

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Les actions de Santé publique France en prévention et promotion de la santé en matière d'alcool p.2 Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque p.2 Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France p.4 Morbidité aiguë liée à l'alcool en Corse p.6 Morbidité et mortalité associées à l'alcool en Corse p.10 Conclusion et perspectives p.17 Sources des données p.18 Définition des variables p.19 Effectifs régionaux des enquêtes p.21 Bibliographie p.21

ÉDITO

Bien qu'en diminution depuis les années 1960, la consommation d'alcool en France est l'une des plus élevée d'Europe. Les conséquences sanitaires de la consommation d'alcool sont démontrées représentant la 2^e cause évitable de mortalité par cancer après le tabac en France. Elle peut, par ailleurs, aussi entraîner des maladies cardiovasculaires et digestives, des maladies du système nerveux et troubles psychiques, par exemple.

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.

Concernant les conséquences sanitaires, la Corse présente une situation soit équivalente au niveau national (incidences de cancers principalement), soit plus favorable (mortalité par cancer des lèvres, bouche, pharynx et de l'œsophage chez les hommes, mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool pour les deux sexes)

En revanche, les données de consommation disponibles pour les jeunes de 17 ans dans le cadre de l'enquête Escapad, montrent que l'alcool est très présent chez ceux-ci, faisant de la Corse la 1^e région pour l'expérimentation d'alcool chez les jeunes, avec, par ailleurs un niveau élevé d'alcoolisations ponctuelles importantes répétées par rapport à la moyenne nationale. Cette situation peut laisser à penser que des habitudes de consommation dans la population ont pu évoluer, avec une augmentation de consommation chez les jeunes, dont les effets à long terme ne se font pas encore sentir.

Dans ce cadre, le développement de la prévention est primordial, avec, par exemple, le développement des compétences psychosociales chez les jeunes, afin qu'ils puissent améliorer leur capacité à s'affirmer, à dire non.

Par ailleurs, cette prévention passe aussi, pour l'ensemble de la population, par la promotion des nouveaux repères de consommations « pas plus de 2 verres par jour et pas tous les jours », tant au niveau du grand public que des professionnels de santé.

POINTS CLÉS

- Les seules données de consommation en Corse concernent les jeunes de 17 ans (enquête Escapad). Chez ceux-ci, la prévalence de l'**expérimentation de la consommation d'alcool** est la plus importante des régions françaises (94 %). De même, la prévalence des **alcoolisations ponctuelles importantes répétées** est une des plus importantes en France, avec 21 %. Cependant, la prévalence de l'**usage régulier**, toujours chez les moins de 17 ans, ne diffère pas de la moyenne nationale.
- Les **passages aux urgences en lien direct avec l'alcool** représentaient **0,82 %** des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).
- En Corse, les **taux standardisés d'incidence pour 100 000 personnes-années** sur la période 2007-2016 pour les cancers des **lèvres, bouche, pharynx (LBP)** d'une part et de l'**œsophage** d'autre part, ne sont pas différents du niveau national.
- La **mortalité chez les femmes** pour les mêmes cancers, ainsi que pour celui du larynx, ne se différencient pas non plus du niveau national.
- La **mortalité chez les hommes** par cancer du larynx n'était pas non plus différente de la moyenne nationale. Par contre, ces taux étaient inférieurs au niveau national pour les cancers LBP et de l'œsophage.
- Les **taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool étaient de 6,1 chez les femmes et de 36,8 chez les hommes** pour 100 000 personnes-années. Ils étaient plus de 20 % inférieurs aux taux nationaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

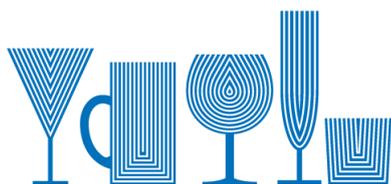
Références :

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

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

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

Parlez-en à
votre médecin

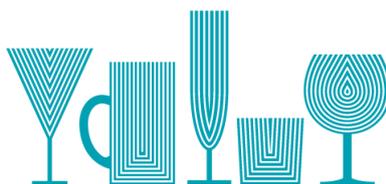


© 0 800 800 830
ALCOOL.INFO-SERVICE.FR



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

Parlez-en à
votre médecin



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



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

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



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



COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

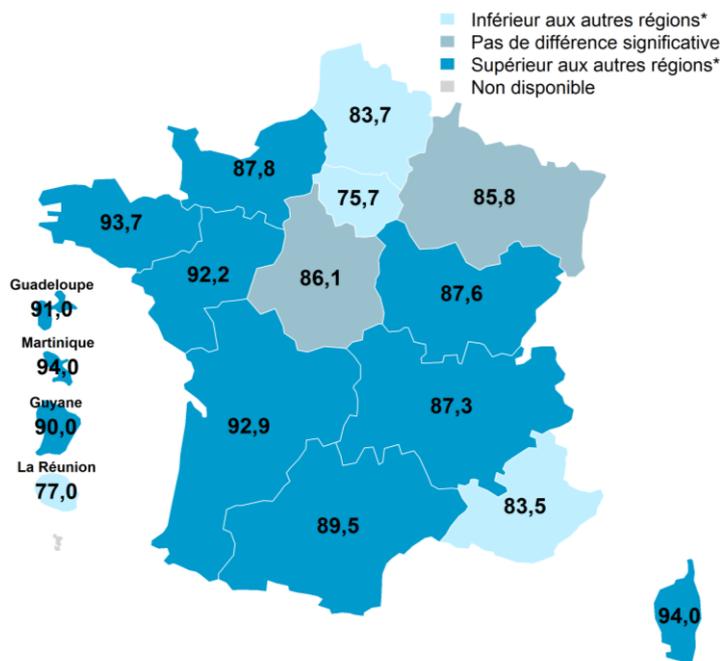
Pour les autres régions de France, des données sont disponibles sur la consommation d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans et la consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans. Ces données proviennent des Baromètres de Santé publique France (2014 et 2017). Pour des raisons d'effectifs, ces données ne sont pas disponibles à l'échelle de la Corse. Cependant, le prochain Baromètre, dont les enquêtes seront effectuées en 2020, permettra d'avoir ces mêmes données pour la Corse.

Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans

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

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.

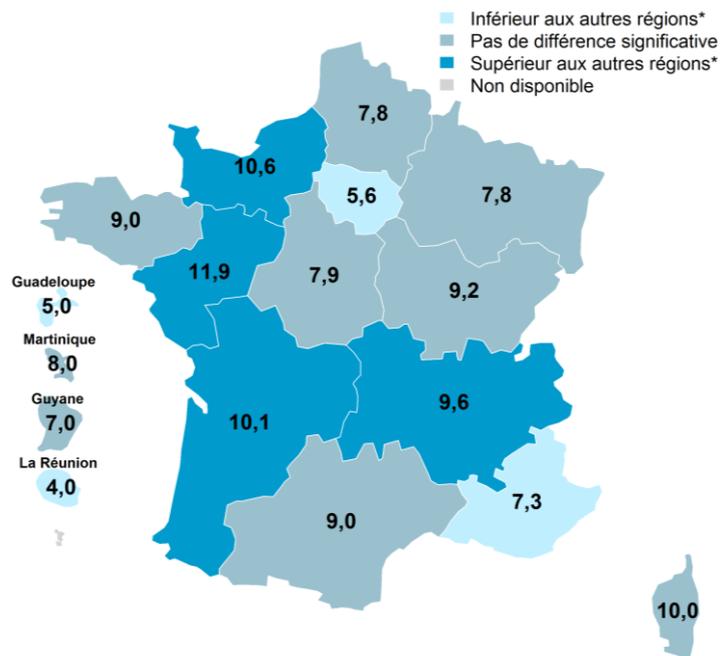
Figure 1 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



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

D'après la même enquête, la prévalence de l'usage régulier d'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois) chez les jeunes de 17 ans variait de 5,6 % à 11,9 % selon les régions de France métropolitaine (figure 9), avec une moyenne de 8,4 % pour la France métropolitaine. L'Île-de-France (5,6 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,3 %) présentaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine, tandis que les régions Auvergne-Rhône-Alpes (9,6 %), Nouvelle-Aquitaine (10,1 %), Normandie (10,6 %) et Pays de la Loire (11,9 %) affichaient des prévalences significativement supérieures à la moyenne de France métropolitaine. La prévalence en **Corse (10,0 %)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

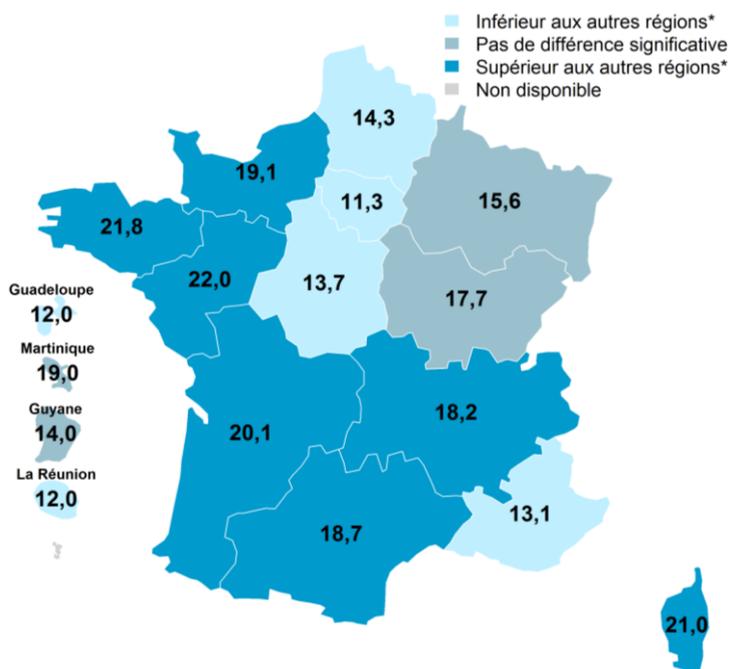
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 2 : Prévalences régionales brutes de l'usage régulier d'alcool (≥ 10 usages par mois) chez les jeunes de 17 ans en 2017

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

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

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 3 : 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).

MORBIDITÉ AIGUË LIÉE À L'ALCOOL EN CORSE

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. La méthodologie complète est décrite en page 18 et suivantes.

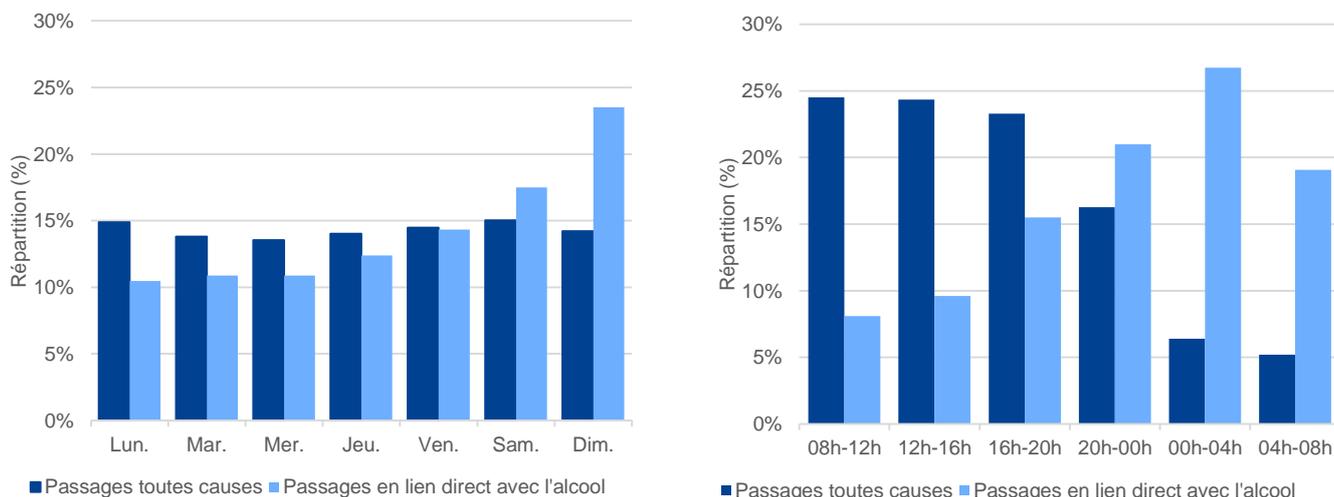
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 729 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 4 services d'urgence (SU) de la Corse participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 2 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 0,82 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).

