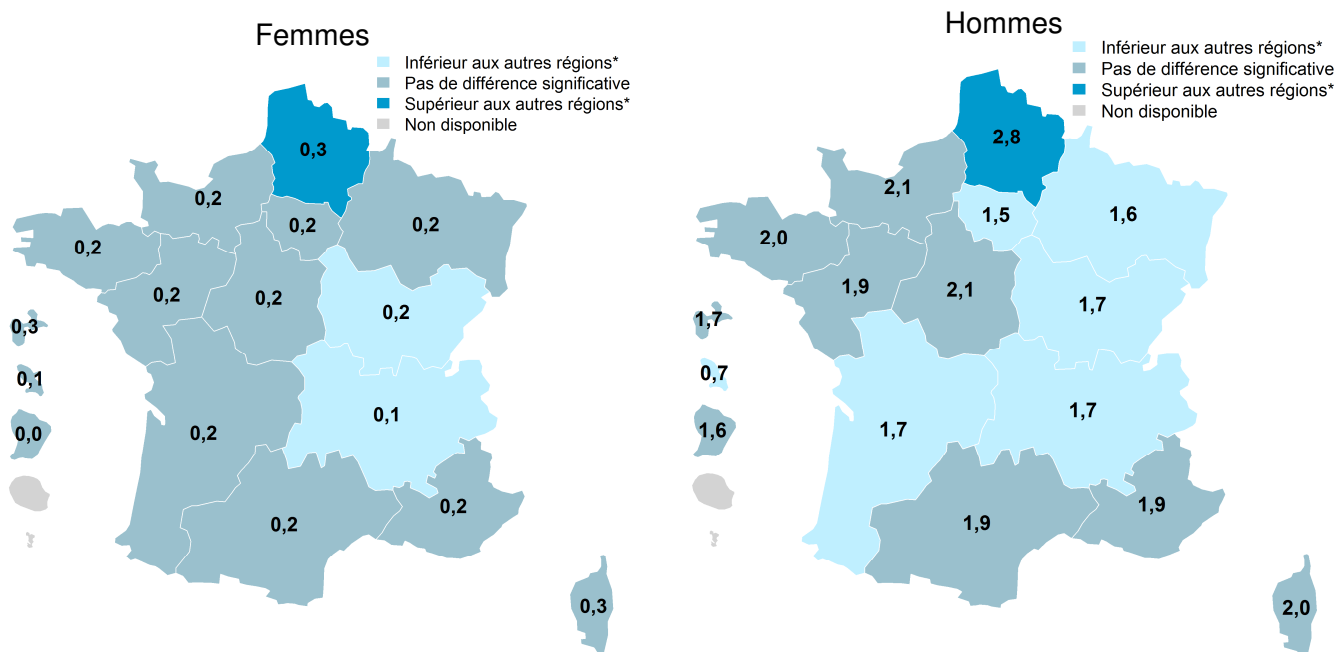
Chez les femmes (figure 29), les régions Auvergne-Rhône-Alpes (0,1 pour 100 000 personnes-années) et Bourgogne-Franche-Comté (0,2) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine, tandis que ce taux était significativement supérieur dans les Hauts-de-France (0,3). La région **Nouvelle-Aquitaine (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 **Nouvelle-Aquitaine** (figure 30), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient selon les départements de 0,03 [0,00-1,12] en Corrèze à 0,37 [0,18-1,04] pour 100 000 personnes-années en Dordogne. 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 1,2 [0,8-1,9] dans les Landes à 2,5 [1,7-4,9] pour 100 000 personnes-années dans la Creuse. Les départements des Landes et des Pyrénées-Atlantiques (1,5 [1,1-2,0]) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine.

