

SOMMAIRE

[Édito p.1](#) [Points clés p.2](#) [Les action Santé publique France en prévention et promotion de la santé en matière d'alcool p.3](#) [Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque p.3](#) [Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France p.4](#) [Consommation d'alcool dans la région Normandie p.12](#) [Morbidity aiguë liée à l'alcool dans la région Normandie p.16](#) [Morbidity et mortalité associées à l'alcool dans la région Normandie p.20](#) [Actions de prévention dans la région Normandie p.29](#) [Conclusion et perspectives p.33](#) [Sources des données p.33](#) [Définition des variables p.35](#) [Effectifs régionaux des enquêtes p.37](#) [Bibliographie p.37](#)

ÉDITO

Depuis des siècles, l'alcool est profondément ancré dans notre culture nationale. Une grande partie d'entre nous en consomme ainsi régulièrement, dans un usage synonyme de plaisir et de convivialité, sans en percevoir d'effet délétère.

Pourtant la consommation d'alcool est un déterminant majeur de santé publique, en termes de morbidité, de mortalité, et de dommages sociaux. En France, elle est responsable de près d'un quart des hospitalisations, et constitue la seconde cause de mortalité évitable (après le tabac), avec environ 40 000 décès annuels.

Ce paradoxe persistant s'explique en partie par l'absence de seuil de toxicité de l'alcool. Les risques liés à sa consommation, pour des quantités considérées comme faibles, sont pourtant bien connus aujourd'hui : accidents vasculaires, cancers, hypertension artérielle....

Le travail d'expertise scientifique mené par Santé Publique France et l'Institut National du Cancer à ce propos, a ainsi conduit récemment à revoir les repères de consommation à moindre risque : 10 verres standards par semaines au maximum, 2 verres par jour, tout en gardant des jours sans consommation, ce que résume la formule « pour votre santé, l'alcool c'est au maximum 2 verres par jours, et pas tous les jours ».

Au-delà de ces repères incitants chacun à s'interroger sur son rapport à l'alcool, rappelons que toute consommation, même occasionnelle, durant la grossesse expose le fœtus à de graves altérations de son développement cérébral, à des déficiences intellectuelles. Rappelons également la vulnérabilité particulière de nos séniors, et des adolescents, dont le cerveau poursuit une importante maturation bien au-delà de l'âge de la majorité.

La Normandie est une région souvent présentée comme particulièrement exposée aux conséquences des consommations d'alcool. De fait, la morbidité et la mortalité induites y sont depuis longtemps supérieure aux autres régions, et le restent aujourd'hui de près de 20 %. De même, le taux de passage aux urgences, en lien direct avec l'alcool, est élevé, en particulier pour les hommes.

Si le nombre de normands consommateurs quotidiens d'alcool, parmi les 18-75 ans, diminue depuis une vingtaine d'année, et est aujourd'hui moins élevé que la moyenne nationale, et si la pratique des alcoolisations ponctuelles importantes (six verres ou plus en une occasion) est dans la moyenne des autres régions, la Normandie se distingue par une plus grande consommation d'alcool fort, ainsi que par un niveau plus élevé de consommation chez les jeunes de 17 ans.

Au-delà de ces constats globaux, une lecture plus détaillée des résultats confirme une hétérogénéité ancienne entre les territoires de Normandie orientale et occidentale, mais également entre les sexes.

Bref, même à l'échelle régionale, l'appréhension des liens entre l'alcool et la population est un exercice complexe qui recouvre de multiples réalités. Quoi qu'il en soit, ces résultats nous incitent à poursuivre les efforts visant à réduire les effets négatifs de l'alcool. N'hésitons pas à mobiliser nos ressources dans ce but, soyons créatif, cherchons des voies adaptées au plus près de chaque situation, en nous appuyant sur la voie d'une synthèse raisonnable, vers des consommations à moindre risques préservant plaisir et convivialité.

POINTS CLÉS

- En 2017, **7,9 %** des adultes de **18 à 75 ans** consommaient **quotidiennement de l'alcool** (prévalence significativement moins élevée que la moyenne nationale) et **16,2 %** consommaient **6 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois** (comparables à la prévalence moyenne nationale). Ces prévalences de consommation étaient **plus élevées chez les hommes** que chez les femmes. La consommation hebdomadaire d'alcool fort était plus élevée en Normandie qu'en moyenne dans les autres régions.
- **35,9 %** des adultes de **18 à 30 ans** consommaient **de l'alcool de manière hebdomadaire**, et **9,7 %** étaient des **alcoolisations ponctuelles importantes** (6 verres ou plus en une seule occasion) ; ces prévalences ne différaient pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.
- Parmi les **jeunes de 17 ans** : **87,8 %** avaient déjà consommé de l'alcool **au moins une fois dans leur vie** ; **10,6 %** consommaient **régulièrement** de l'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois) ; **19,1 %** en consommaient **6 verres ou plus en une seule occasion** au moins 3 fois par mois. Ces prévalences chez les jeunes de 17 ans en Normandie étaient significativement **supérieures aux moyennes nationales**.
- En 2017, **11 422 passages aux urgences** étaient en lien direct avec l'alcool, soit en moyenne **31 passages quotidiens** ce qui représentait **1,45 %** des passages aux urgences toutes causes confondues. L'intoxication éthylique aiguë était la pathologie la plus représentée, suivie par le syndrome de sevrage. Le taux de passage était **plus élevé chez les hommes** (2,11 %) que chez les femmes (0,72 %) et était le **plus élevé chez les 46-60 ans**.
- Les taux **d'incidence et de mortalité des cancers associés à l'alcool** (lèvres-bouche-pharynx, œsophage et larynx) étaient **plus élevés chez les hommes** et **supérieur à la moyenne nationale** (hors larynx). Ces différents taux étaient variables d'un département à l'autre de la région.
- Le taux de **mortalité cumulée** associée aux principales pathologies liées à la consommation d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme) était de 14,7 pour 100 000 habitants chez les femmes et de 62,4 chez les hommes. Ces taux étaient **supérieurs à ceux des autres régions**.

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** ».

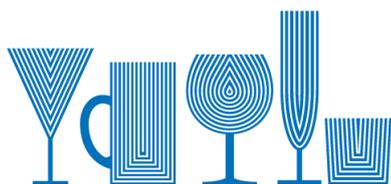
Références :

<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

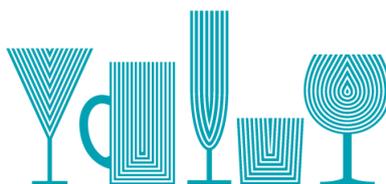


© 0 800 800 830
ALCOOL.INFO-SERVICE.FR



**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



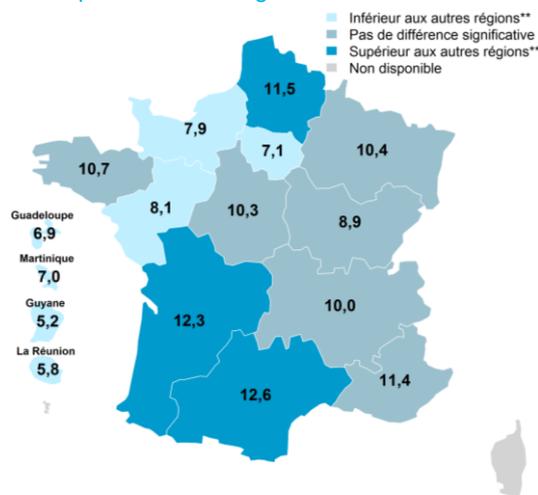
COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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



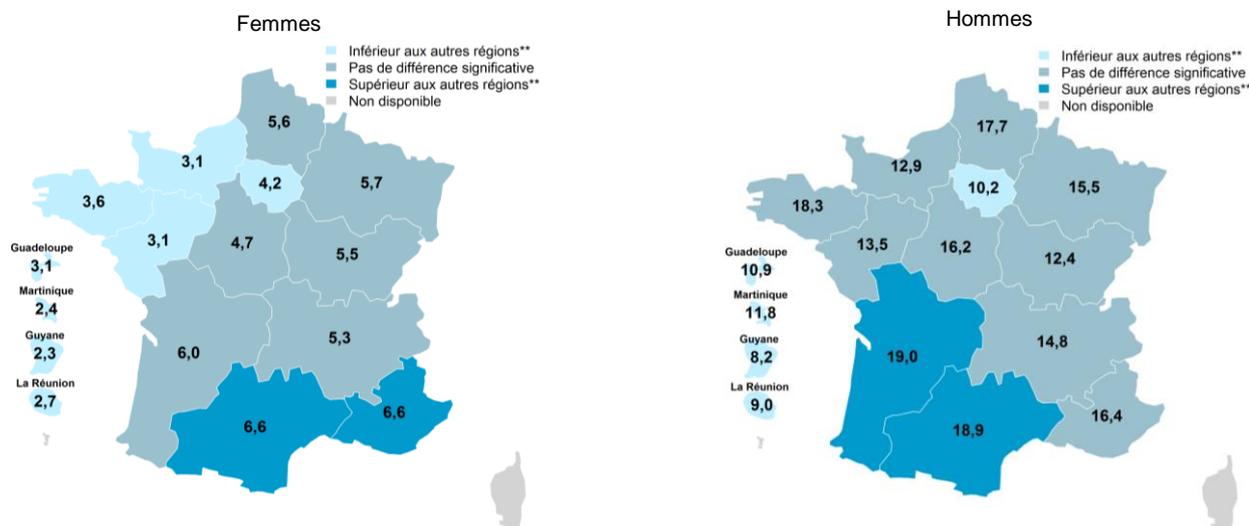
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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



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

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

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

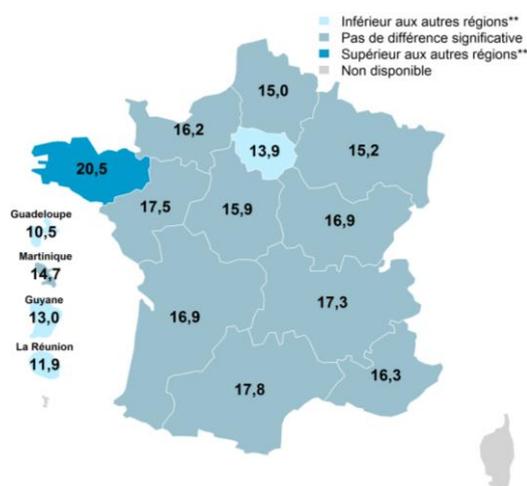
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et **Normandie**) à 6,6 % (Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes. En **Normandie**, la prévalence chez les hommes était de 12,9 %. 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 **Normandie (16,2 %)** 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 **Normandie**, ces prévalences étaient de **7,5 % chez les femmes et de 25,4 % chez les hommes**. Dans les DROM, elle variait selon les régions de 4,9 % (La Réunion) à 6,9 % (Guyane) chez les femmes et de 15,6 % (Guadeloupe) à 24,3 % (Martinique) chez les hommes.