Les passages aux urgences toutes causes en Corse en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine (figure 4). Pour la répartition des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, on observait une augmentation à partir du jeudi jusqu'au dimanche, 23,5 % des passages hebdomadaires ayant lieu ce dernier jour, représentant alors 1,42 % de l'activité toutes causes. Plus de la moitié (55,4 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au dimanche.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 4), les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires entre 16 h et 8 h, avec un pic pendant la tranche minuit – 4 h qui comprenait 26,7 % des passages de la journée en moyenne, et représentait 3,57 % des passages toutes causes dans cette tranche.

Figure 4 : Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool et des passages aux urgences toutes causes en Corse en 2017



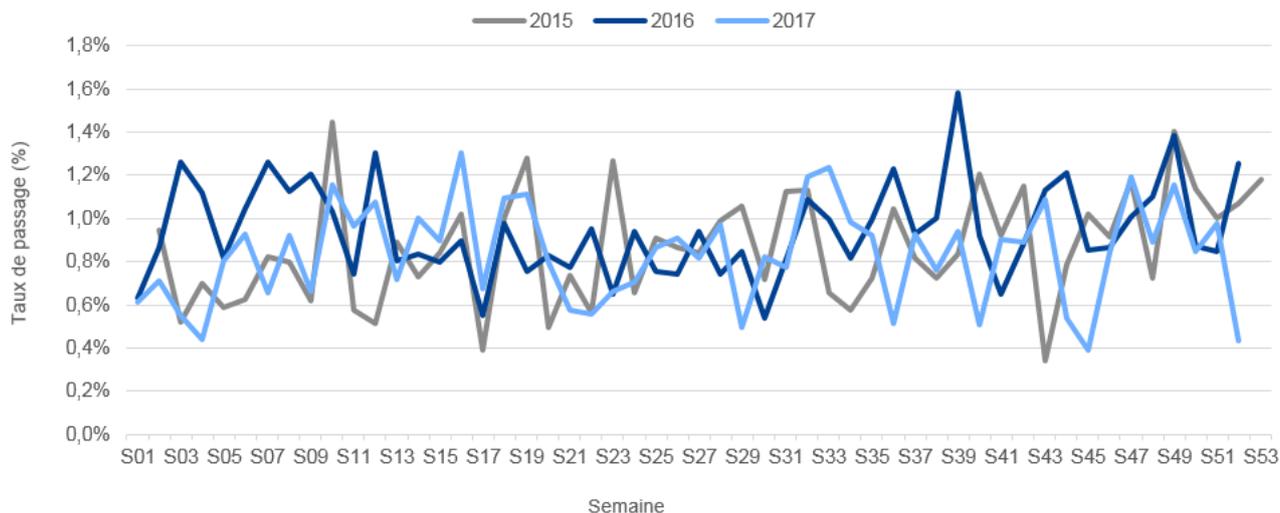
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

La figure 5 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool en Corse de 2015 à 2017. Il n'est pas observé de différences d'une année à l'autre et l'évolution sur une année montre peu de variations.

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool variait de 0,84 % en 2017 à 0,94 % en 2016.

Figure 5 : Taux bruts hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes en Corse sur la période 2015-2017

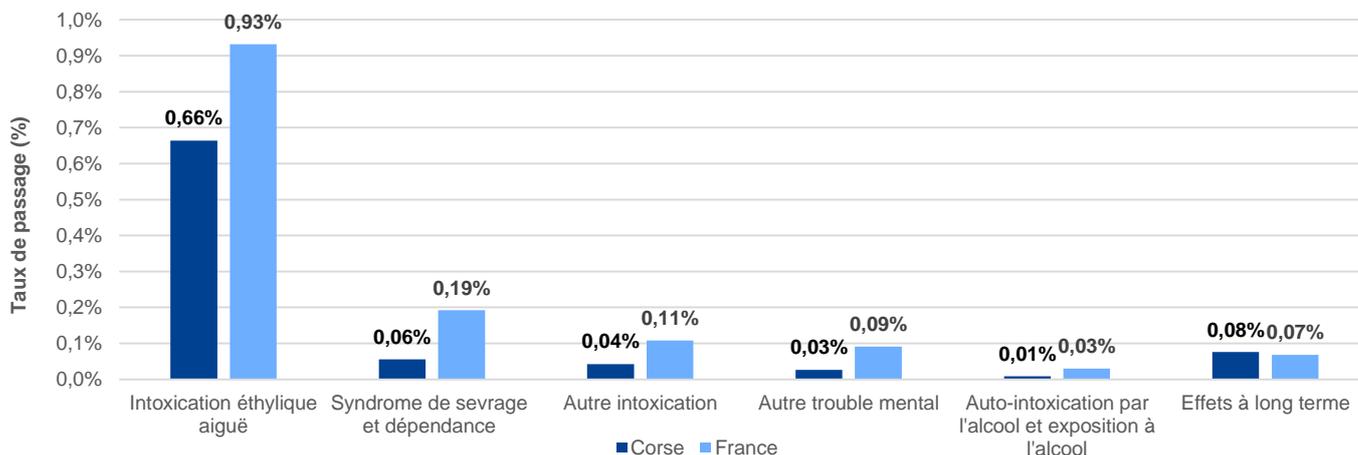


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 6). En Corse en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 0,66 % de l'ensemble des passages aux urgences et 77,0 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autres intoxications, autre trouble mental, auto-intoxication par l'alcool et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,01 % et 0,08 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies était comparable à celle observée au niveau national, la part dans l'activité des urgences étant cependant plus faible, à l'exception de celle concernant les effets à long terme, qui était équivalente.