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



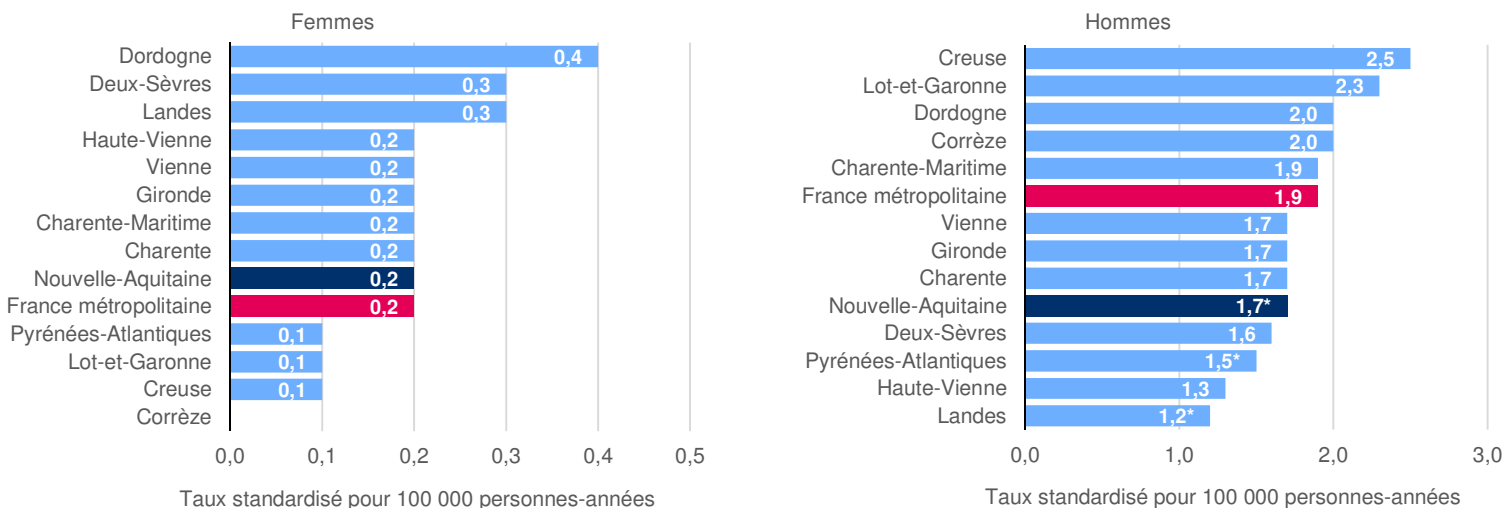
^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

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

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

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

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



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

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

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

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

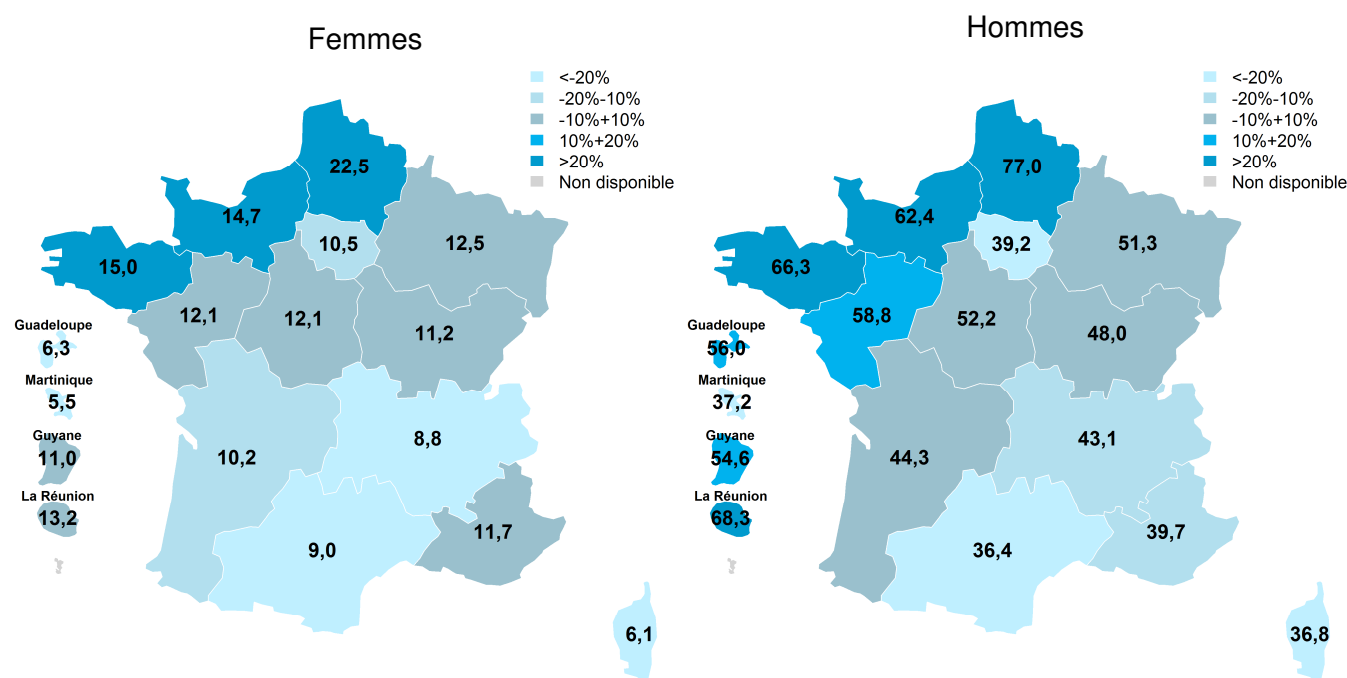
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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

