

### SOMMAIRE

**Édito** p.1 **Points clés** p.1 **Les actions de Santé publique France en prévention et promotion de la santé en matière d'alcool** p.2 **Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque** p.2 **Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France** p.4 **Consommation d'alcool en Occitanie** p.11 **Morbidité aiguë liée à l'alcool en Occitanie** p.15 **Morbidité et mortalité associées à l'alcool en Occitanie** p.19 **Actions de prévention en Occitanie** p.28 **Addic'TEAM (Tuteurs Ensemble contre les Addictions en Médecine)** p.30 **Conclusion et perspectives** p.32 **Sources des données** p.33 **Définition des variables** p.34 **Effectifs régionaux des enquêtes** p.36 **Bibliographie** p.37

### ÉDITO

En apportant une vision précise et souvent péjorative des conséquences de la consommation d'alcool dans notre région, ce bulletin de santé publique nous encourage à poursuivre et intensifier nos efforts de prévention, d'accompagnement et de soins. Ces efforts, à travers nos politiques publiques, portent sur une approche d'abord centrée sur les comportements et les modes d'usage. Aussi, la prévention et la lutte contre les addictions est une des priorités du projet régional de santé 2018-2022. L'ambition de l'ARS consiste, d'une part, à prévenir les addictions dans un but de réduction de la morbidité et de la mortalité prématurée évitable en favorisant l'intervention précoce et, d'autre part, à fluidifier les parcours de soins et prévenir les ruptures dans la prise en charge par la mise à disposition d'une palette de services et l'articulation des dispositifs. Il s'agit donc de proposer un parcours de santé en addictologie gradué et adapté aux besoins des personnes.

Les projets mis en avant dans le Programme Régional de Santé (PRS) 2018-2022 portent sur :

- la prévention primaire et notamment le renforcement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes ;
- l'amélioration de la prévention et la réduction des risques en milieu festif ;
- le développement des actions de prévention des comportements addictifs dans les territoires, en s'appuyant sur les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Enfin, l'ARS apporte également un soutien résolu à l'innovation. Deux projets, présentés dans ce bulletin, sont en cours dans la région dans les domaines du soin et de la recherche :

- les microstructures désignent une organisation souple, permettant une prise en charge pluri-professionnelle, par des médecins généralistes, des patients présentant des parcours complexes liés aux addictions. Notre ambition est d'implanter une microstructure par département à la fin du PRS.
- l'addictopôle a pour vocation de fédérer les compétences et les moyens de recherche et d'enseignement hospitalo-universitaire dans le domaine de l'addictologie en Occitanie et à favoriser la lisibilité de cette spécialité. Ce pôle régional permettra à la région Occitanie de s'affirmer comme une région phare de la recherche en addictologie en lien avec les cliniciens.

Pierre RICORDEAU

Directeur Général de l'ARS Occitanie

### POINTS CLÉS EN OCCITANIE

- **Consommation chez les 18-75 ans (Baromètre de Santé publique France):** en 2017, 12,6% des adultes déclarait consommer de l'alcool tous les jours et 33% en consommer de façon hebdomadaire. Ces prévalences de consommation chez les adultes en Occitanie étaient significativement supérieures à celles de la France métropolitaine. De même, la consommation hebdomadaire de vin était plus élevée en Occitanie qu'en France métropolitaine. Ces prévalences de consommation étaient plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Le sexe, l'âge, les niveaux de revenus et le diplôme étaient associés à la consommation quotidienne d'alcool indépendamment des autres variables.
- **Consommation chez les jeunes de 17 ans (Enquête Escapad 2017 - OFDT):** en 2017, **89,5 % des jeunes** avaient déjà consommé de l'alcool **au moins une fois dans leur vie** ; **18,7 %** ont consommé **6 verres ou plus en une seule occasion** au moins 3 fois par mois. Ces prévalences chez les jeunes de 17 ans en Occitanie étaient significativement supérieures à celles de la France métropolitaine.
- **Passages aux urgences en lien avec l'alcool (Oscour® – Santé publique France)** En 2017, **14 562 passages aux urgences** étaient en lien direct avec l'alcool, soit en moyenne **40 passages quotidiens** ce qui représentait **1,03 %** 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 (1,42 %) que chez les femmes (0,62 %) et était le plus élevé chez les 46-60 ans. La moitié (51,1 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentrait du vendredi au dimanche
- **Cancers en lien avec la consommation d'alcool :** Les taux d'incidence (2007-2016) et de mortalité (2007-2014) des cancers « lèvres-bouche-pharynx », « œsophage » et « larynx » en Occitanie, étaient **inférieurs à la moyenne nationale**, et **supérieurs chez les hommes par rapport aux femmes**. Ces différents taux étaient variables d'un département à l'autre de notre 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 9,0 pour 100 000 habitants chez les femmes et de 36,4 chez les hommes. Ces taux étaient **inférieurs à ceux des autres régions de France métropolitaine**.