Figure 6 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie parmi les passages toutes causes en Corse en 2017



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

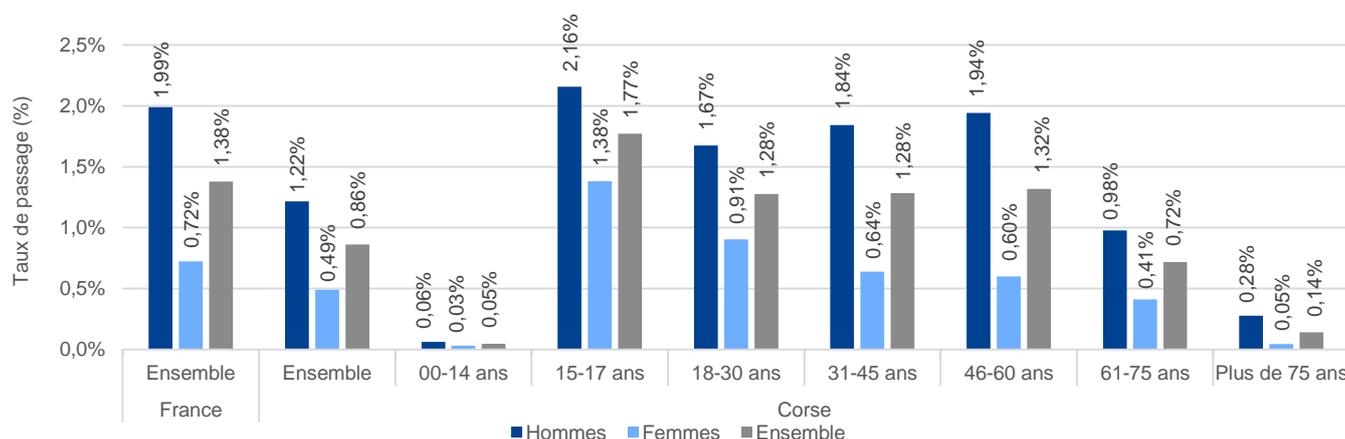
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en Corse comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (1,22 %) que chez les femmes (0,49 %) (figure 7).

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,06 % de l'activité, soit 5 passages dans l'année). Il était maximal entre 15 et 17 ans (2,16 %) puis entre 46 et 60 ans (1,94 %). Il était de 0,28 % chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, pour les moins de 14 ans, le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,03 %, soit 2 passages dans l'année. Ce taux était maximal, là aussi, dans la tranche d'âge 15-17 ans (1,38 %). Il diminuait ensuite progressivement jusqu'à atteindre 0,14 % chez les plus de 75 ans.

Figure 7 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe parmi les passages toutes causes en Corse en 2017



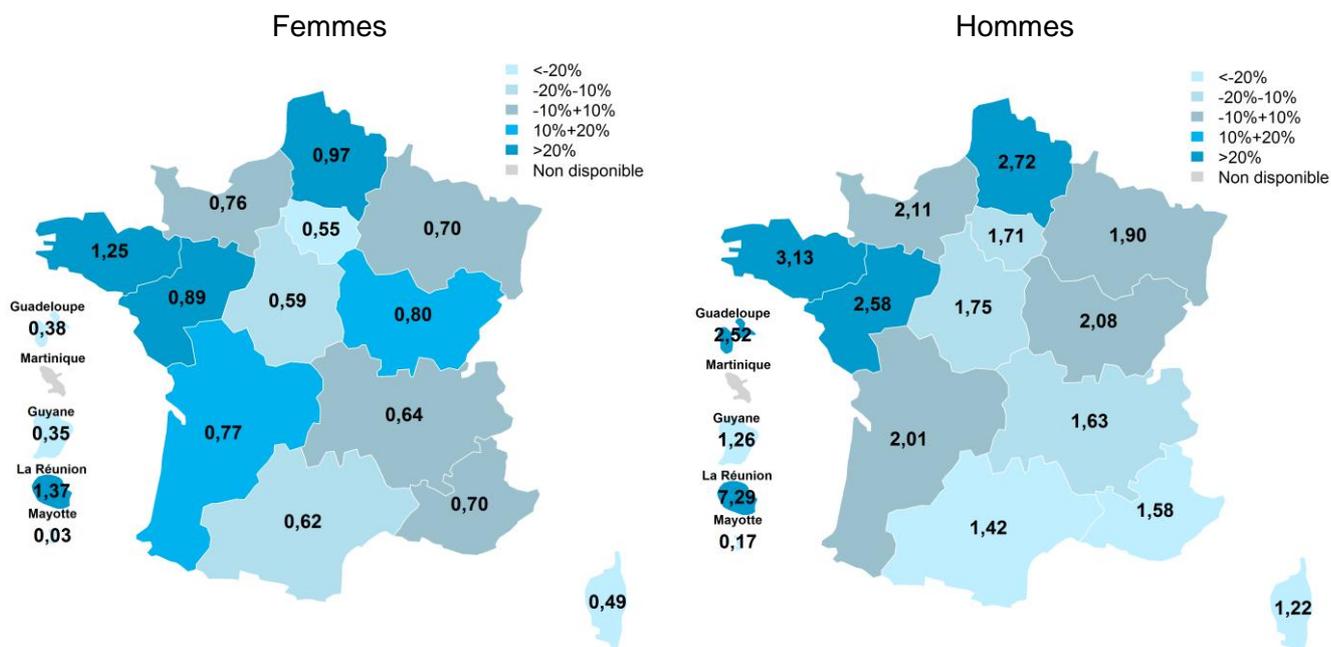
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 8). 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.

Chez les hommes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 1,99 % (figure 8). 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.