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

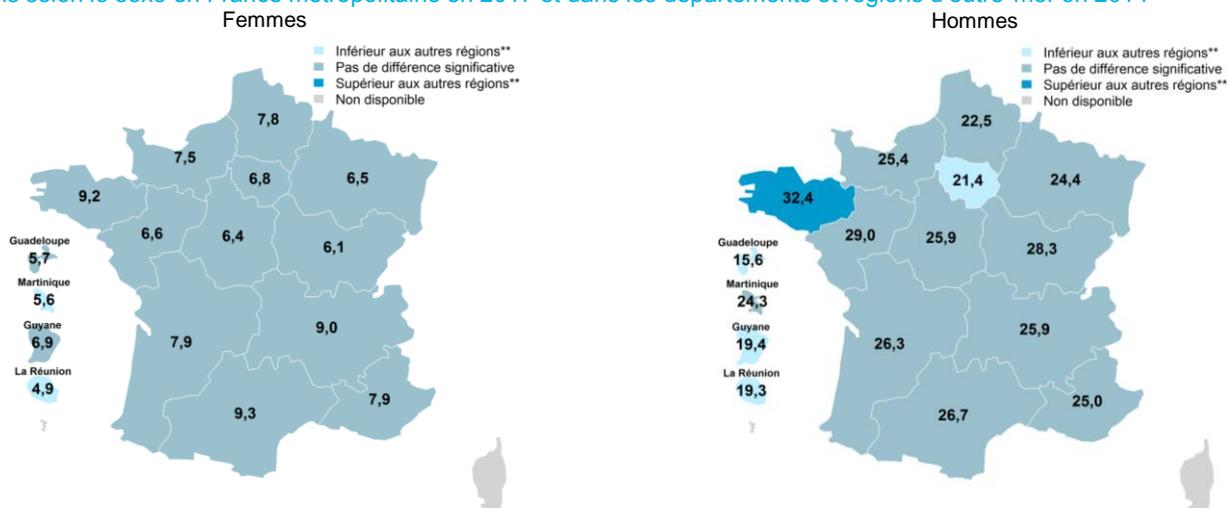


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour la bière, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 13,0 % en Île-de-France à 23,2 % en Bretagne. 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 prévalence en région **Normandie (16,5 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

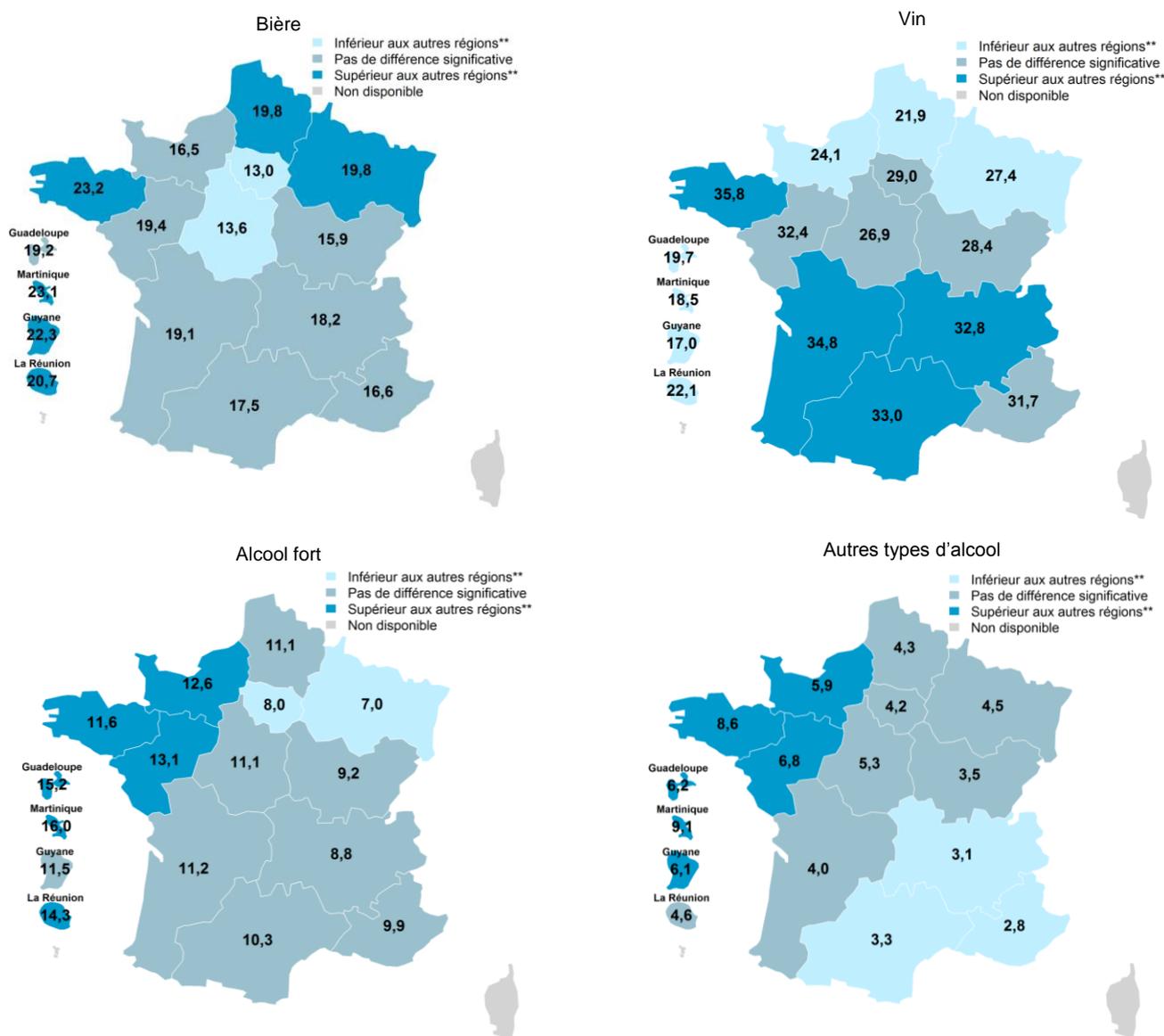
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine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

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

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

Figure 5 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation hebdomadaire de bière, vin, alcool fort et autres types d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



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

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

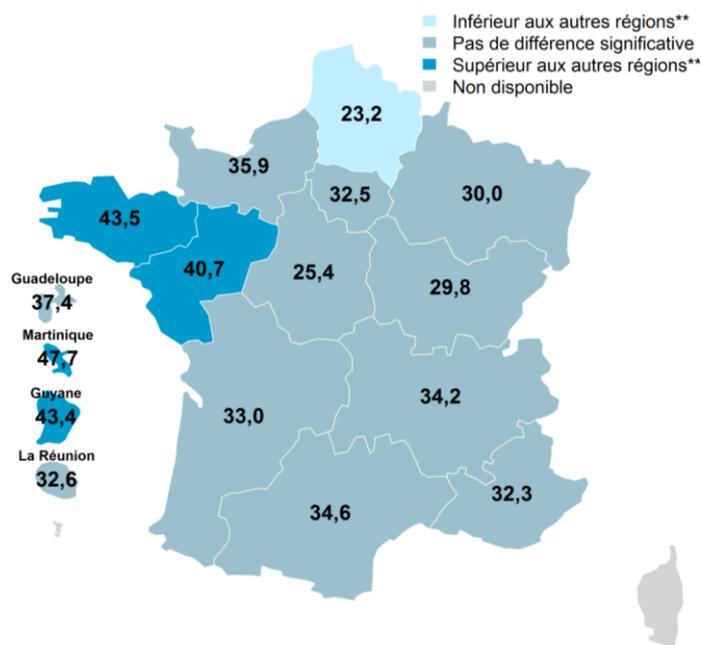
Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans s'élevait à 32,5 % pour la France métropolitaine et variait de 23,2 % à 43,5 % selon les régions de France métropolitaine (figure 6). Seuls les Hauts-de-France (23,2 %) présentaient une prévalence hebdomadaire significativement inférieure à la moyenne des autres régions de France métropolitaine tandis que les Pays de la Loire (40,7 %) et la Bretagne (43,5 %) se distinguaient par des prévalences significativement plus élevées. La région **Normandie (35,9 %)** 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.

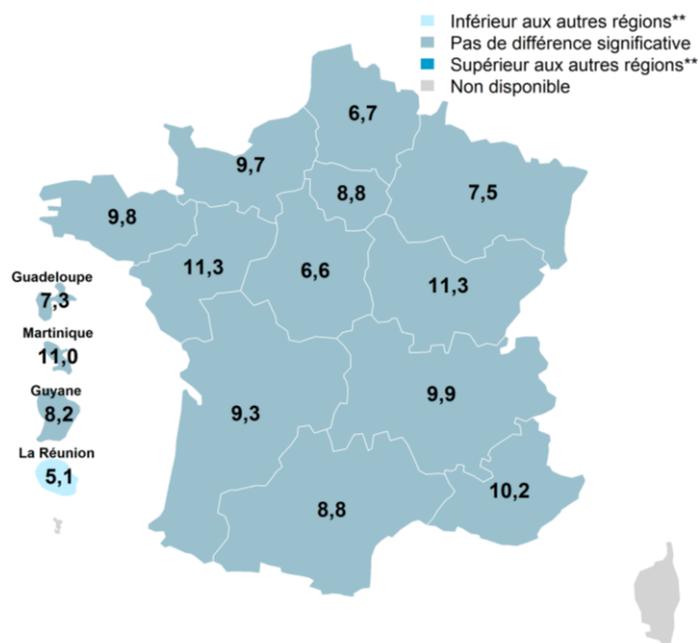
** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de 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 **9,7 %** en région **Normandie**. 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 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.

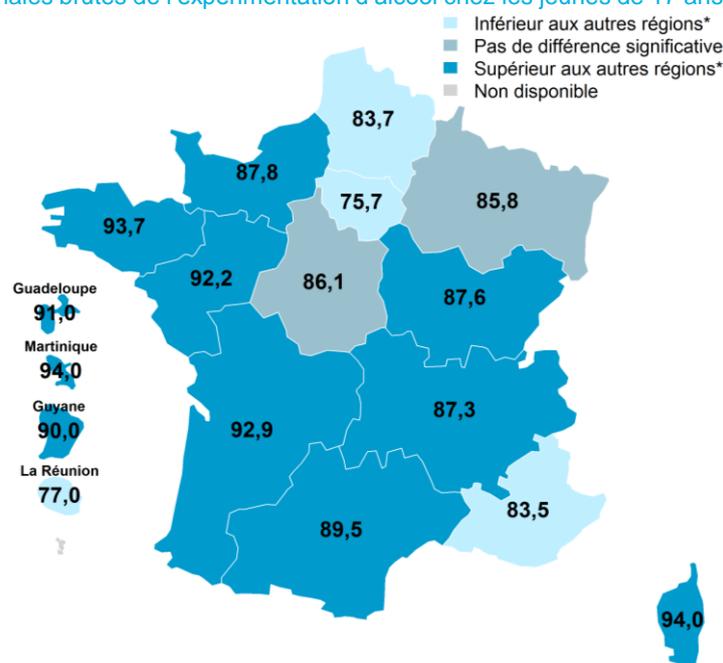
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

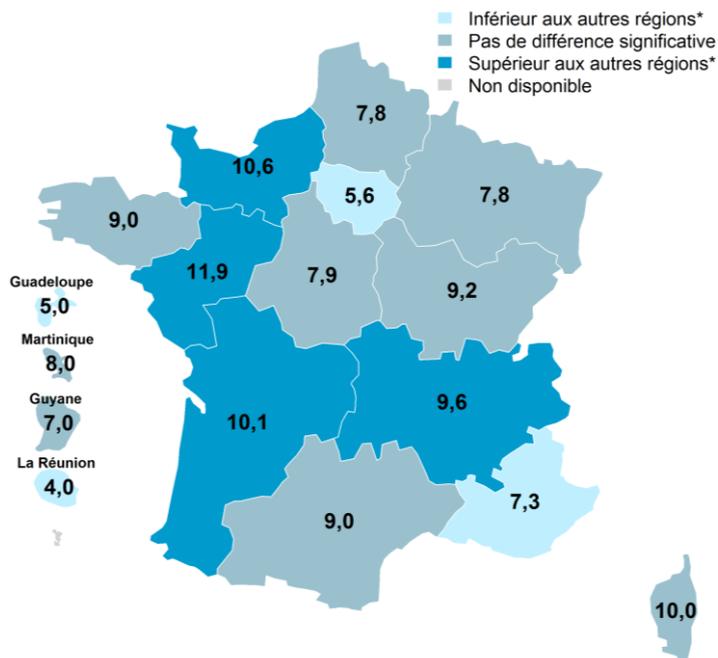


* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne de France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

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 de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

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

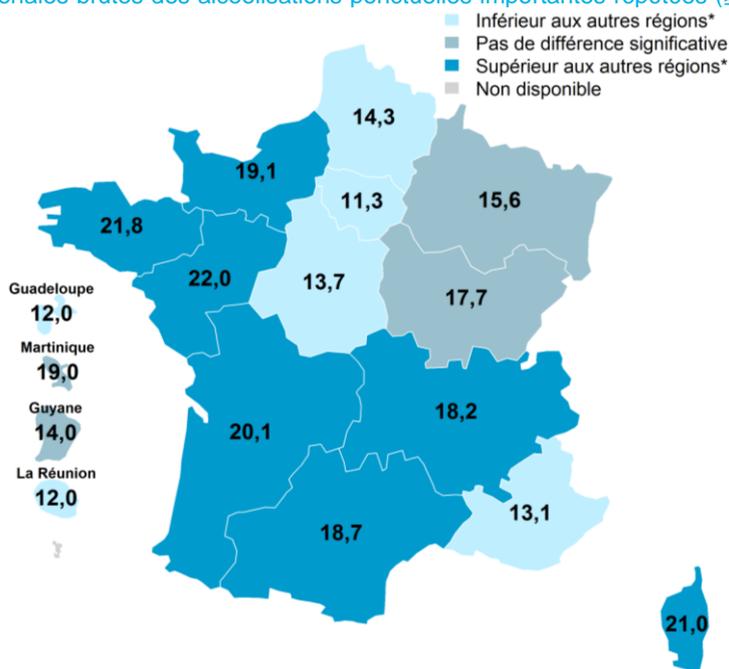


* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne de France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