## 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** ».

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

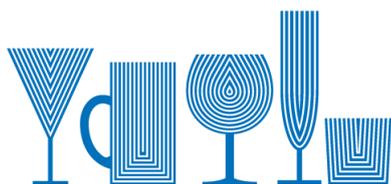
Références :

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

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

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

Parlez-en à  
votre médecin



© 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



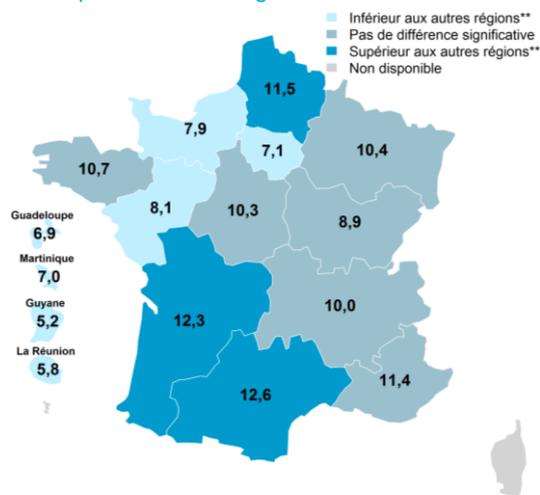
# COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

## 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



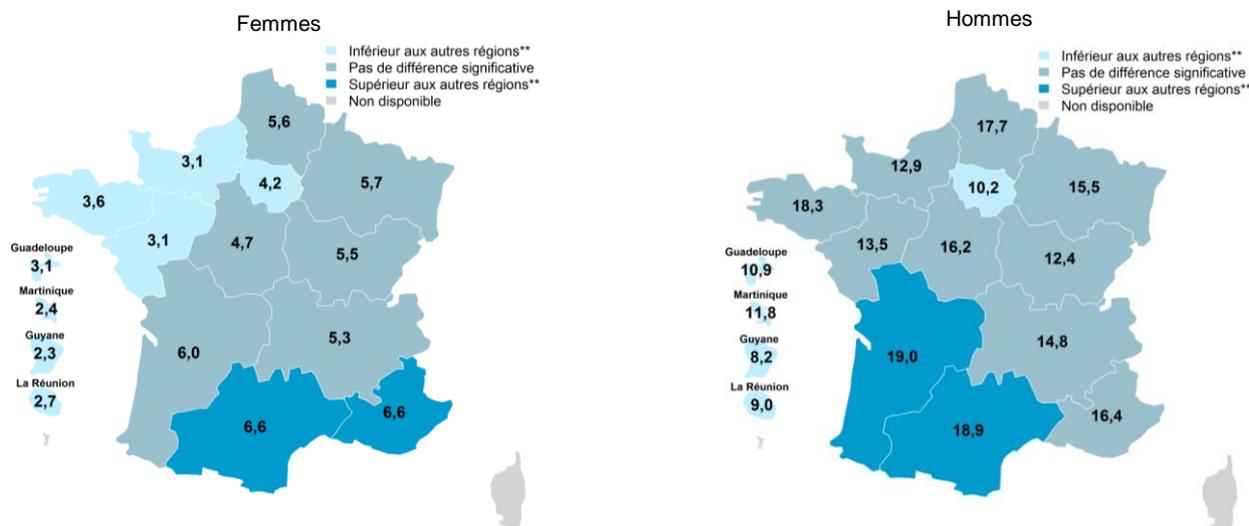
\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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