Figure 8 : Taux bruts régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017

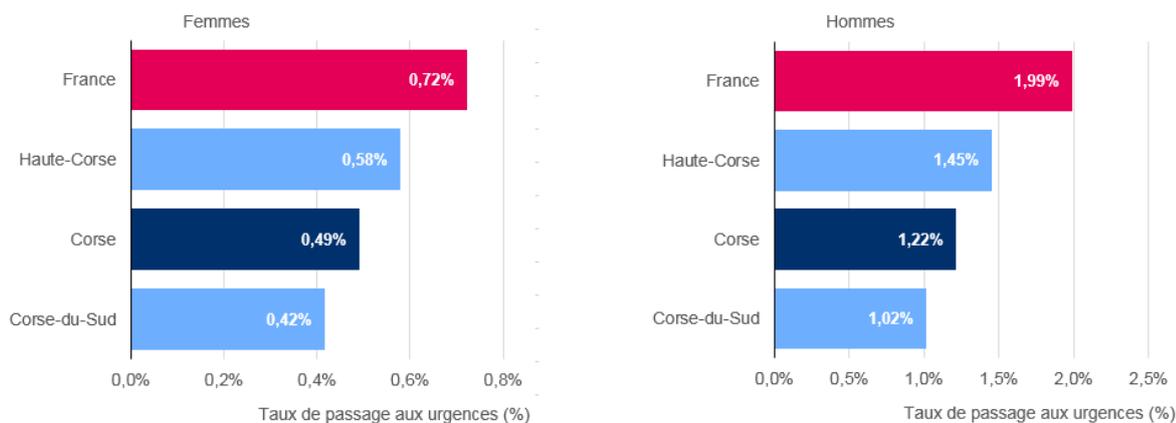


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
 Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017, en Corse, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool chez les femmes était plus faible en Corse-du-Sud qu'en Haute-Corse (0,42 %, contre 0,58 %, figure 9).

De même, chez les hommes, ce taux était plus faible en Corse-du-Sud (1,02 %) qu'en Haute-Corse (1,45 %).

Figure 9 : Taux bruts départementaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017 en Corse



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

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ ASSOCIÉES À L'ALCOOL EN CORSE

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

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

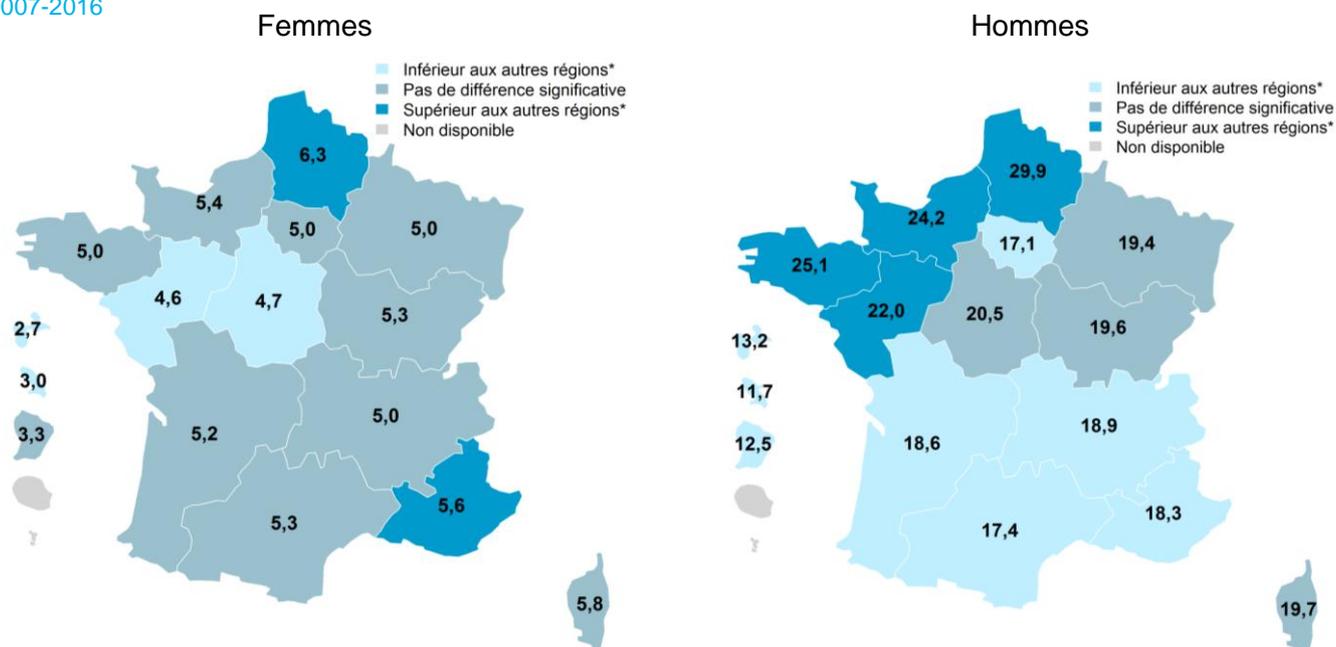
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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

Chez les femmes (figure 10), 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 **Corse (5,8 [4,8-7,0])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 10), huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (11,7 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (12,5), la Guadeloupe (13,2), l'Île-de-France (17,1), l'Occitanie (17,4), Provence-Alpes-Côte d'Azur (18,3), la Nouvelle-Aquitaine (18,6) et Auvergne-Rhône-Alpes (18,9). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (22,0), la Normandie (24,2), la Bretagne (25,1) et les Hauts-de-France (29,9). La **Corse (19,7 [17,6-22,0])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 10 : 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).