Chez les femmes (figure 31), ce taux standardisé de mortalité était de 12,0 pour 100 000 habitants en France entière. Les régions Hauts-de-France, Bretagne et Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur 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 **Nouvelle-Aquitaine**, le taux de mortalité était de 10,2 pour 100 000 habitants, soit 15 % de moins que dans les autres régions.

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 **Nouvelle-Aquitaine**, le taux de mortalité était de 44,3 pour 100 000 habitants, soit 9,96 % de moins que dans les autres régions.

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).

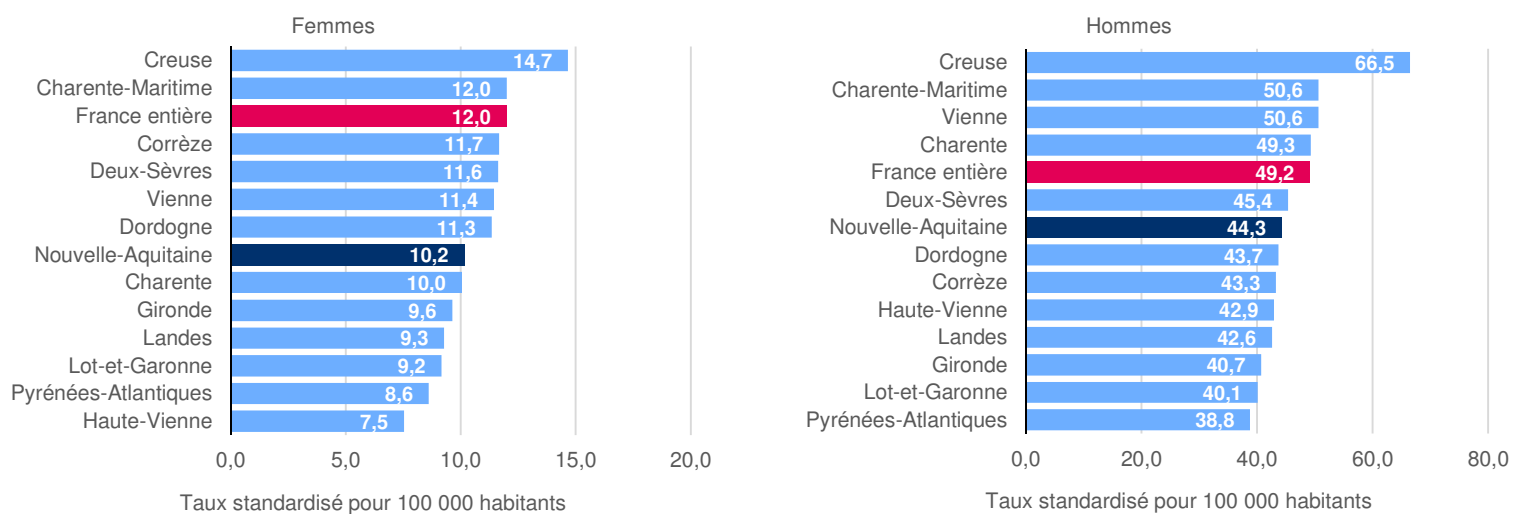
Champ : France entière (hors Mayotte).