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

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

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

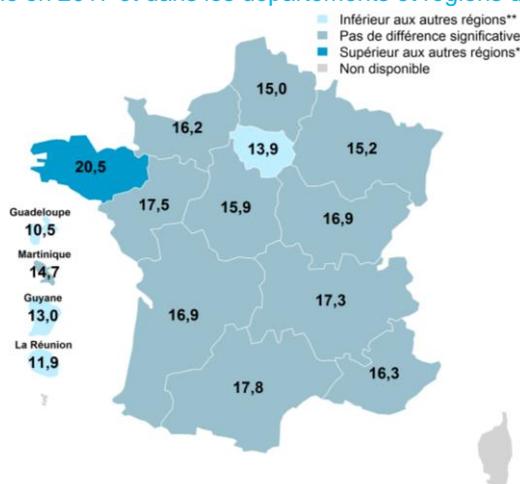
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à **6,6 % (Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur)** chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en 2014, elle variait selon les régions de 2,3 % (Guyane) à 3,1 % (Guadeloupe) chez les femmes et de 8,2 % (Guyane) à 11,8 % (Martinique) chez les hommes.

La prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles variait selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne et la moyenne de la France métropolitaine était de 16,2 % (figure 3, tableau 1). Seule l'Île-de-France (13,9 %) affichait une prévalence significativement plus faible par rapport à la moyenne des autres régions, tandis que la Bretagne présentait une prévalence significativement plus élevée (20,5 %). La région **Occitanie (17,8 %)**, 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. Dans les DROM, elle variait selon les régions de 4,9 % (La Réunion) à 6,9 % (Guyane) chez les femmes et de 15,6 % (Guadeloupe) à 24,3 % (Martinique) chez les hommes.

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



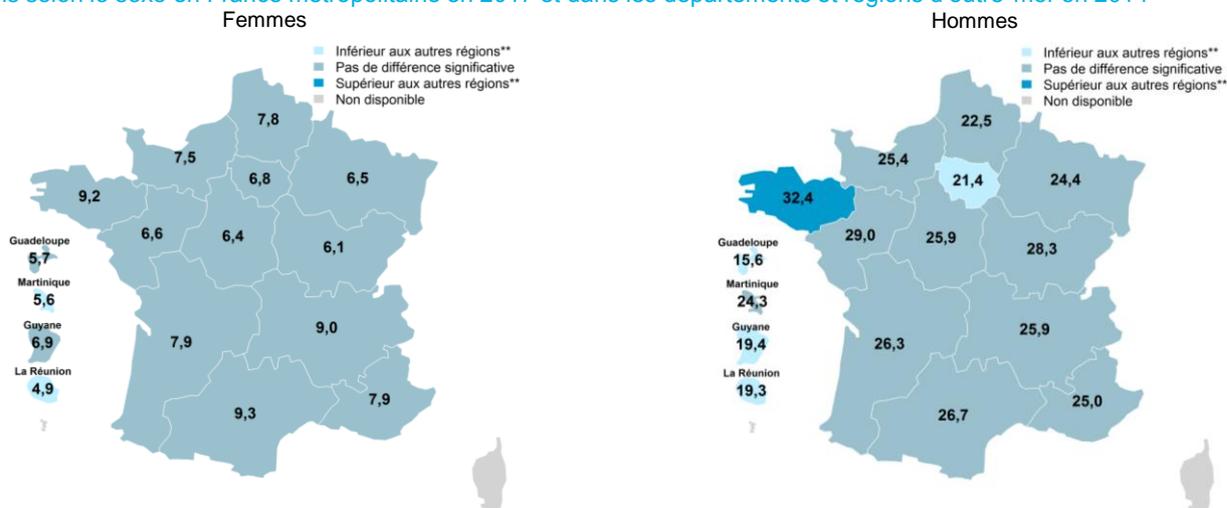
\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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



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

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

Champ : France métropolitaine 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).

Tableau 1 : Prévalences régionales brutes et standardisées<sup>a</sup> 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 <sup>a</sup> )	IC 95 %	Alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (prévalence brute)	IC 95 %	Alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (prévalence standardisée <sup>a</sup> )	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]
<b>Occitanie</b>	<b>13,4 %</b>	<b>[11,9 - 15,2]</b>	<b>12,6 %</b>	<b>[11,1 - 14,2]</b>	<b>16,9 %</b>	<b>[15,0 - 18,9]</b>	<b>17,8 %</b>	<b>[15,8 - 19,9]</b>

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

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

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

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

**Pour la bière**, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 13,0 % en Île-de-France à 23,2 % en Bretagne. Elle était significativement plus élevée dans les Hauts-de-France (19,8 %), le Grand Est (19,8 %) et la Bretagne (23,2 %) comparée à la moyenne des autres régions métropolitaines et significativement moins élevée en Île-de-France (13,0 %) et en Centre-Val de Loire (13,6 %). La région **Occitanie (17,5 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions.