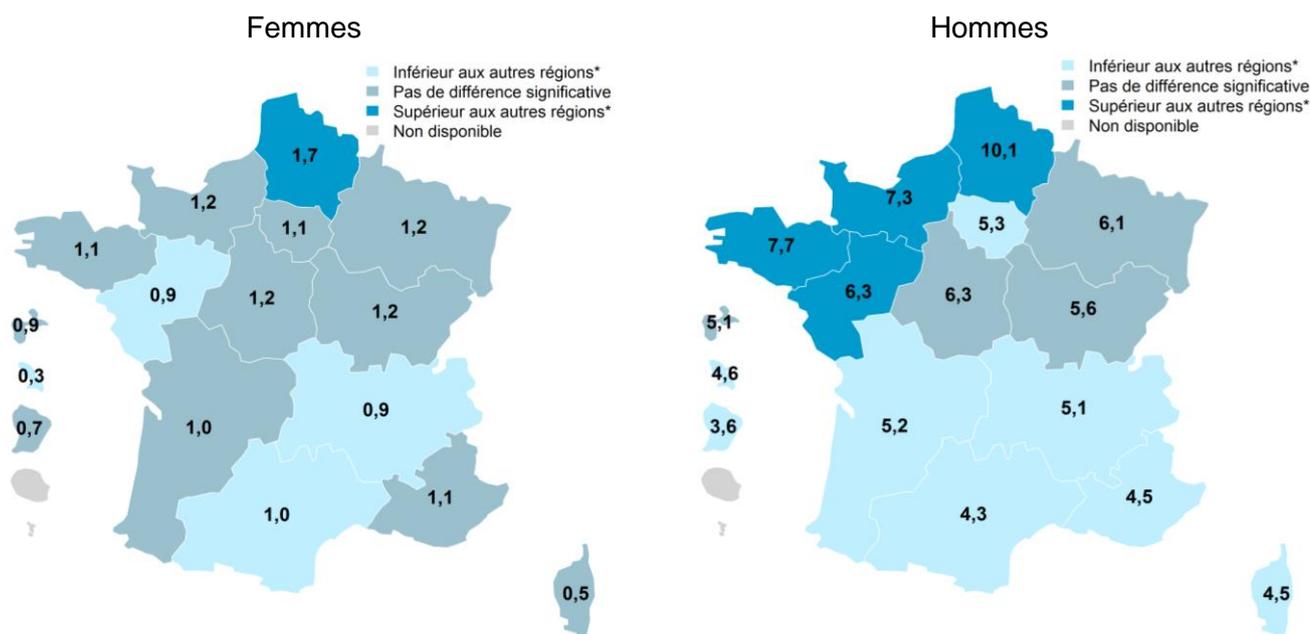
• Mortalité par cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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 11), 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 **Corse (0,5 [0,3-1,3])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 11), huit régions se distinguaient par des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Guyane (3,6 pour 100 000 personnes-années), l'Occitanie (4,3), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,5), la **Corse (4,5)**, la Martinique (4,6), Auvergne-Rhône-Alpes (5,1), la Nouvelle-Aquitaine (5,2) et l'Île-de-France (5,3). À l'inverse, les régions Pays de la Loire (6,3), Normandie (7,3), Bretagne (7,7) et Hauts-de-France (10,1) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus élevés.

Figure 11 : 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).

Le cancer de l'œsophage

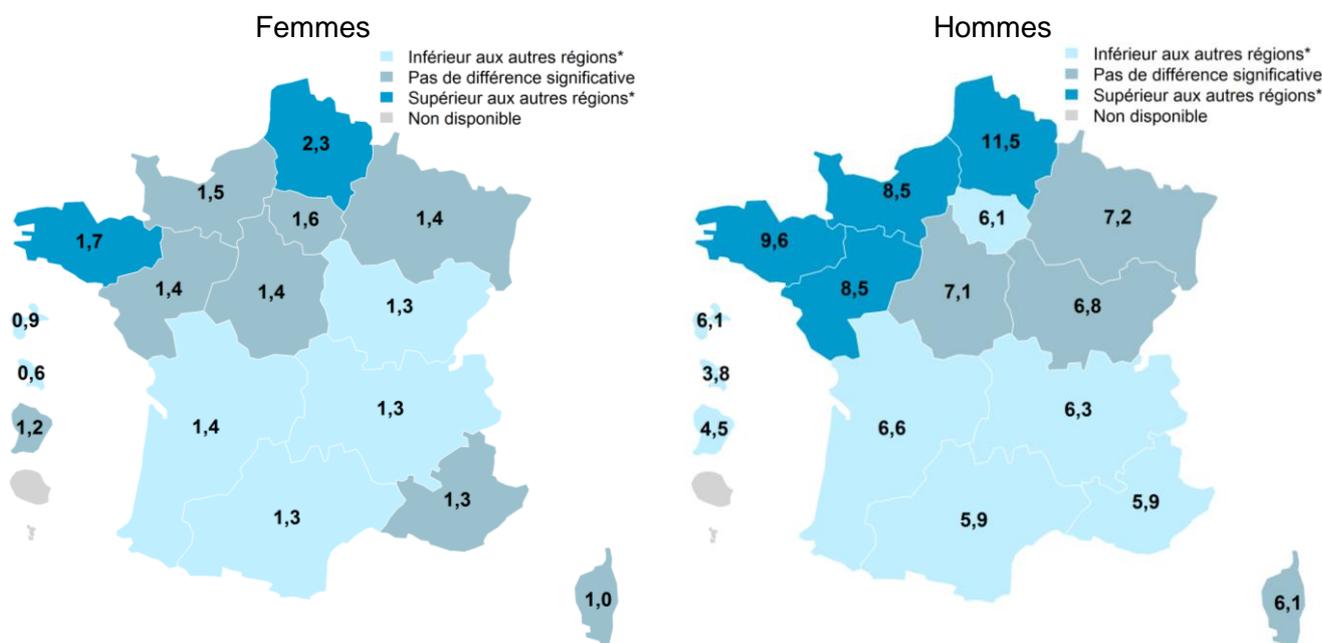
• Incidence du cancer de l'œsophage

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

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

Figure 12 : 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).