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

En région **Nouvelle-Aquitaine**, chez les femmes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 7,5 pour 100 000 habitants en Haute-Vienne à 14,7 pour 100 000 habitants dans la Creuse. Dans les départements de la Creuse, des Deux-Sèvres et de la Charente-Maritime, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis qu'en Haute-Vienne, en Dordogne et en Gironde, 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 38,8 pour 100 000 habitants dans les Pyrénées-Atlantiques à 66,5 dans la Creuse. Dans les départements de la Creuse, de la Charente-Maritime, de la Vienne et de la Charente, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis que dans les Pyrénées-Atlantiques, 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 Nouvelle-Aquitaine



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

ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Le BEH de Santé publique France du 19 février 2019 a actualisé la situation nationale en matière de liens entre alcool et santé en France¹, avec des chiffres qui servent de données de cadrage pour les politiques régionales de santé :

- 41 000, c'est le nombre de décès attribuables à l'alcool en France en 2015 : 30 000 chez l'homme et 11 000 chez la femme. L'alcool serait responsable en France de 7% des décès. C'est plus que ce qui est observé dans nombre d'autres pays européens.

- une consommation d'alcool en France qui reste, en 2017, à un niveau élevé et relativement stable par rapport aux années précédentes : la quantité d'alcool pur consommée par habitant de plus de 15 ans est équivalente à celle de 2013 (11,7 litres).

- l'hétérogénéité est importante en ce qui concerne la quantité d'alcool bue : à eux seuls 10% des 18-75 ans consommaient 58% de la quantité d'alcool consommée déclarée.

Entre alcool-dépendance de 10 % de la population adulte, usages à risques et perte de contrôle des consommations, ivresses régulières (19,4% des 18-24 ans en 2017 ont eu au moins dix ivresses au cours des 12 derniers mois), persistance de milieux banalisant les risques liés à l'alcool, développement de certaines maladies chroniques, les problèmes de santé publique liées à la consommation excessive d'alcool sont multiples et appellent à une stratégie de prévention et d'accompagnement diversifiée et territorialisée. Le cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé marque dans sa première orientation la volonté « d'agir sur des déterminants de santé ayant en commun un impact fort sur les maladies chroniques, la mortalité prématurée et les inégalités de santé : tabac, addictions, suicide, etc. ».

L'action de l'ARS se structure autour de quatre priorités de santé publique :

1/ Prévenir les addictions

Le développement des compétences psychosociales dès l'enfance arme les citoyens dans leurs choix en matière de santé. Concrètement, le programme probant *UNPLUGGED*, évalué par Santé publique France, développé en début de collège vise à outiller les jeunes sur leurs décisions dans leurs premières rencontres avec les produits psychoactifs. Le programme est en cours de déploiement régional grâce au partenariat fort avec l'Education Nationale et les associations de prévention. En Charente, un partenariat inédit entre addictologues et les étudiants de l'Ecole des métiers du cinéma d'animation (EMCA) d'Angoulême permet d'intervenir auprès des jeunes avec des films de haute qualité faits par des jeunes. Plus de 1 000 élèves en collège ou lycée ont ainsi déjà bénéficié d'*Expériences animées*.

Mieux prévenir les consommations à risque et mieux repérer les addictions pendant la grossesse. L'ARS fait partie des deux régions en France, avec la Réunion, à avoir soutenu la création d'un centre régional alcool – grossesse par AGIR 33 (COREADD).

Des actions de prévention et de médiation spécifiques envers les populations fragiles, notamment les personnes placées sous main de justice, sont également soutenues et développées. Pour ce faire, l'ARS bénéficie de crédits du fonds national de lutte contre les addictions, avec des appels à projets annuels.