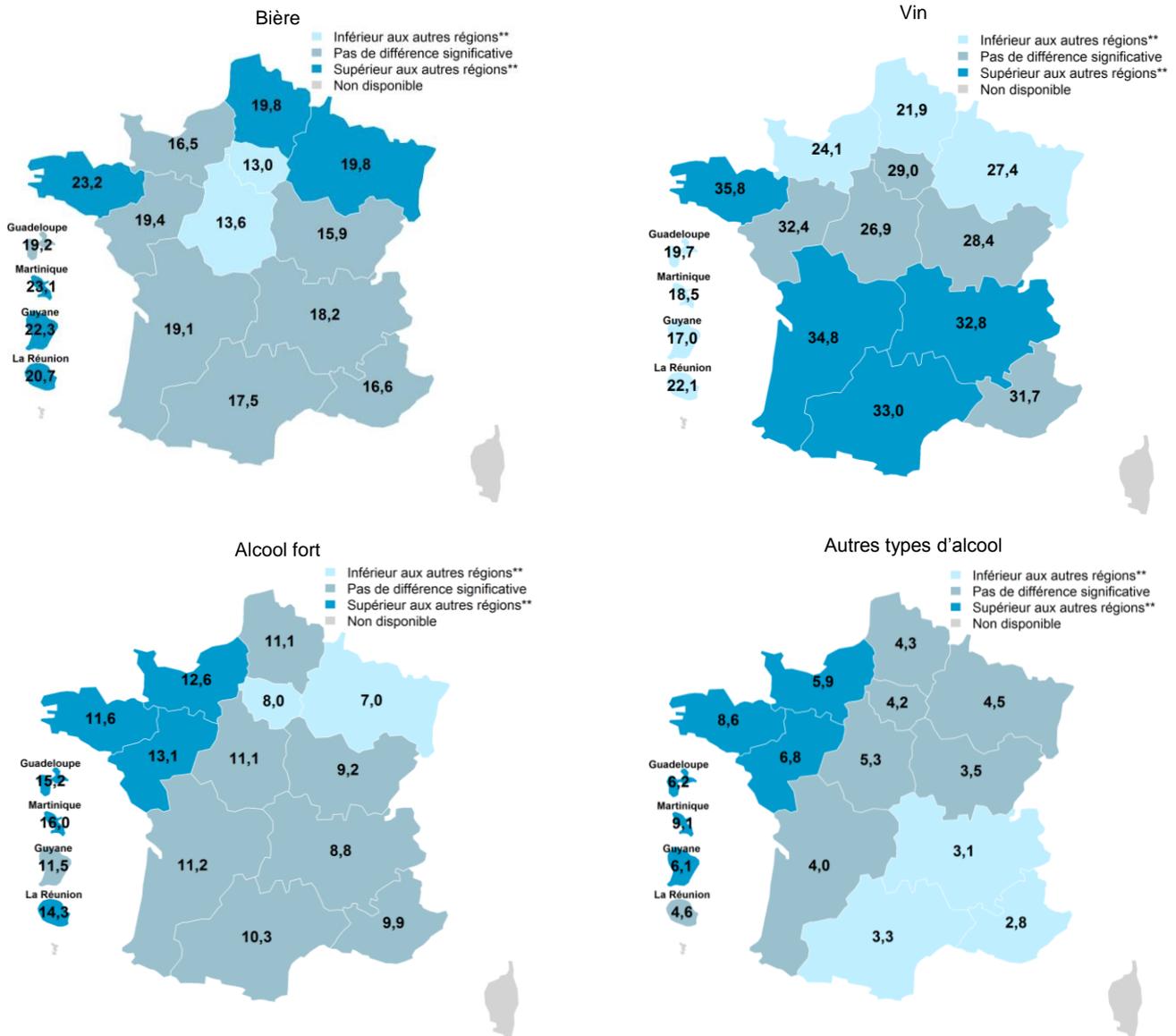
**Pour le vin**, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), **Occitanie (33,0 %)**, Nouvelle-Aquitaine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