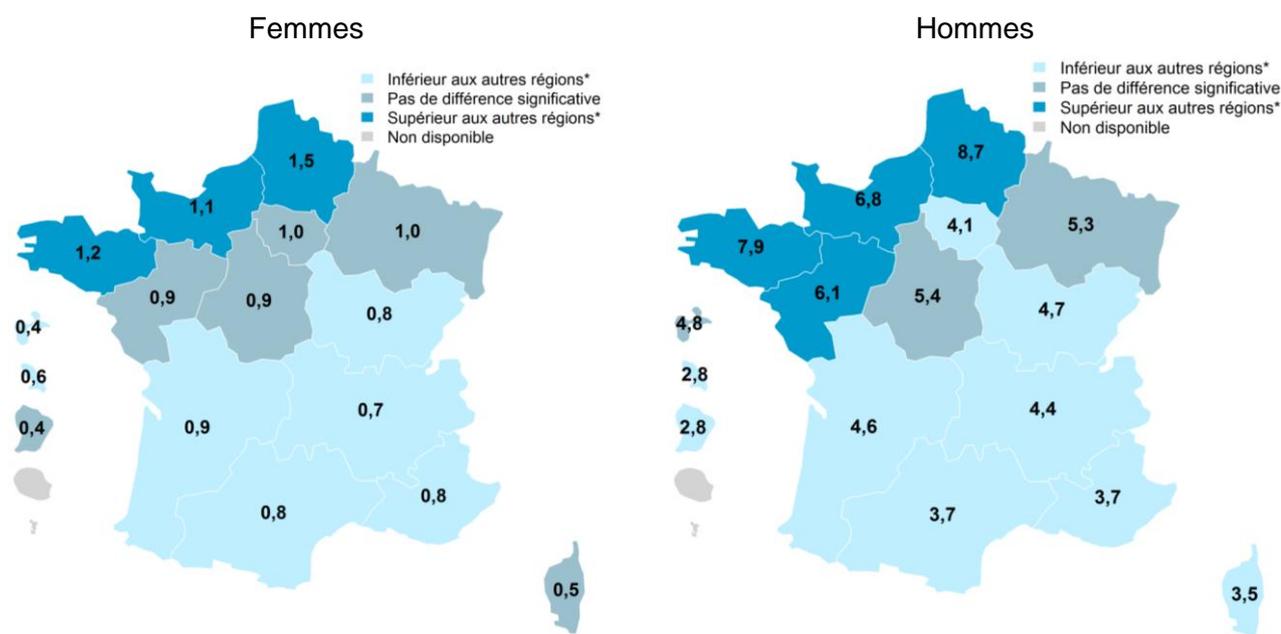
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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 13), sept régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Guadeloupe (0,4 pour 100 000 personnes-années), la Martinique (0,6), Auvergne-Rhône-Alpes (0,7), Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,8), l'Occitanie (0,8), la Bourgogne-Franche-Comté (0,8) et la Nouvelle-Aquitaine (0,9). Trois régions du Nord-Ouest se distinguaient par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (1,1), la Bretagne (1,2) et les Hauts-de-France (1,5). La **Corse (0,55 [0,3-1,4])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 13), 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 13 : 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).

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.

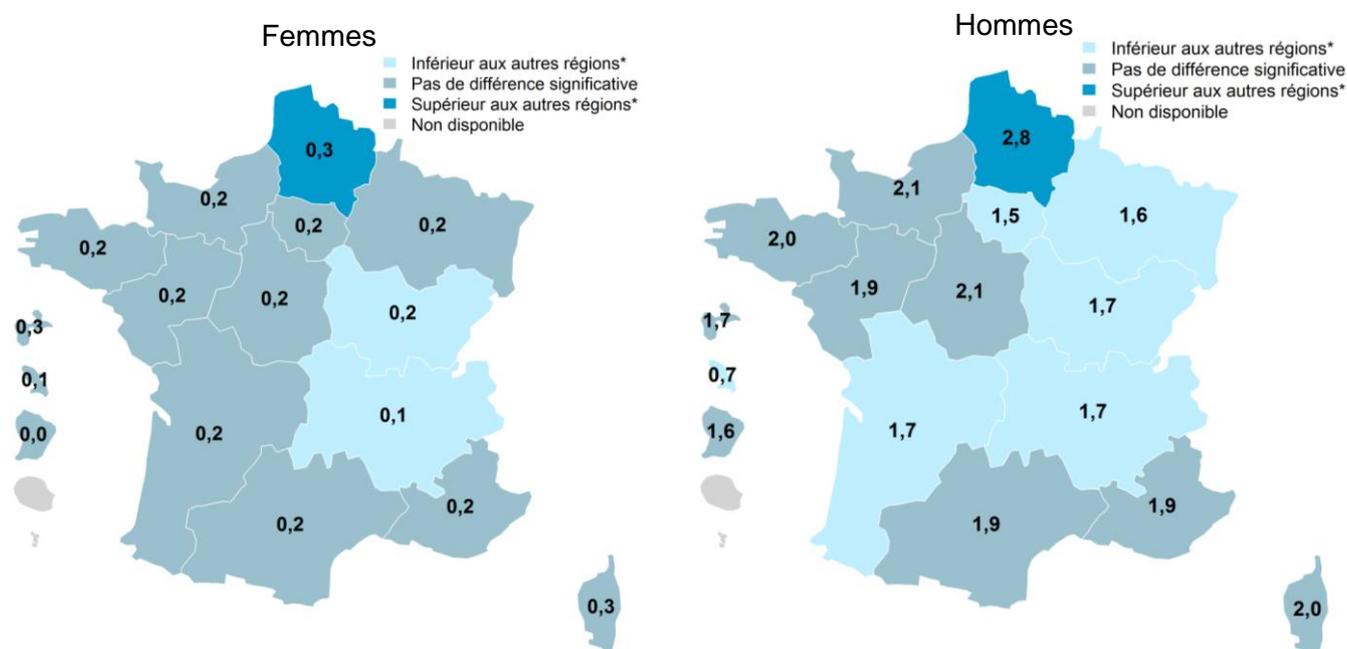
• Mortalité par cancer du larynx

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 14), 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 **Corse (0,3 [0,1-1,1 pour 100 000 personnes-années])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine .

Chez les hommes (figure 14), 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 nationale. La **Corse (2,0 [1,4-3,0] pour 100 000 personnes-années)** ne différait pas de la moyenne nationale.

Figure 14 : 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).