2/ Renforcer les actions de réduction des risques et des dommages en milieu festif

En lien avec la feuille de route régionale de la MILDECA, la réduction des risques et des dommages (RDRD) en milieu festif est un enjeu fort de santé publique, dans une région réputée pour ses nombreux festivals et sa culture du vivre ensemble et de la convivialité. La fête, c'est aussi souvent le lieu des premières expérimentations de consommations de substances psychoactives. Pour que la fête garde un niveau de risque raisonnable et ne se termine pas à l'hôpital ou au commissariat, l'ARS soutient les acteurs de la prévention et de la RDRD, par la couverture graduée des événements festifs en fonction des niveaux repérés de risques.

L'ARS soutient la Fédération addiction pour mettre en œuvre sur l'ensemble de la région l'action 11 du plan priorité prévention « Proposer systématiquement un accompagnement spécialisé des jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive ».

Au-delà du milieu festif, en partenariat avec la MILDECA, l'ARS Nouvelle Aquitaine promeut le développement de la culture de la réduction des risques dans tous les milieux de vie, notamment avec des actions ciblées sur les populations les plus fragiles, notamment les poly consommateurs. Ainsi des projets de RDR alcool sont développés en région, notamment en éducation thérapeutique du patient ou encore avec le programme ALCOCHOIX.

¹<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6>

3/ Développer les accompagnements par des professionnels de santé en matière d'addictologie

L'ARS poursuit le renforcement des réponses aux problématiques d'addictions par les professionnels de santé. Cela commence par l'appui au repérage et à l'intervention brève par les professionnels de premier recours, notamment grâce à l'aide des URPS et de la COREADD, qui regroupe en 2020 les réseaux d'addictologie en un centre ressources régional.

Pour les situations qui appellent un suivi renforcé, le développement de la filière médico-sociale en addictologie se poursuit : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), Consultations Jeunes consommateurs (CJC), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ambulatoires et résidentiels, communautés thérapeutiques.

Et au niveau des situations les plus complexes, le renforcement du dispositif hospitalier en addictologie est en cours : consultations spécialisées, ELSA, SSR...

Si l'enjeu est que le repérage et le traitement des comportements nocifs liés à l'alcool et aux addictions soit l'affaire de l'ensemble des professionnels de santé, il faut également souligner la poursuite de l'aide de l'ARS aux associations bénévoles de soutien aux malades, qui concourent par leur travail quotidien à accompagner les personnes et les familles dans les épreuves du quotidien.

4/ Contribuer à dénormaliser les représentations liées aux consommations excessives d'alcool.

Une quatrième priorité est en matière d'alcool, comme en matière de tabac, de débanaliser l'usage de la consommation excessive d'alcool. L'ARS relaie ainsi les campagnes de prévention de Santé publique France, notamment les nouveaux repères de consommations : « *Pour votre santé, maximum deux verres par jour, et pas tous les jours* ».

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 Nouvelle-Aquitaine, en 2017, le réseau Oscour® reposait sur la transmission des RPU de 67 SU représentant 95,5 % des passages aux urgences de la région.

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants était proche de l'exhaustivité en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis demeurait hétérogène entre les départements (tableau 4). Au total, on estimait à 86,0 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.

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 Nouvelle-Aquitaine, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique
		(DP ou DA)
Charente	5/5 (100%)	98,2%
Charente-Maritime	8/8 (100%)	80,1%
Corrèze	3/3 (100%)	98,3%
Creuse	2/2 (100%)	97,9%
Dordogne	4/4 (100%)	76,6%
Gironde	15/15 (100%)	87,9%
Lande	2/3 (67%)	98,4%
Lot-et-Garonne	4/4 (100%)	57,3%
Pyrénées-Atlantique	9/9 (100%)	93,7%
Deux-Sèvres	5/5 (100%)	79,4%
Vienne	5/5 (100%)	79,4%
Haute-Vienne	5/5 (100%)	96,5%

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	Suicides/tentatives de suicides par intoxication éthylique

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

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL NOUVELLE-AQUITAINE

Santé publique France

Ursula Noury et, 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.

Autre auteur

Erwan Autes

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 Oscore®.