**Pour l'alcool fort**, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 7,0 % dans le Grand Est à 13,1 % dans les Pays de la Loire. Elle était significativement plus élevée dans les régions du nord-ouest : Bretagne (11,6 %), Normandie (12,6 %) et Pays de la Loire (13,1 %) que dans les autres régions métropolitaines, et significativement plus faible en Grand Est (7,0 %) et en Île-de-France (8,0 %). La région **Occitanie (10,3 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

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

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

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



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

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

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

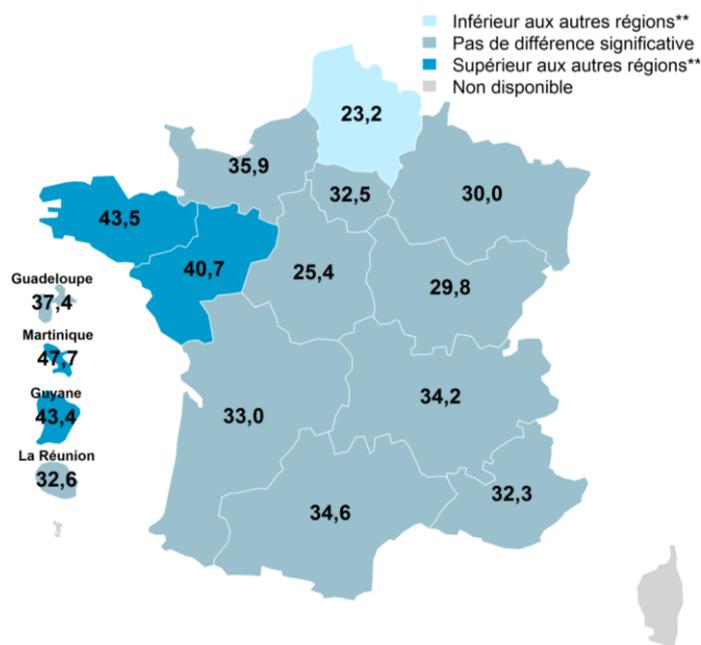
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

## 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 **Occitanie (34,6 %)** 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.

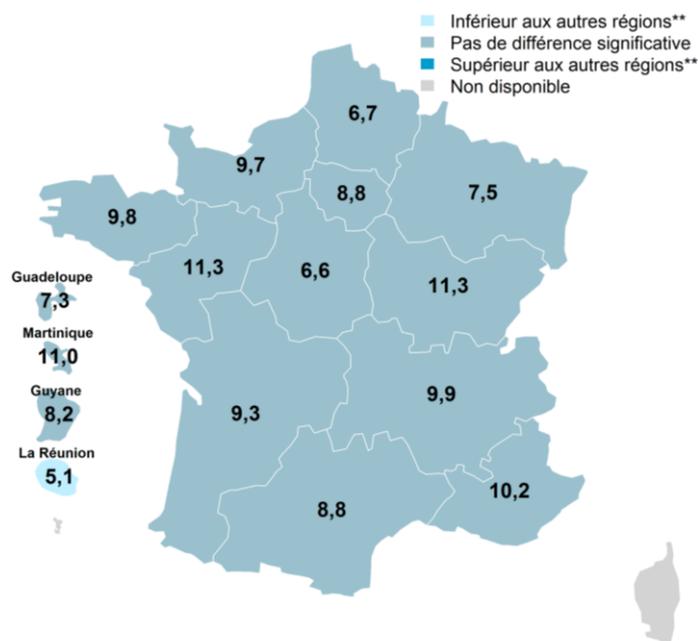
\*\* Différence significative entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

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

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 différait de la moyenne des autres régions métropolitaines. Elle ne différait pas de la moyenne des autres régions en **Occitanie (8,8%)**. Pour les DROM, seule La Réunion (5,1 %) se distinguait par une prévalence significativement plus faible que la moyenne de la France métropolitaine.

Figure 7 : Prévalences régionales standardisées\* des alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires chez les adultes de 18 à 30 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