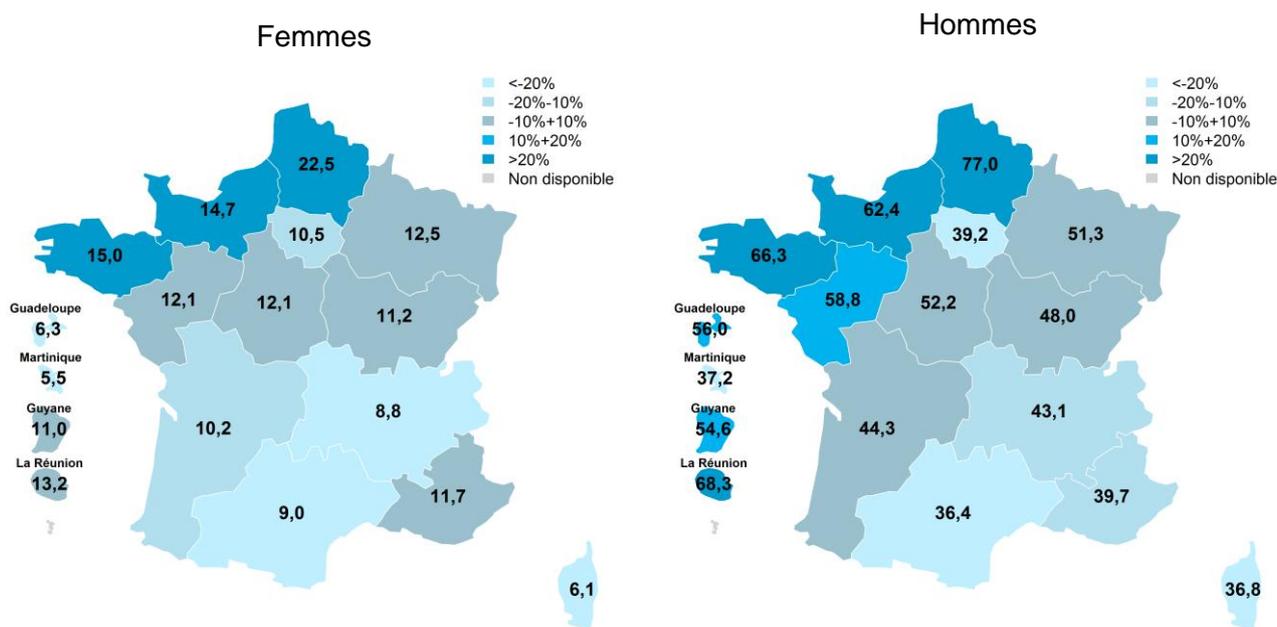
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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 15), 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.

Chez les hommes (figure 15), 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.

Figure 15 : 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).

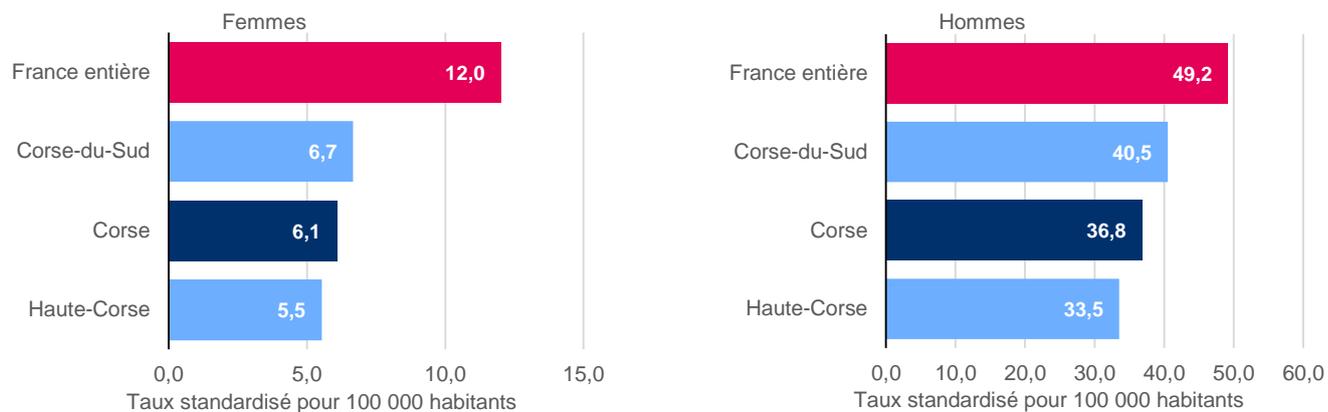
Champ : France entière (hors Mayotte).

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

En Corse, chez les femmes (figure 16), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool étaient de 5,5 pour 100 000 habitants en Haute-Corse et de 6,7 en Corse-du-Sud.

Chez les hommes (figure 16), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool étaient de 33,5 pour 100 000 habitants en Haute-Corse et 40,5 en Corse-du-Sud.

Figure 16 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015 en Corse



^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.

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, dont la Corse, 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 4 098 interrogés sur téléphone fixe et 4 065 sur mobiles. Le taux de participation variait de 48 % en Guadeloupe à 59 % à La Réunion. La passation du questionnaire a duré en moyenne 33 minutes. Le protocole complet de cette enquête est disponible par ailleurs (Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires; 2015. 16 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>).

2) Enquête Escapad 2017

L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) est une enquête anonyme menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'appuyant sur un questionnaire auto-administré qui se déroule dans tous les centres actifs de la journée défense et citoyenneté (JDC) en France (y compris ceux des DOM) avec le soutien de la direction du service national et de la jeunesse. Le questionnaire porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs. Cette enquête a lieu tous les 3 ans (depuis 2005) au mois de mars sur une période variant de 1 à 2 semaines selon les années. Les données présentées dans ce bulletin sont issues de la 9^e 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 Corse en 2017, l'ensemble des services d'urgence remontaient leurs données (polyclinique du Sud de la Corse à Porto-Vecchio, CH d'Ajaccio, de Bastia et de Calvi, à partir de début juillet, pour ce dernier), ainsi que le service d'accueil médical non programmé de Corte-Tattone. Dans ces établissements, la complétude allait de 78 % (CH d'Ajaccio), à 99 % (CH de Corte-Tattone)

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 (ie 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^e classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Passages en lien direct avec l'alcool », 2017

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

Sources : CIM-10 (classification internationale des maladies, 10^e 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

* Les faibles effectifs n'ont pas permis d'analyser les habitudes de consommation en population générale

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>]
- Heuzé G, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Corse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 146 p.

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL CORSE

Santé publique France

Raphael ANDLER, Frank ASSOGBA, Oriane BROUSTAL, Jessica GANE, Thibaut GOETSCH, Guillaume HEUZÉ, Dominique JEANNEL, Romain GUIGNARD, Nadège MARGUERITE, Viet NGUYEN-THANH, Jean-Baptiste RICHARD, Élodie TERRIEN, Michel VERNAY, Nicolas VINCENT

Avec la contribution de :

Olivier CATELINOIS, Édouard CHATIGNOUX, Florence de MARIA, Anne FOUILLET, Guillemette QUATREMERIE, Jalpa SHAH.

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 Corse participant à Oscour®, ainsi que le GRADeS Paca (anciennement ORU Paca-Corse)

Contact : Santé publique France Paca-Corse, paca-corse@santepubliquefrance.fr