Selon la même enquête, la prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes répétées (au moins 3 dans le mois) chez les jeunes de 17 ans variait de 11,3 % à 22,0 % selon les régions de France métropolitaine (figure 10), avec une moyenne de 16,4 % pour la France métropolitaine. Les régions Île-de-France (11,3 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13,1 %), Centre-Val de Loire (13,7 %) et Hauts-de-France (14,3 %) affichaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine. 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 DE NORMANDIE

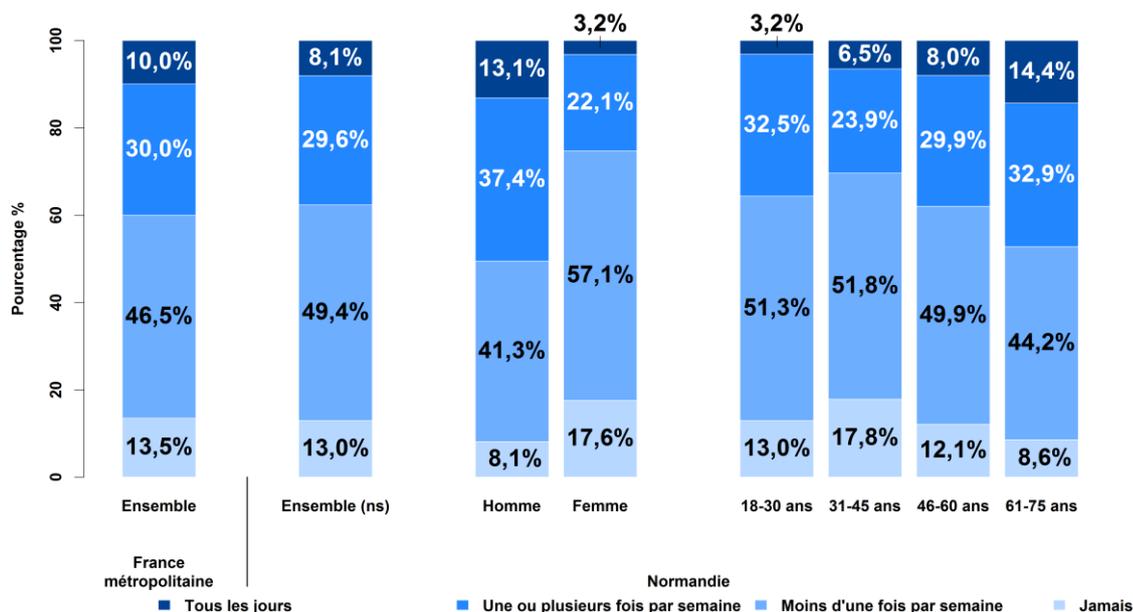
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2017, en Normandie, 37,7 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 8,1 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 % (différence non significative avec celles de la région ; figure 11).

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Normandie. Ainsi, 13,1 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 3,2 % des femmes. La consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les 61-75 ans (14,4 %) que chez les 18-30 ans (3,2 %) et 31-45 ans (6,5 %).

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



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

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

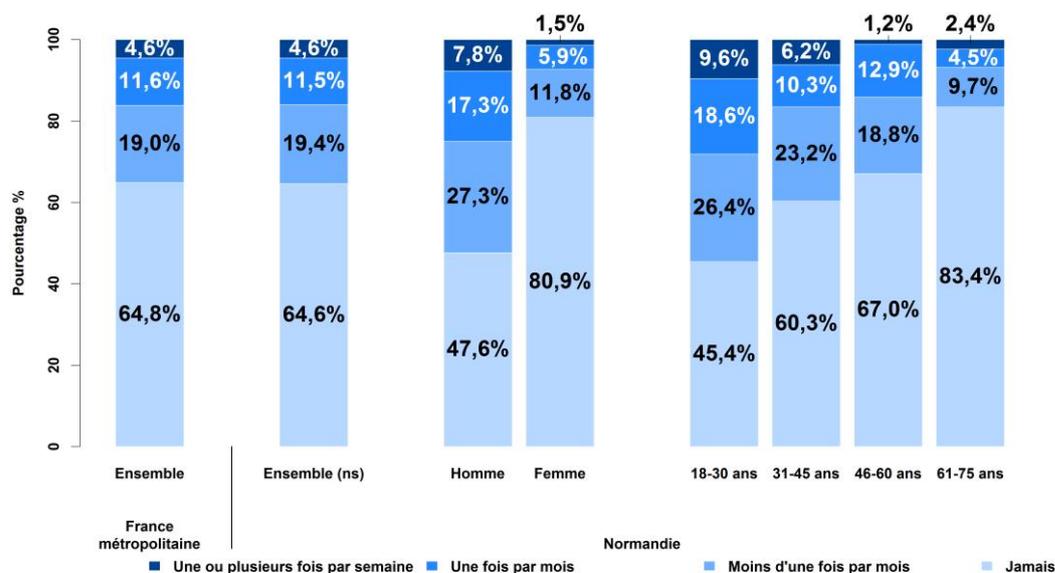
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017, en Normandie, 35,4 % 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 16,0 % au moins une fois par mois et 4,6 % 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 Normandie, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (52,4 % dont 25,0 % au moins une fois par mois et 7,8% au moins une fois par semaine) que chez les femmes (19,1 % dont 7,3 % au moins une fois par mois et 1,5 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (54,6 % dont 28,2 % au moins une fois par mois et 9,6 % 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 Normandie, et selon le sexe et l'âge pour la région Normandie, 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 Normandie, les niveaux de revenu et de diplôme n'étaient pas associés à la consommation quotidienne d'alcool, contrairement au sexe et à l'âge pour lesquels il y avait une association significative indépendamment des autres variables (tableau 2).

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

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=573)	13,1	5,0***	[3,1-8,0]
Femme (réf.) (n=790)	3,2	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	**		
18-30 ans (n=252)	3,2	0,1***	[0,0-0,3]
31-45 ans (n=343)	6,5	0,2***	[0,1-0,5]
46-60 ans (n=418)	8,0	0,4**	[0,3-0,7]
61-75 ans (réf.) (n=350)	14,4	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=418)	6,9	1,0	[0,5-1,8]
2e tercile (n=489)	8,3	0,8	[0,5-1,4]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=378)	10,8	1,0	
Refus/Nsp (n=78)	4,7	0,9	[0,4-2,4]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=608)	9,6	0,9	[0,5-1,6]
Bac (n=291)	4,6	0,6	[0,3-1,2]
Supérieur au Bac (réf.) (n=457)	7,8	1,0	

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

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

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

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

Les niveaux de revenu et de diplôme n'étaient également pas associés aux API mensuelles en 2017, en Normandie, 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 aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Normandie, 2017.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=572)	25,0	4,9***	[3,4-6,9]
Femme (réf.) (n=790)	7,3	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=251)	28,2	4,7***	[2,7-8,2]
31-45 ans (n=343)	16,6	2,5**	[1,4-4,4]
46-60 ans (n=418)	14,2	1,7*	[1,0-3,0]
61-75 ans (réf.) (n=350)	6,9	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=417)	16,6	1,2	[0,7-1,9]
2e tercile (n=489)	17,1	1,2	[0,8-1,8]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=378)	13,2	1,0	
Refus/Nsp (n=78)	16,3	1,2	[0,5-2,5]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=607)	15,8	1,2	[0,8-1,8]
Bac (n=291)	19,3	1,1	[0,7-1,8]
Supérieur au Bac (réf.) (n=457)	14,3	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.

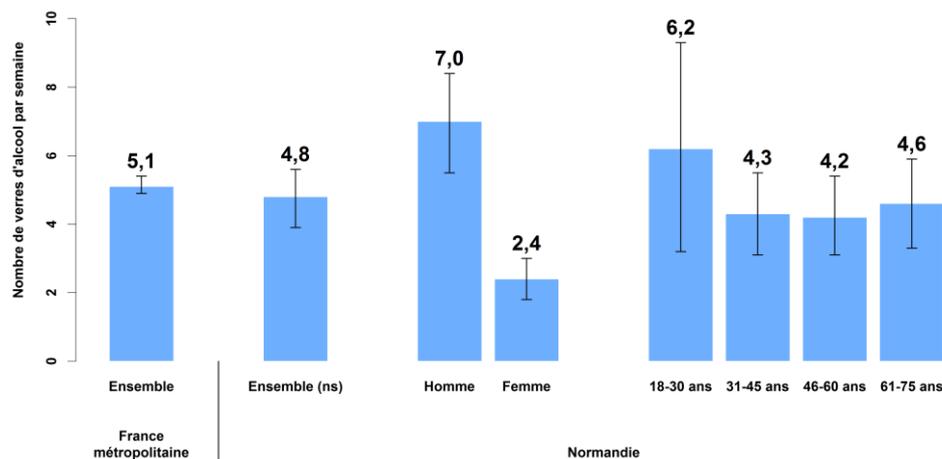
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Nombre de verres consommés

En 2017, en Normandie, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 4,8 [3,9-5,6] verres par semaine, ce qui n'était pas différent de la moyenne des autres régions métropolitaines. La moyenne métropolitaine était de 5,1 [4,9-5,4] verres par semaine (figure 13).

Le nombre moyen de verres consommés par semaine était significativement plus important parmi les hommes : 7,0 [5,5-8,4] contre 2,4 [1,8-3,0] parmi les femmes. Cet indicateur était plus élevé chez les 18-30 ans (6,2 [3,2-9,3] verres par semaine) et était un peu plus faible dans les autres classes d'âges.

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

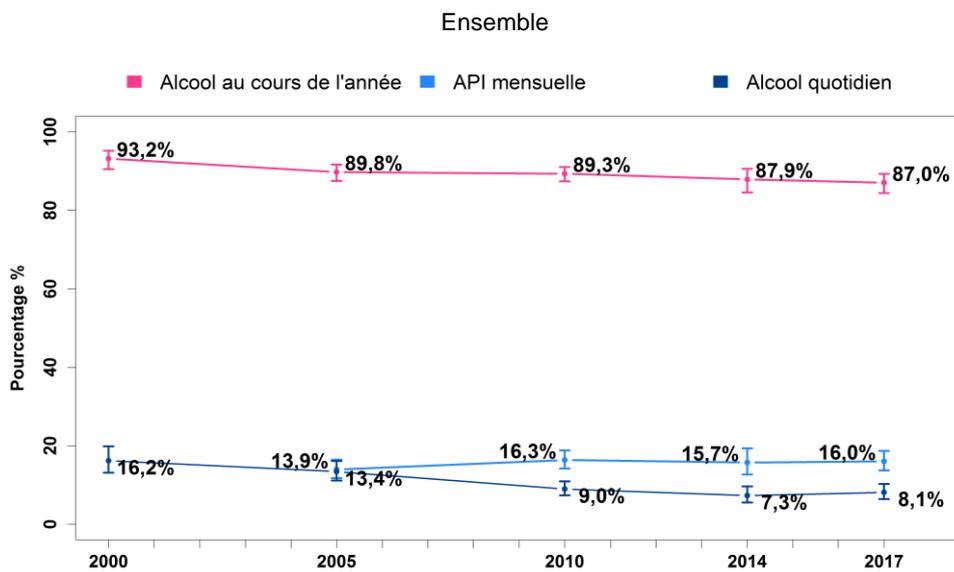
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Evolutions

En Normandie, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année a légèrement diminué depuis 2000 (de 93,2 % en 2000 à 87,0 % en 2017), cette diminution est plus marquée chez les femmes (de 91,7 % en 2000 à 82,4 % en 2017) que chez les hommes (de 94,7 % en 2000 à 91,9 % en 2017) (figure 14).

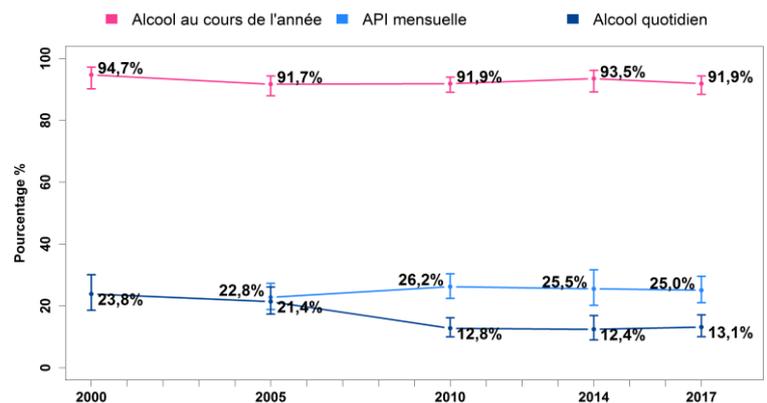
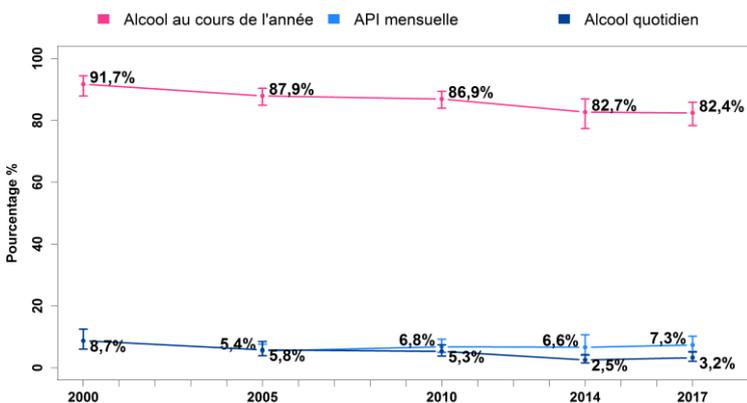
Après avoir augmenté de 13,9 % à 16,3 % entre 2005 et 2010, la prévalence des API mensuelles s'est ensuite stabilisée aux alentours de 16,0 %. La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, a diminué entre 2000 et 2014 (de 16,2 % à 7,3 %) et est désormais stable. Ces évolutions sont également retrouvées chez les hommes et chez les femmes pour ces deux indicateurs avec des tendances plus marquées chez les hommes.

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



Femmes

Hommes



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

Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014 et 2017 (Santé publique France et Inpes).

MORBIDITÉ AIGUË LIÉE À L'ALCOOL DANS LA RÉGION NORMANDIE

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.

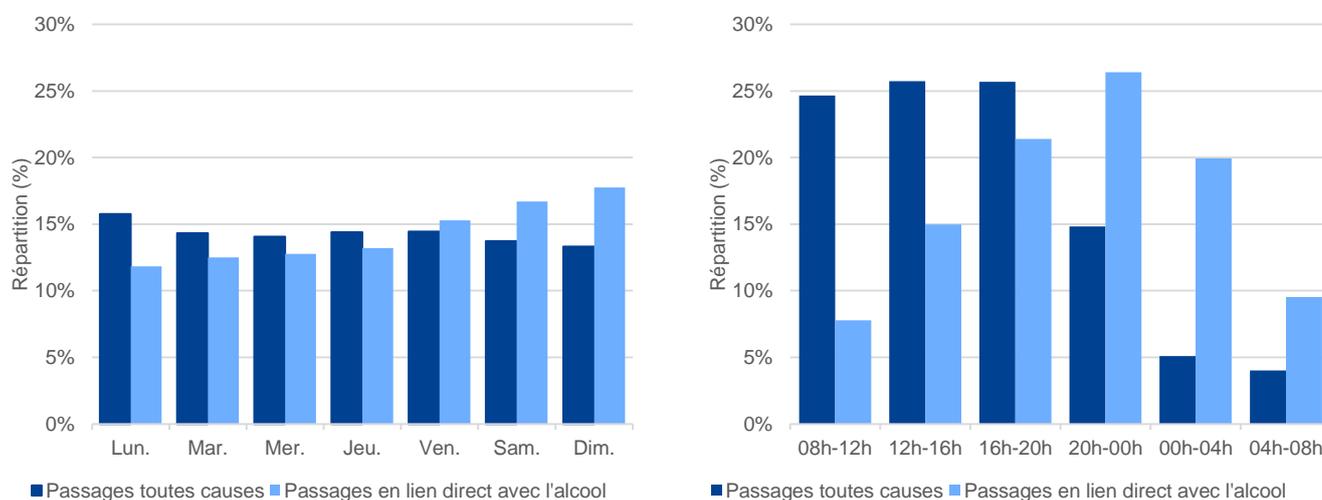
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 11 422 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 45 services d'urgence (SU) de la région Normande participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 31 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,45 % 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 Normandie 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 11,8 % et 13,2 % des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine. La moitié (49,7 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentrait du vendredi au dimanche. Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne 1,92 % 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 21,4 %, 26,4 % et 19,9 % des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 1,22 %, 2,53 % et 5,38 % 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 Normandie en 2017



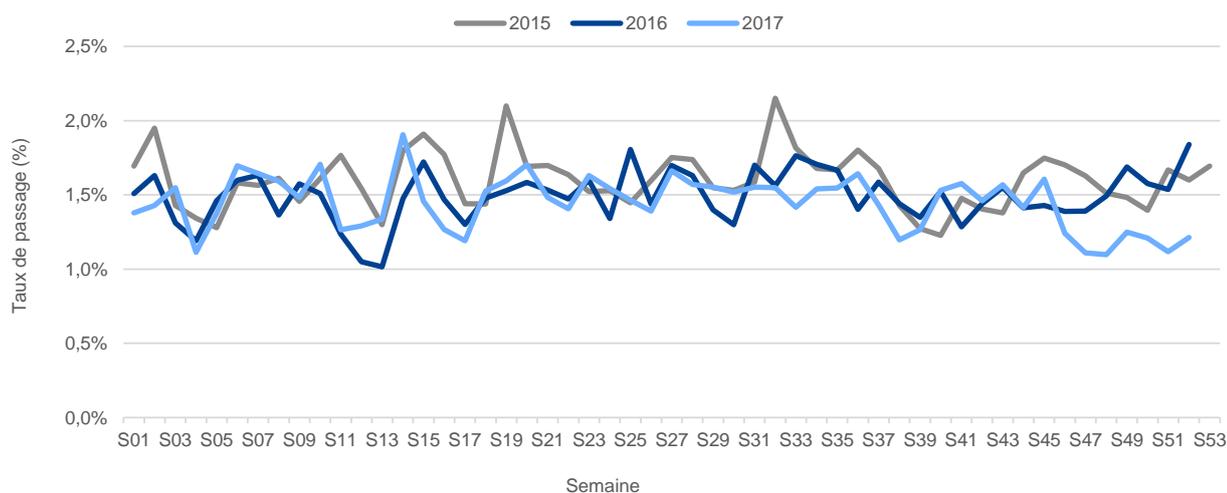
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 1,60 % en 2015 à 1,44 % 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 Normandie sur la période 2015-2017

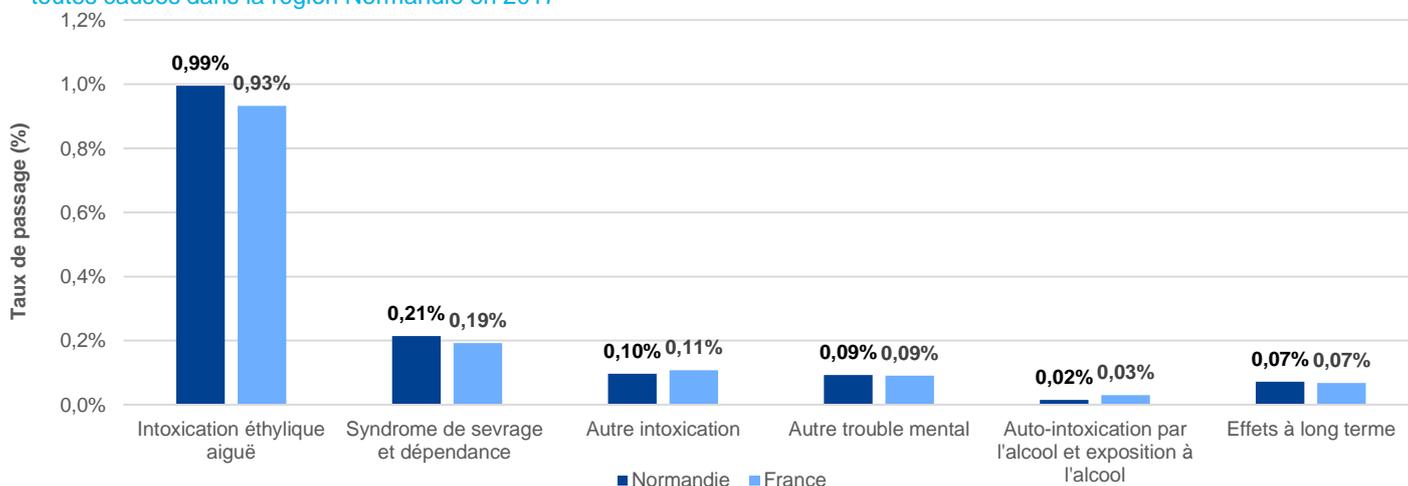


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 Normandie en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 0,99 % de l'ensemble des passages aux urgences et 68,6 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, auto-intoxication et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,02 % et 0,21 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies dans la région Normandie 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 Normandie en 2017



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

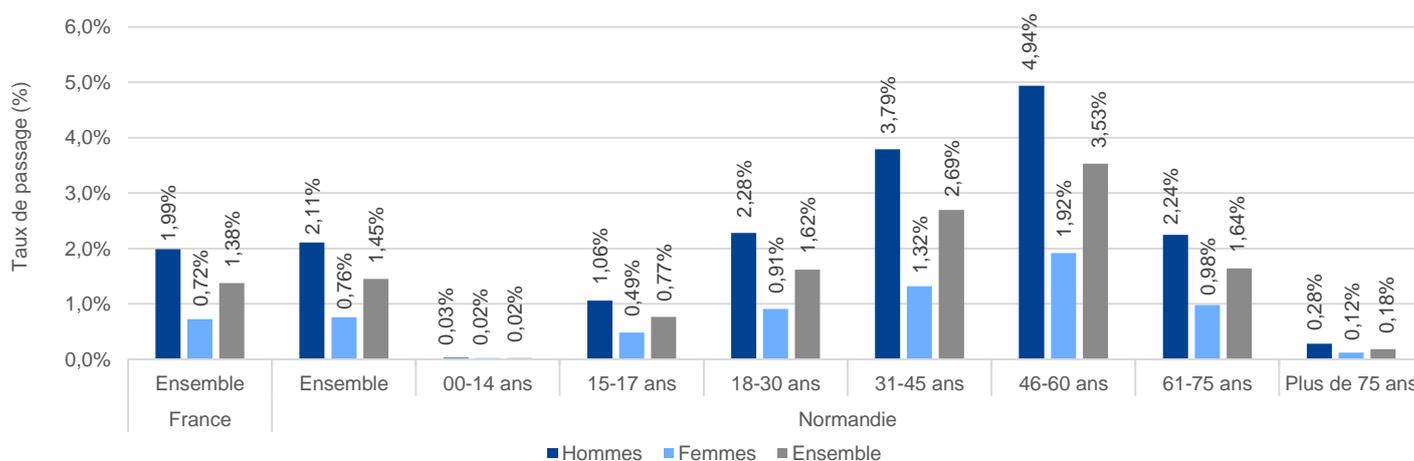
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en région Normandie comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (2,11 %) que chez les femmes (0,72 %) (figure 18).

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,03 % de l'activité). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (4,94 %) chez les 46-60 ans et diminuer ensuite jusqu'à atteindre 0,28 % chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires. Pour les moins de 14 ans, le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,02 %. Il augmentait ensuite progressivement avec l'âge, pour atteindre 1,92 % chez les 46-60 ans. Le taux diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,12 % 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 Normandie en 2017



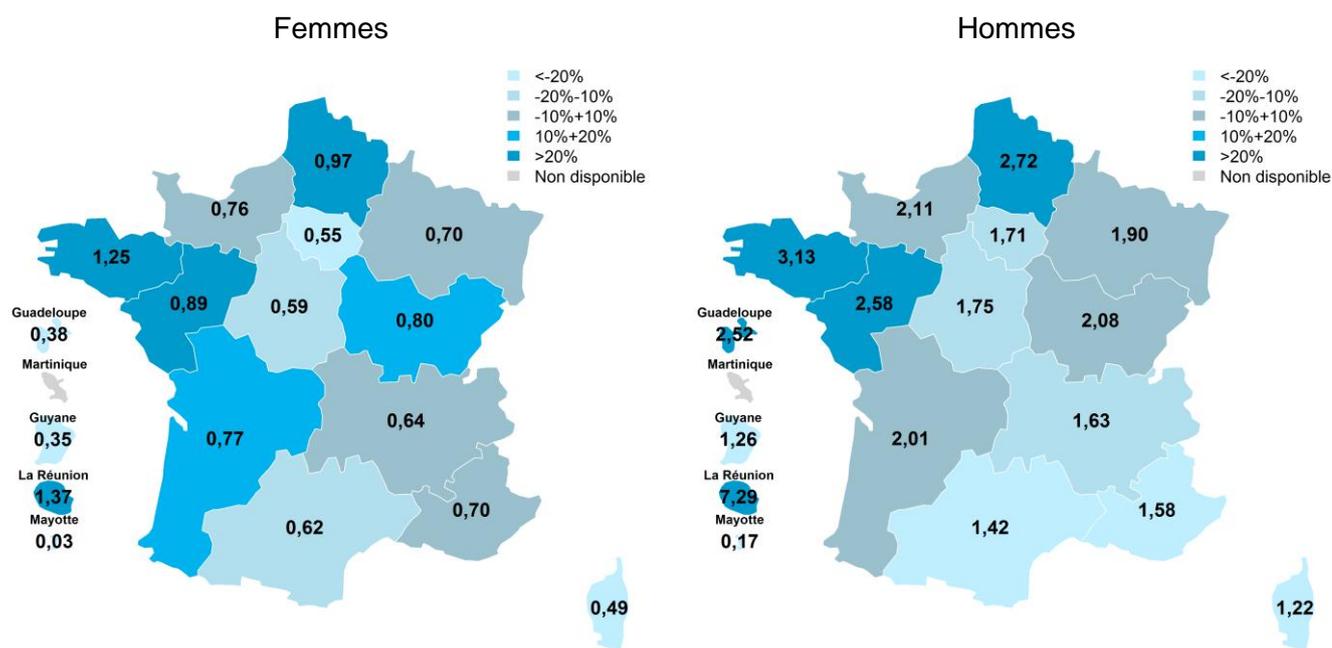
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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 **Normandie**, le taux de passage aux urgences (0,76 %) était proche du taux national.

Chez les hommes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 1,99 % (figure 19). À Mayotte (0,17 %), à Saint-Barthélemy (0,94 %), à Saint-Martin (1,07 %), en Corse (1,22 %), en Guyane (1,26 %), en Occitanie (1,42 %) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,58 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. Tandis qu'en Guadeloupe (2,52 %), dans les Pays de la Loire (2,58 %), en Hauts-de-France (2,72 %), en Bretagne (3,13 %) et à La Réunion (7,29 %), les taux régionaux étaient supérieurs de plus de 20 % à celui du national. En région **Normandie**, le taux de passage aux urgences (2,11 %) 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

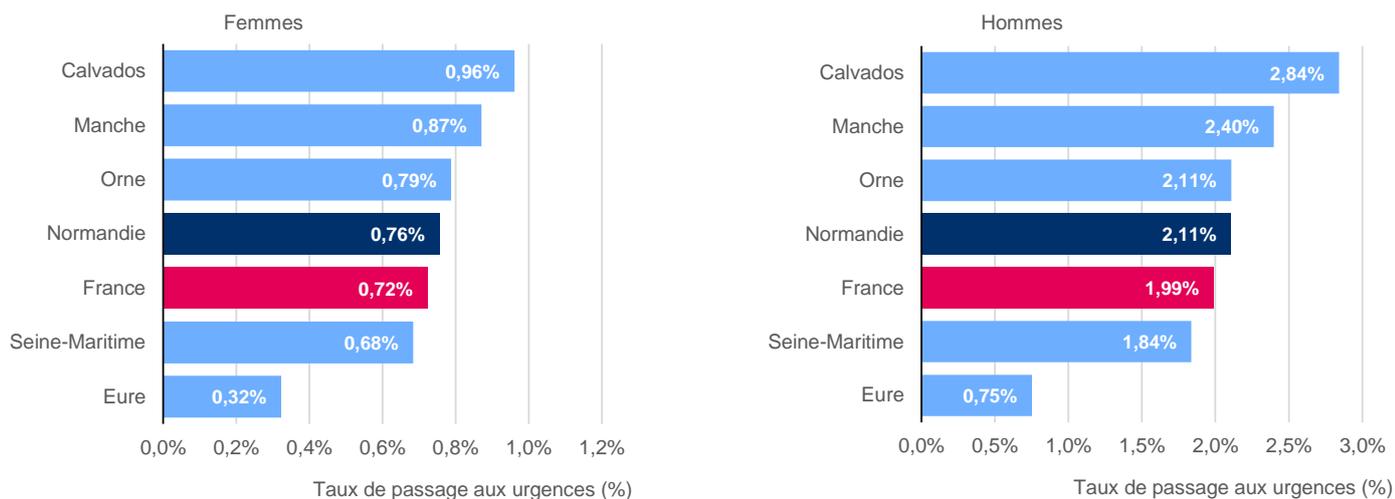


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017 dans la région **Normandie**, 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 de Seine-Maritime (0,68 %) et de l'Eure (0,32 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 10 % supérieur au taux régional dans les départements de la Manche (0,87%) et du Calvados (0,86%).

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 de Seine-Maritime (1,84 %) et L'Eure (0,75 %) (figure 20). Ce taux était plus de 10 % supérieur au taux régional dans le Calvados (2,84 %) et dans la Manche (2,84 %).

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



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 NORMANDIE

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

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

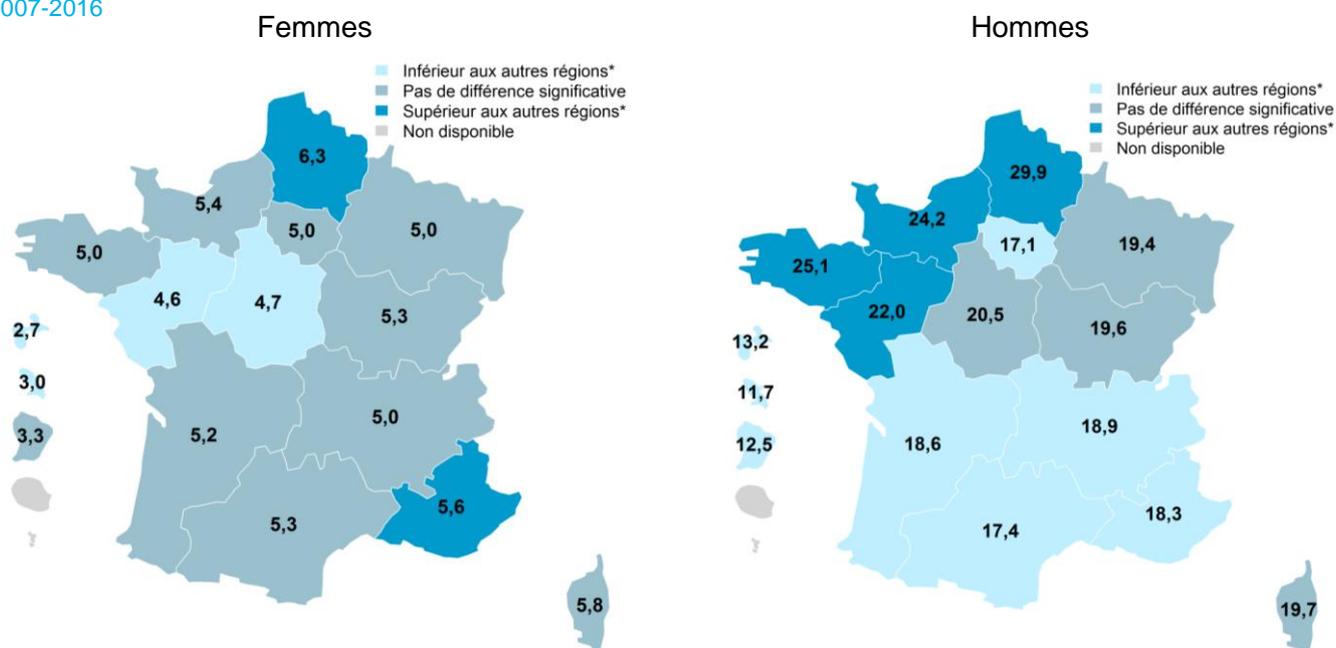
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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

Chez les femmes (figure 21), la Guadeloupe (2,7 pour 100 000 personnes-années), la Martinique (3,0), les Pays de la Loire (4,6) et Centre-Val de Loire (4,7) présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,6) et Hauts-de-France (6,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. La région **Normandie (5,4 [5,1-5,8])** 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 [23,3-25,2])**, 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 %.

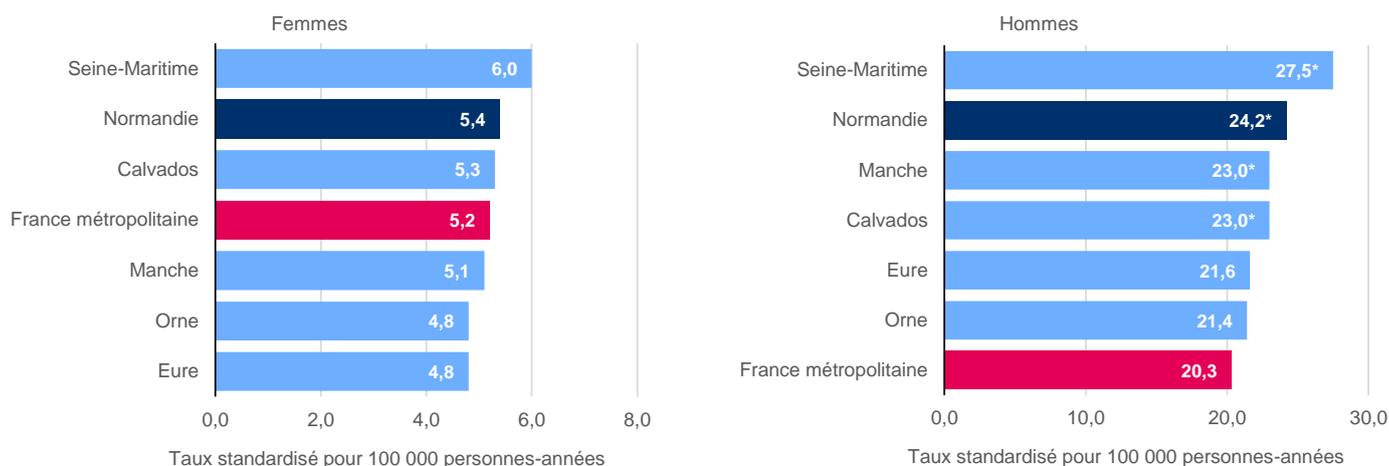
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 de Normandie (figure 22), les taux départementaux standardisés d'incidence variaient chez les femmes de 4,8 [3,9-5,9] pour 100 000 personnes-années dans l'Orne à 6,0 [5,5-6,6] dans la Seine-Maritime. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 21,4 [19,2-23,9] pour 100 000 personnes-années dans l'Orne à 27,5 [25,8-29,3] dans la Seine-Maritime. Les départements de la Seine-Maritime, du Calvados et de la Manche présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne nationale. 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 de Normandie,



^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).

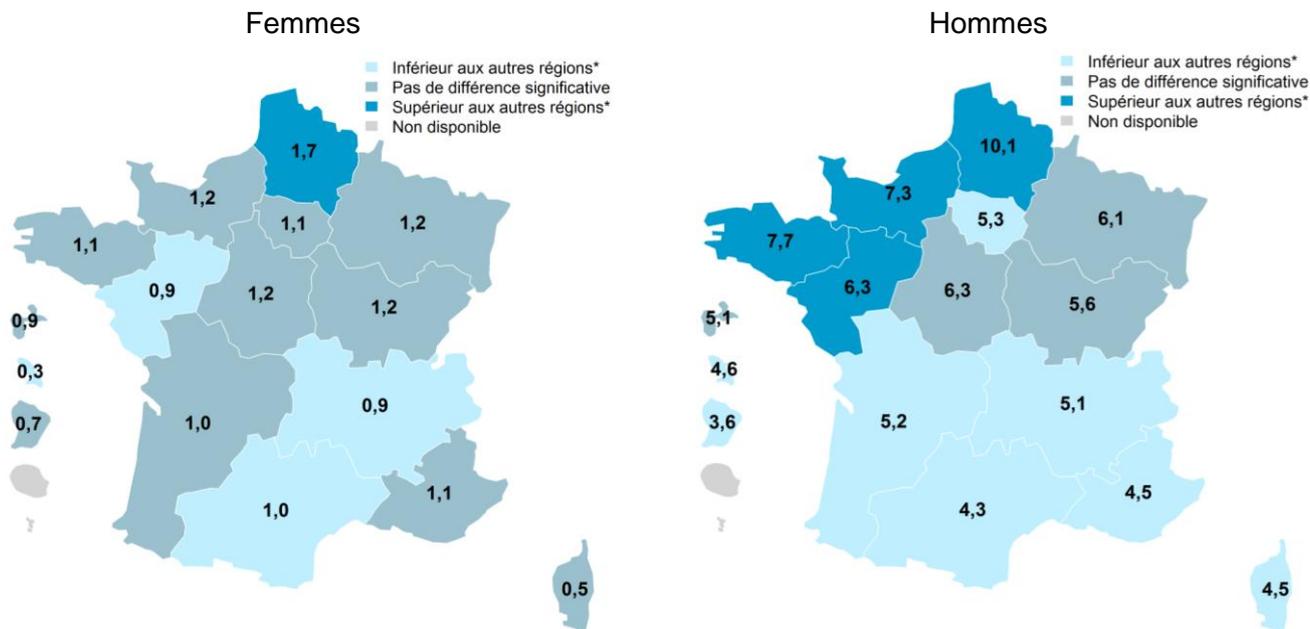
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

• 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 **Normandie (1,2 [1,1-1,4])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 23 : Taux régionaux standardisés^a de mortalité par cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 2007-2014



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

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

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

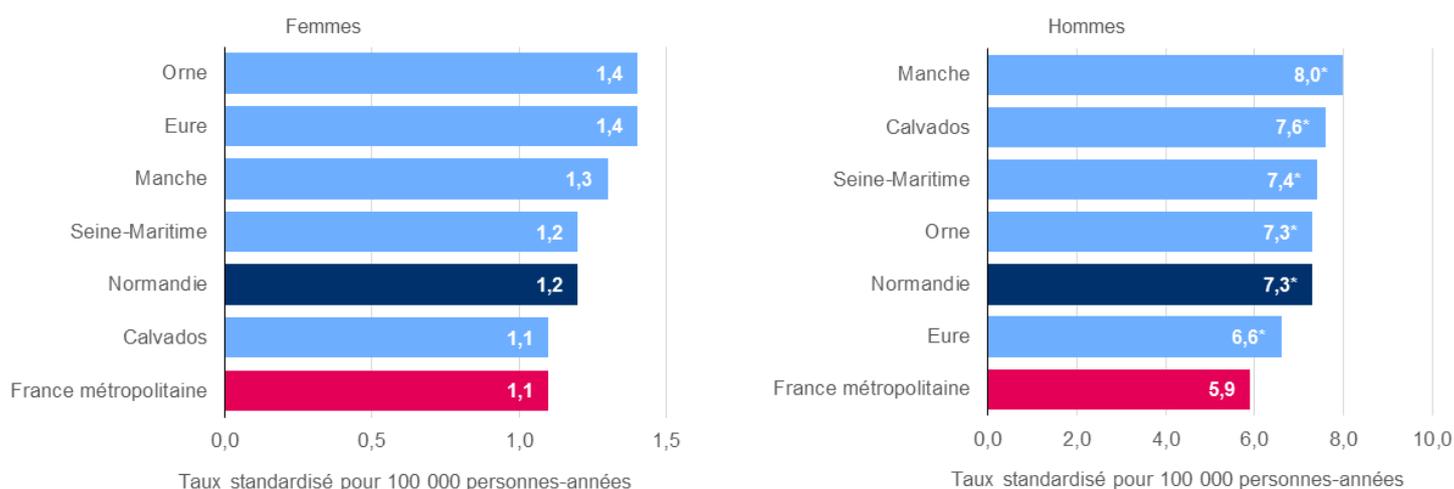
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

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

Au sein de la région Normandie (figure 24), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes, variaient de 1,1 [0,8-1,6] dans le Calvados à 1,4 [0,9-2,3] dans l'Orne. Aucun taux de mortalité départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 7,3 [0,1-8,8] dans l'Orne à 8,0 [7,0-9,2] dans la Manche. Tous les départements étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine.

Figure 24 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 2007-2014 dans la région Normandie



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

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

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

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

Le cancer de l'œsophage

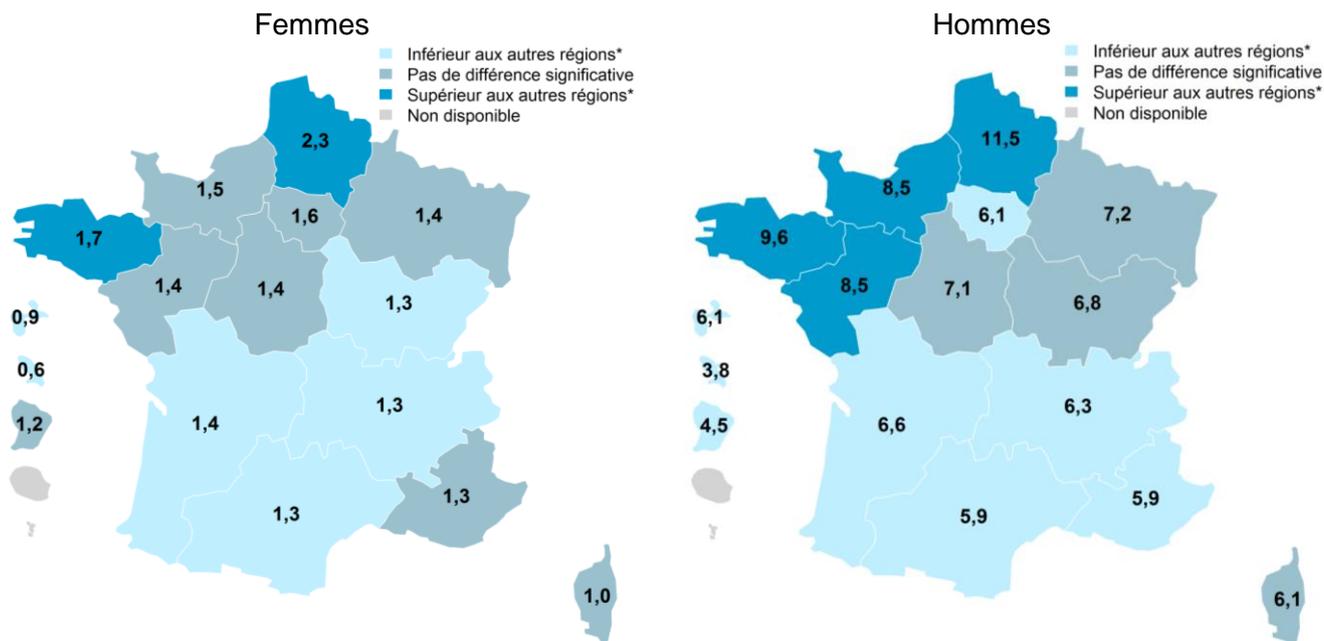
• Incidence du cancer de l'œsophage

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

Chez les femmes (figure 25), six régions présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,6 pour 100 000 personnes-années), la Guadeloupe (0,9), Auvergne-Rhône-Alpes (1,3), l'Occitanie (1,3), la Bourgogne-Franche-Comté (1,3) et la Nouvelle-Aquitaine (1,4). Les régions Bretagne (1,7) et Hauts-de-France (2,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine. La région **Normandie (1,5 [1,3-1,7])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 25), huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (3,8 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (4,5), Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,9), l'Occitanie (5,9), l'Île-de-France (6,1), la Guadeloupe (6,1), Auvergne-Rhône-Alpes (6,3) et la Nouvelle-Aquitaine (6,6). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : la **Normandie (8,5 [7,8-9,2])**, 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

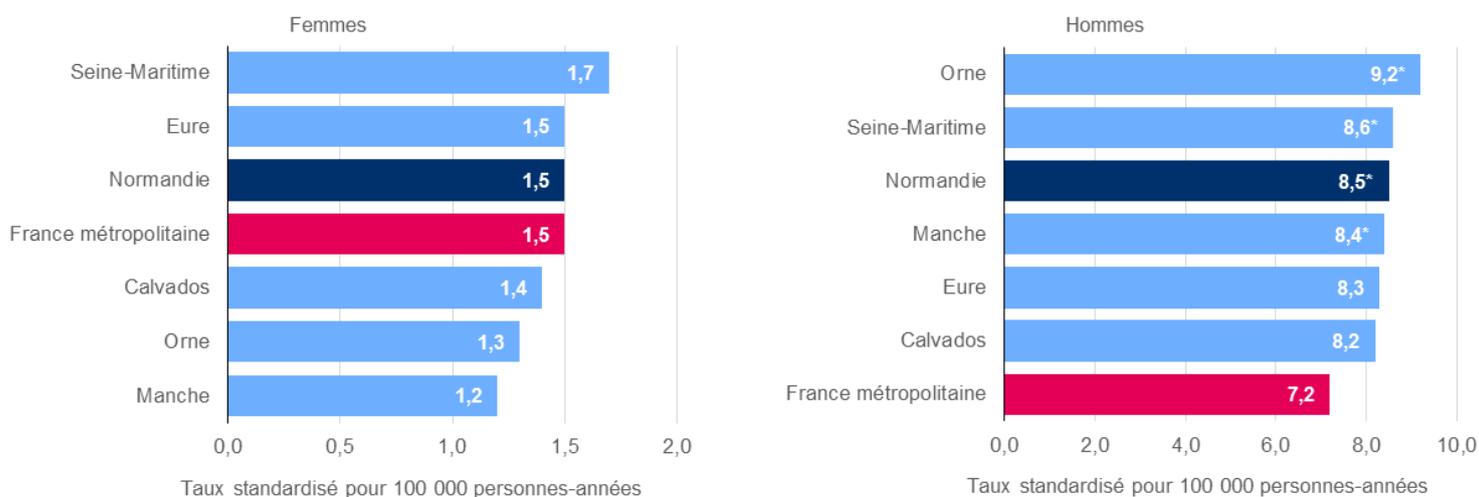


^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.
 * Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).
 Source : 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 Normandie (figure 26), les taux départementaux standardisés d'incidence chez les femmes variaient de 1,2 [0,9-1,7] dans la Manche à 1,7 [1,4-2,1] pour 100 000 personnes-années dans la Seine-Maritime. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 8,2 [7,0-9,6] dans le Calvados à 9,2 [7,6-11,1] pour 100 000 personnes-années dans l'Orne. Les départements de la Manche, l'Orne et la Seine-Maritime avaient un taux départemental significativement plus élevé que 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 Normandie



^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).

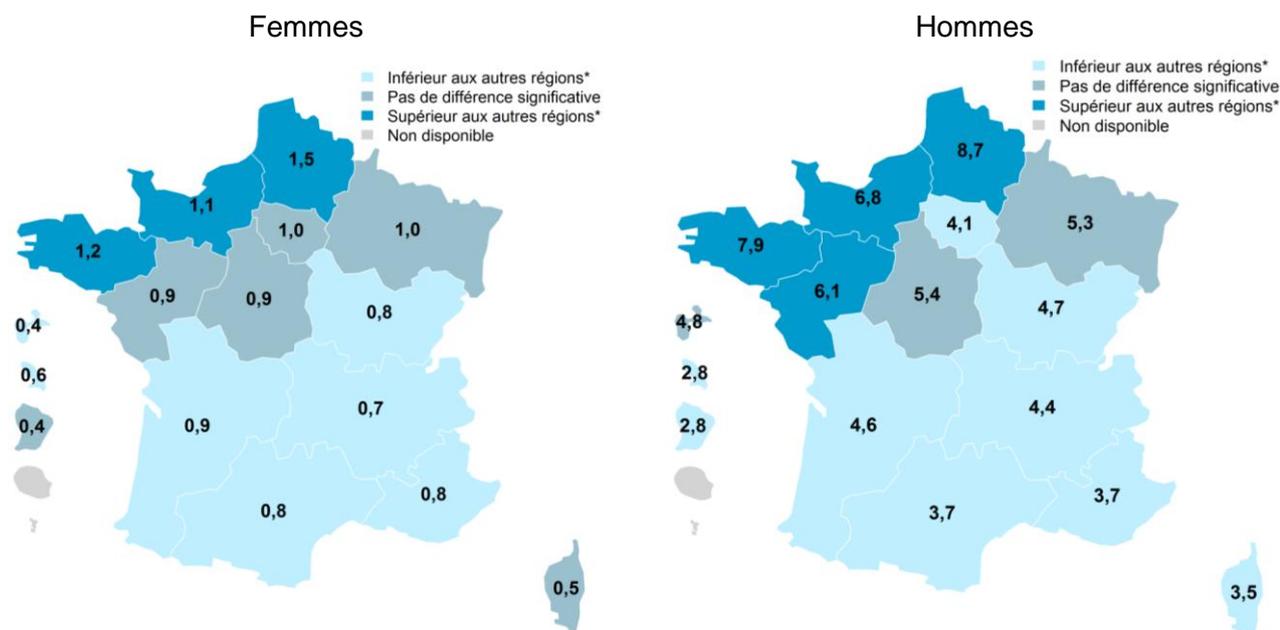
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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 [1,0-1,3])**, 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 Bretagne (7,9) et les Hauts-de-France (8,7), la **Normandie (6,8 [6,5-7,2])**.

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 %.

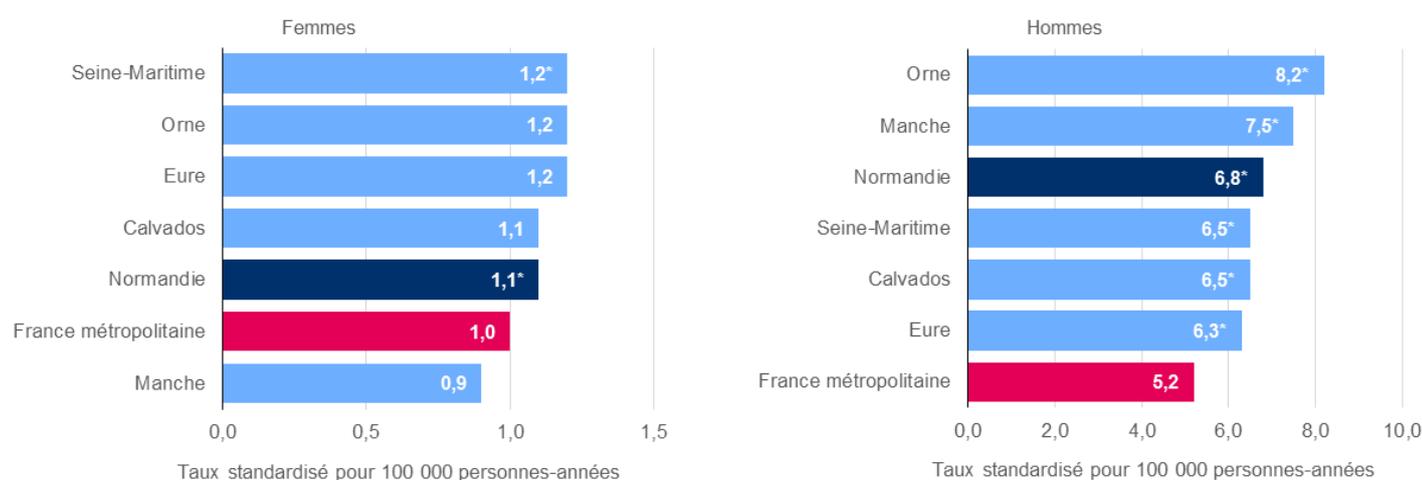
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 Normandie (figure 28), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient de 0,9 [0,7-1,5] dans la Manche à 1,2 [1,0-1,5] pour 100 000 personnes-années en Seine-Maritime. Le département de Seine-Maritime présentait un taux de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 6,3 [5,5-7,2] dans l'Eure à 8,2 [7,0-9,7] pour 100 000 personnes-années dans l'Orne. Tous les départements de la région présentaient un taux significativement supérieur à celui de la moyenne de France métropolitaine.

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



^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.

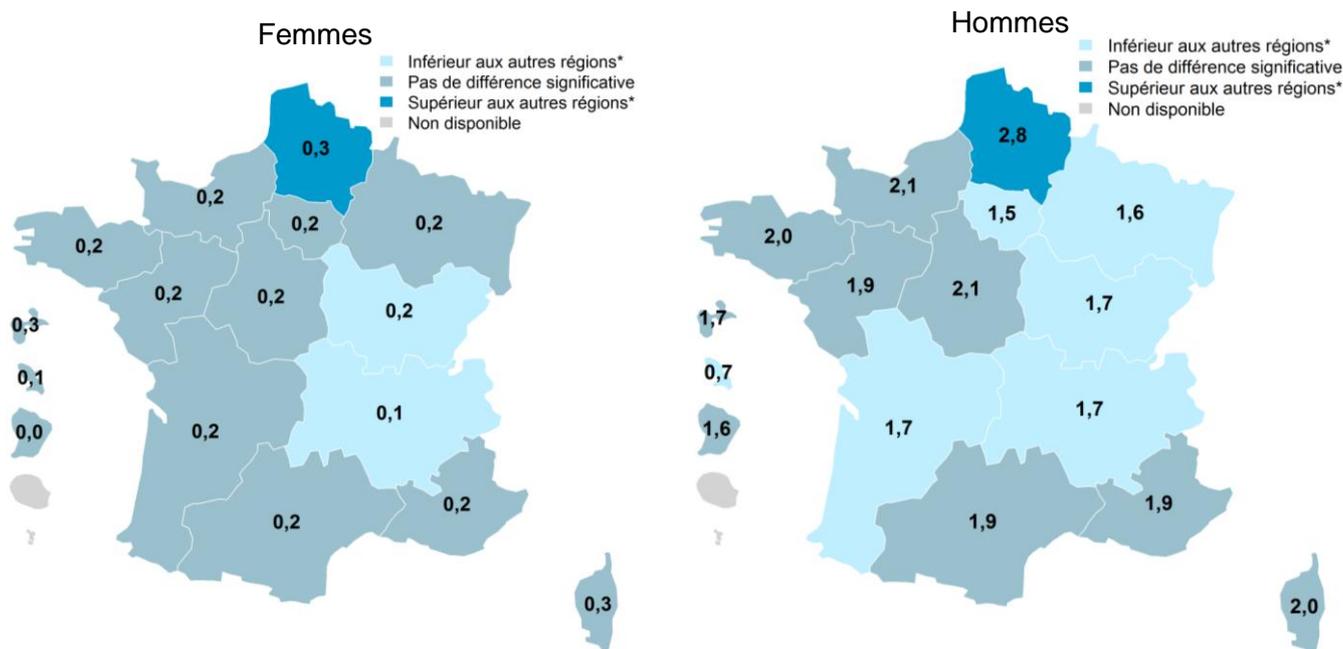
Chez les femmes (figure 29), les régions Auvergne-Rhône-Alpes (0,1 pour 100 000 personnes-années) et Bourgogne-Franche-Comté (0,2) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine, tandis que ce taux était significativement supérieur dans les Hauts-de-France (0,3). La région **Normandie (0,2 [0,1-0,3])** 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. La région **Normandie (2,1 [1,9-2,3])** pour 100 000 personnes-années) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Au sein de la région Normandie (figure 30), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient selon les départements de 0,10 [0,02-0,9] dans l'Eure à 0,3 [0,2-0,5] pour 100 000 personnes-années dans la Seine-Maritime. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

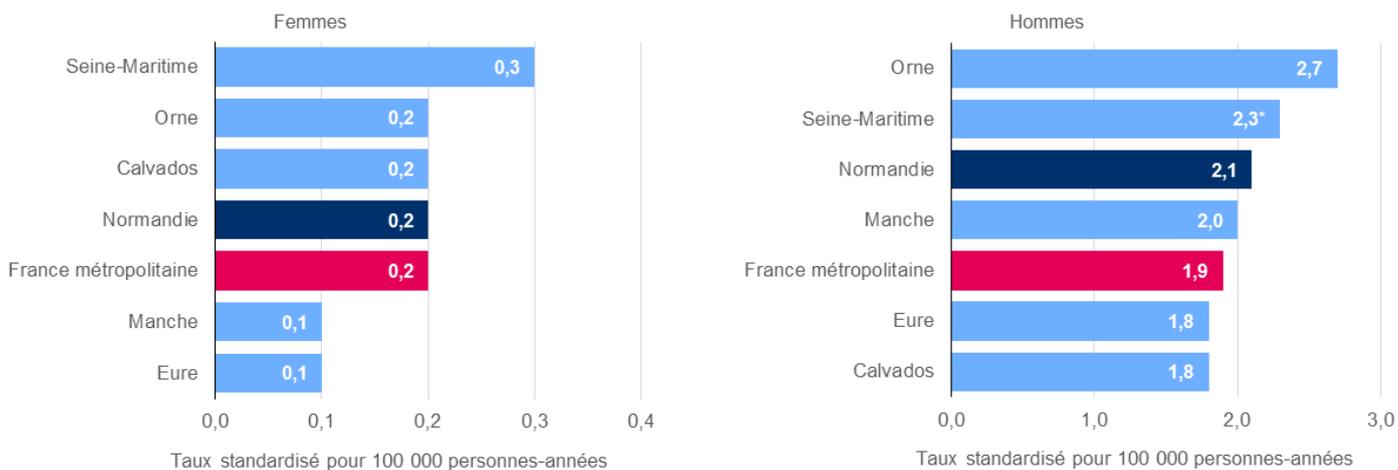
Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 1,8 [1,4-2,3] dans le Calvados à 2,7 [2,0-3,7] pour 100 000 personnes-années dans l'Orne. Le département de Seine-Maritime (2,3 [1,9;2,7]) présentait un taux standardisé de mortalité significativement supérieur à la moyenne 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 Normandie



^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).

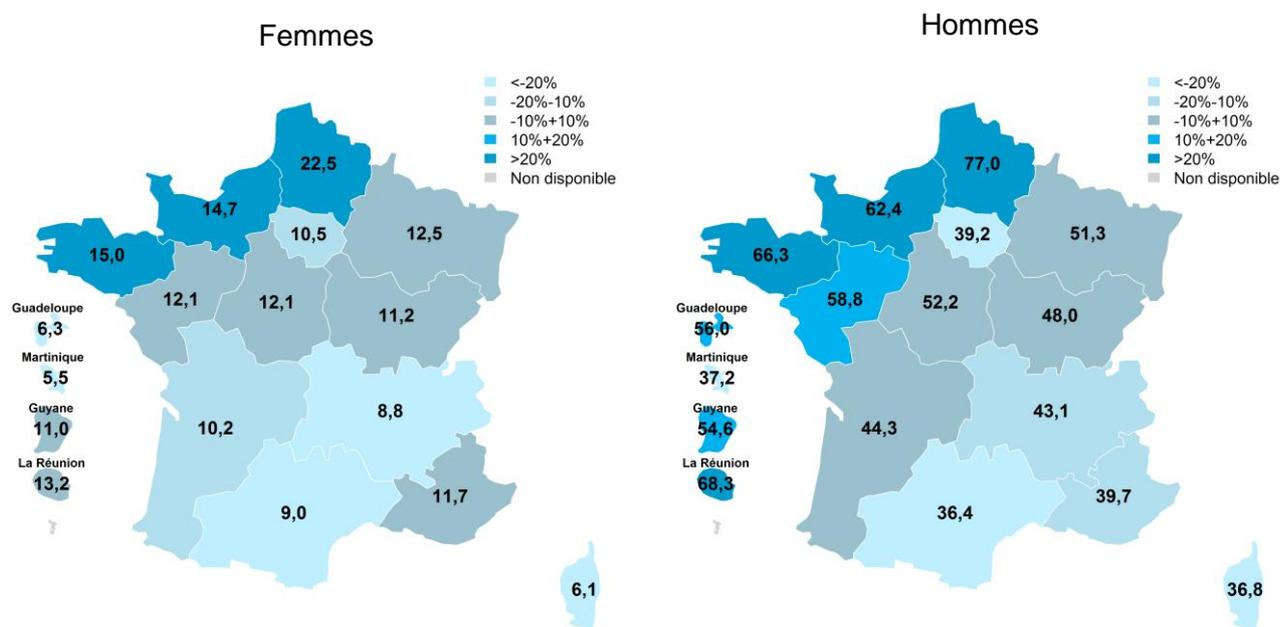
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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.

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.

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

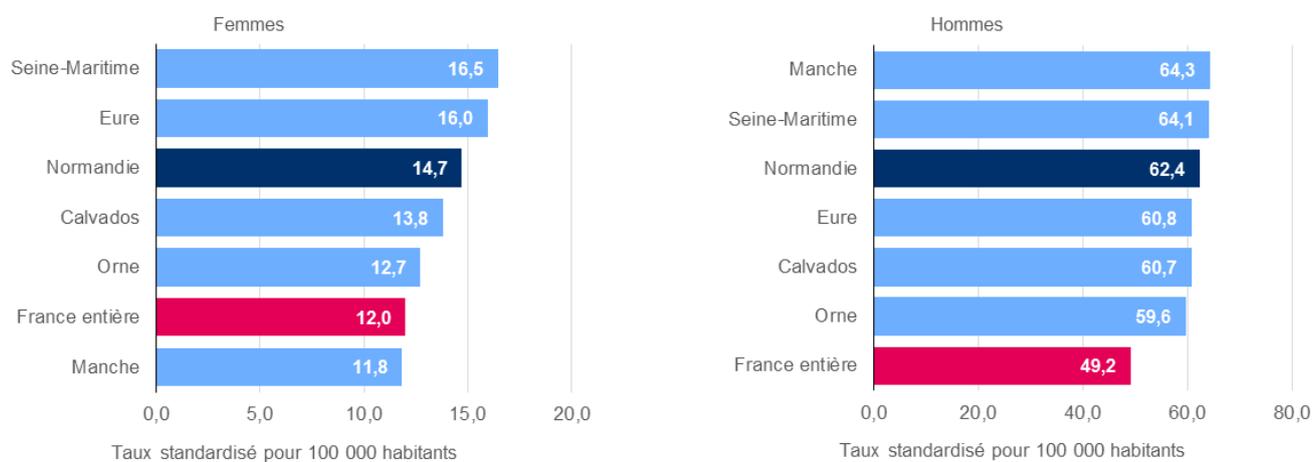


^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte).
 Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

En région Normandie, chez les femmes (figure 32), les taux standardisés de mortalité pour les principales pathologies directement liées à l'alcool variaient de 11,8 pour 100 000 habitants dans la Manche à 16,5 pour 100 000 habitants en Seine-Maritime. Dans le départements de la Seine-Maritime, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région, tandis que dans l'Orne et dans la Manche, 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 variaient de 59,6 pour 100 000 habitants dans l'Orne à 64,3 dans la Manche. Ce taux étaient proche du taux régional

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 Normandie



^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.

EXEMPLES D' ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LA RÉGION NORMANDIE

Développer la Réduction des risques alcool dans les structures d'hébergement : une démarche institutionnelle engagée par l'association Emergences

Type d'action : formation

Public cible : professionnels

Contexte : l'association Emergences sollicite la Boussole en décembre 2017 afin de proposer une formation permettant de mener une réflexion sur les pratiques en matière de réduction des risques et des dommages (RDRD) au sein de l'URAS (unité de reconquête de l'autonomie sociale) et ainsi de mieux outiller les professionnels dans leurs accompagnements.

La structure envisage alors de proposer cette formation aux différents services et de s'engager dans une démarche institutionnelle de réflexion autour de l'accompagnement des pratiques addictives, dans une approche de RDRD. Pour cela, une session de formation tournée vers les équipes de direction et d'encadrement des services est organisée en décembre 2018. Après l'URAS et l'équipe de cadres en 2018, la formation des services se poursuit en 2019.

Objectifs : Favoriser une démarche partagée de réduction des risques et des dommages en lien avec les pratiques addictives. Les objectifs pédagogiques sont :

- Renforcer les connaissances théoriques autour des pratiques addictives et de leur accompagnement ;
- Contribuer à une culture commune ;
- Mener une réflexion autour du positionnement professionnel et d'une posture au sein des services concernant les pratiques addictives.

Les consommations d'alcool au sein des CHRS sont beaucoup interrogées par les professionnels. Les interventions de Matthieu Fieulaine, psychologue et coordonnateur du collectif Modus Bibendi (acteurs de la RDR alcool), permettent de questionner les postures des professionnels et le cadre d'accompagnement institutionnel. La réflexion se poursuit ensuite autour des principes de la RDR alcool développés par Mr Fieulaine, parmi lesquels :

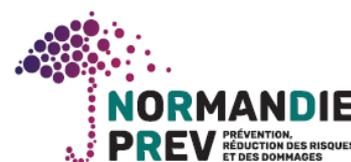
- fondée en premier lieu sur le choix, les compétences, l'expérience et l'expertise de la personne usagère;
- ne contraint pas au changement;
- accompagne les personnes dans leurs parcours d'usage, avec pour objectif d'agir positivement sur leur qualité de vie;
- ne se réduit pas à la réduction des consommations d'alcool;
- s'adresse à toute personne dont la vie est impactée par l'alcool, à tous les types d'usage et à tous les âges de la vie.

Bilan : 57 professionnels formés ou en cours de formation, 45 à venir.

Mobilisation des acteurs de la région normande lors de l'Armada 2019: collectif Normandieprev

Objectifs

- Proposer des actions de réduction des risques et la diffusion de matériel de prévention ;
- Proposer un espace de dialogue et d'échanges au public, autour de la prise de risques en lien avec la fête ;
- Mobiliser les acteurs de l'évènement dans une démarche de prévention et de réduction des risques ;
- Favoriser une dynamique partenariale régionale des acteurs spécialisés en addictologie autour de l'évènement.



Contenu

- Formation des intervenants (professionnels et bénévoles) entre février et mai 2019 afin d'harmoniser les éléments de langage en matière d'intervention en milieu festif ;
- Pendant les concerts (18h-23h), déploiement d'un dispositif fixe et mobile de prévention :
 - Un stand permettant l'accueil, l'information (produits, modes de consommations, conduites à risques...), la mise à disposition de matériel de réduction des risques et l'accompagnement (bouchons d'oreille, casques pour les enfants, éthylotests, kits injection/sniff, préservatifs/gel,...), et l'orientation vers d'autres dispositifs (secours, dépistage...);
 - Equipes mobiles à la rencontre du public au sein de la fête avec du matériel d'information, de prévention et de réduction des risques (alcool, son, sexualité).
- Après les concerts (23h-4h), dispositif « de nuit » : équipes mobiles sur le site de l'Armada qui vont à la rencontre du public au sein de la fête et en marge de la fête.

Bilan de l'action en quelques chiffres

- 66 intervenants de prévention formés, 110 intervenants mobilisés sur les actions;
- Presque 25000 contacts et 1600 échanges et entretiens /9 soirées de présence sur site;
- en moyenne, 40 personnes touchées sur la 2nde partie de soirée (hors responsables de bars et restaurants);
- 2/3 du public rencontré avaient entre 25 et 60 ans et ¼ entre 12 et 25 ans.

La thématique la plus abordée par les équipes mobiles reste la consommation d'alcool. Ainsi, les équipes ont eu une forte demande d'éthylotests à usage unique (pour ceux qui anticipent leur consommation d'alcool) et électronique (en 2nde partie de soirée à la sortie du site Armada, permettant d'engager l'échange).

La consommation d'alcool est abordée dans une approche de réduction des risques (RDR), non culpabilisante, permettant ainsi d'ouvrir le dialogue dans un contexte où le public souhaite profiter de la fête. La RDR se veut globale : le lien entre consommation d'alcool et sexualité, violences sexistes et sexuelles, perception du son, autres consommations... peut être abordé.

La sensibilisation des intervenants présents sur le site festif est indispensable, notamment sur les consommations d'alcool. Lors de l'Armada ont été sensibilisés:

- environ 25 bars et restaurants (passage tous les soirs auprès des bars et restaurants afin de signaler notre présence ; remise de matériel à mettre à disposition du public (éthylotests, préservatifs, roule-ta-paille) avec affichettes ; remise de flyers de prévention, sensibilisation à l'accueil de victimes de violences sexistes/sexuelles) ;
- équipes de secours (Croix Rouge, Protection civile, SAMU) ;
- équipages de bateaux : passage sur les bateaux : échanges avec les équipages quand cela était possible (autorisation du responsable) et remise de matériel.

Membres du collectif Normandieprev

AIDES, Médecins du Monde, ANPAA, Œuvre Normande des mères, Le Kalif, MGEN, ESI 14, ADISSA, Uniscité, CH de Barentin (CSAPA Caux Bray), La Passerelle, Ligue contre le cancer, Nautilia, ASV de Rouen, La Boussole.





Déploiement du programme UNPLUGGED par l'association ESI 14

Unplugged est un programme européen de prévention universelle de l'usage des substances psychoactives (SPA) en milieu scolaire. L'objectif d'Unplugged est de réduire l'expérimentation et la consommation de SPA (cigarettes, ivresses alcooliques, cannabis) chez les collégiens de 11 à 14 ans. Le programme est :

- délivré en classe par un enseignant préalablement formé ;
- constitué de 12 séances d'1 heure sur le rythme d'une séance par semaine, dont 3 séances axées sur les substances psychoactives ;
- adopte une stratégie d'intervention fondée sur :
 - le développement des compétences psychosociales (notamment de la capacité de résistance à la pression des pairs pour consommer),
 - la correction des croyances normatives (en particulier de la surestimation de la consommation de SPA des pairs du même âge),
 - l'amélioration des connaissances sur les produits et leurs effets,
- utilise des méthodes interactives (jeux collectifs, mises en situation, débats, jeux de rôle).

La structure EDI 14 a obtenu un financement pour déployer le programme Unplugged sur l'ensemble du Pays d'Auge.

Pour l'année scolaire 2018/2019, ils sont intervenus auprès du collège Marcel Gambier à Lisieux : formation de 8 personnes (enseignants, infirmières, assistante sociale) en décembre 2018, mise en œuvre des 12 séances d'Unplugged de janvier à juin 2019, auprès de 5 classes de 5ème (119 élèves) et une soirée auprès des parents en mars.

Pour l'année scolaire 2019/2020, ils ont formé les équipes enseignantes et/ou éducatives en octobre et ont démarré les séances d'Unplugged en novembre, auprès :

- du collège Marcel Gambier à Lisieux : 6 classes de 5ème (147 élèves) ;
- du collège Jacques Prévert à St Pierre en Auge : 7 personnes formées, 3 classes de 5ème (64 élèves) ;
- du collège Fernand Léger à Livarot : 5 personnes formées , 3 classes (64 élèves) ;
- du collège Notre Dame à Lisieux : 9 personnes formées, 6 classes (162 élèves) ;
- du collège Lottin de Laval à Orbec : 11 personnes formées, 3 classes de 5ème et une classe de 4ème (92 élèves) ;
- du collège St Jean Baptiste de Lisieux : 4 personnes formées , 1 classe (30 élèves).

Les soirées parents seront programmées en 2020.

Permanences hebdomadaire des associations d'entraide au sein du CSAPA 27

En concertation avec les trois associations d'entraide présentes sur le territoire de l'Eure (4A, Alcool Assistance et Vie Libre), il a été convenu de pouvoir organiser un temps de permanence à tour de rôle pour chacune des associations chaque lundi de 14h à 17h au sein du CSAPA 27.

Conscients de la complémentarité de nos offres réciproques, ces permanences ont pour objet principal de favoriser la rencontre avec les associations d'entraide pour les usagers du CSAPA 27 mais également de favoriser un premier contact avec le CSAPA pour des personnes orientées par les associations d'entraide.

Ainsi pour l'année 2018, 43 permanences ont été assurées depuis le 8 janvier (date de la première permanence).

En 2019 et à jusqu'à ce jour (8 novembre 2019), 23 permanences ont été réalisées. Cette baisse du nombre de permanences s'explique en raison de la moindre pertinence de maintenir ces dernières sur le temps des vacances scolaires (plus faible participation des usagers).

La mise en œuvre de ces permanences et leur maintien dans la durée ont nécessité des temps de travail collectifs à raison d'une matinée par trimestre. Ces temps d'échange ont permis d'améliorer l'organisation de ces permanences par des ajustements réguliers, notamment dans leur articulation avec l'accompagnement médico-social ainsi que dans la communication de cette offre auprès des usagers du CSAPA 27.

La mise en œuvre de ces permanences et leur maintien dans la durée ont nécessité des temps de travail collectifs à raison d'une. Ces temps de rencontre ont également permis de mesurer la nécessité de proposer une journée de sensibilisation à la Réduction Des Risques et des Dommages auprès des bénévoles des associations (8 participants). Celle-ci s'est tenue le vendredi 22 mars 2019 à la Maison de la Santé d'Evreux.

Ce temps de sensibilisation a eu pour effet de présenter les différentes modalités d'accompagnement en RDRD, et de situer ce concept en tant que socle de l'intervention globale en addictologie.

Il est bien évident que ce temps court de sensibilisation n'est pas suffisant, et nécessiterait de pouvoir être poursuivi sur deux voire trois journées. Il conviendrait pour cela que des financements complémentaires puissent être mobilisés.

Enfin, ces permanences hebdomadaires au sein de notre établissement ont favorisé la réalisation d'activités communes dans le cadre de l'A Part Temps (marches en forêt et repas partagés à l'occasion des fêtes de fin d'année). Ces temps de convivialité participent également, pour l'ensemble des usagers accompagnés, à une passerelle entre nos services respectifs.



LES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE
ALCOOL ASSISTANCE, 4A et VIE LIBRE
SONT PRESENTES AU CSAPA 27
LES LUNDIS APRES-MIDI DE 14H à 17H
OUVERT A TOUS
Renseignements à l'accueil ou auprès du CVS.



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>)

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 **Normandie**, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité de 45 structures d'urgences. En 2017, d'après le réseau des structures d'urgence de la région Normandie, le réseau Oscour® enregistrait 97,7 % des passages aux urgences de la région.

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants était proche de l'exhaustivité en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'est améliorée mais demeurait hétérogène entre les départements (tableau 4). Au total, on estimait à 64,5 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Normandie.

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 Normandie, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Calvados	10/10 (100%)	76,4 %
Eure	9/9 (100%)	31,6 %
Manche	6/6 (100%)	88,8 %
Orne	7/6 (86%)	48,4 %
Seine-Maritime	14/14 (100%)	67,7 %

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).

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

5) Certificats de décès

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

DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

1) Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

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

3) Réseau Oscour®

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

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

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

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

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

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

5) Certificats de décès

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

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

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

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

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

EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

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

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

BIBLIOGRAPHIE

- Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>].
- Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):180-7. [http://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>]
- Bara S, Launoy G, Bouvier V, Guizard AV, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Normandie. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 166 p.

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL NORMANDIE

Santé publique France

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

Avec la contribution de :

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

Autres auteurs [article 5 sur les actions de prévention]

Stéphanie Laudrel (service prévention-formation de La Boussole), Stéphanie Decoster (ESI 14) et Gregory Lange (ANPAA 27)

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®.