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

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

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

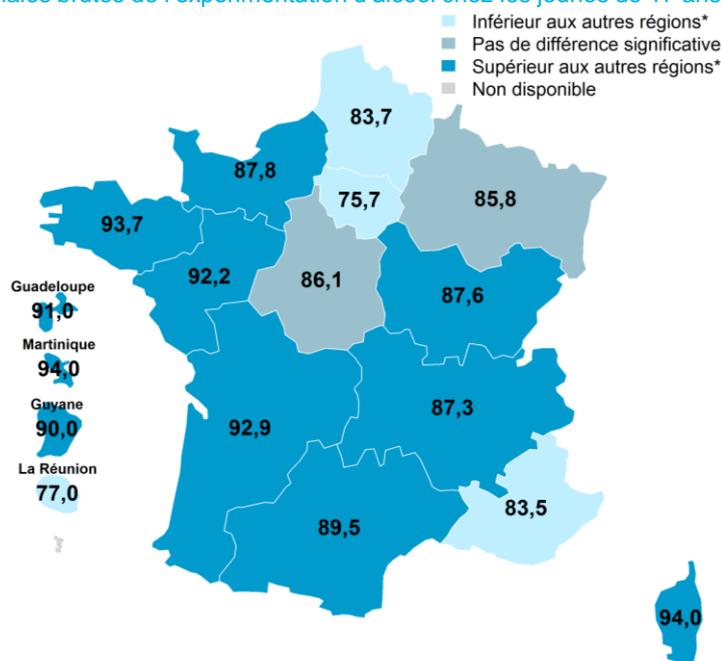
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

## Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans

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

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

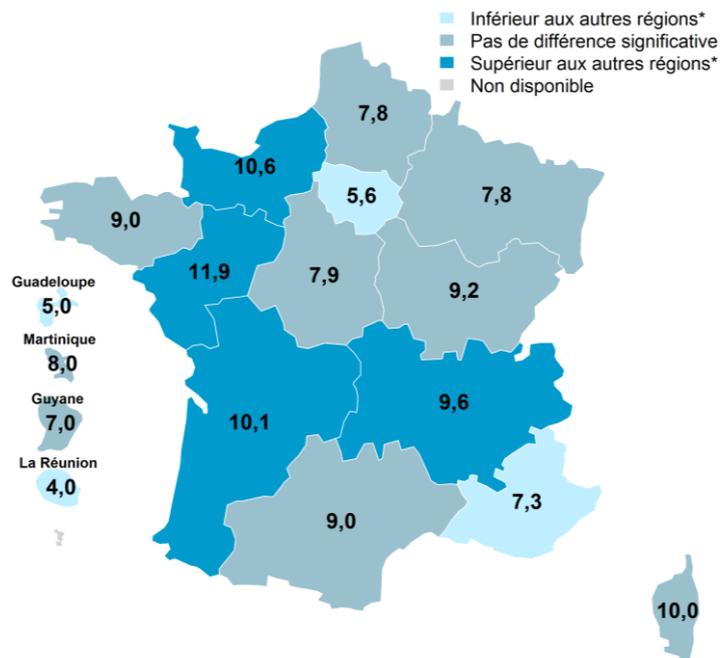
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



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

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

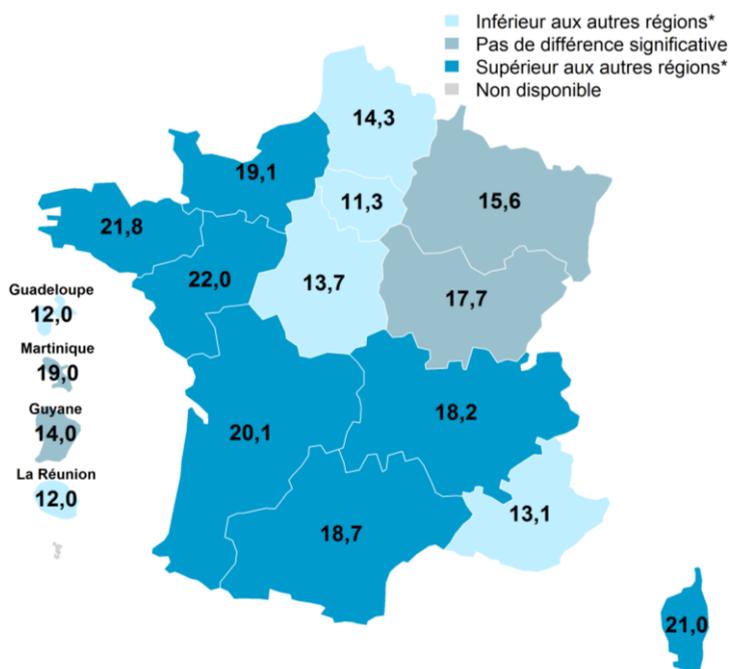
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 9 : Prévalences régionales brutes de l'usage régulier d'alcool ( $\geq 10$  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 ( $\geq 3$  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 OCCITANIE

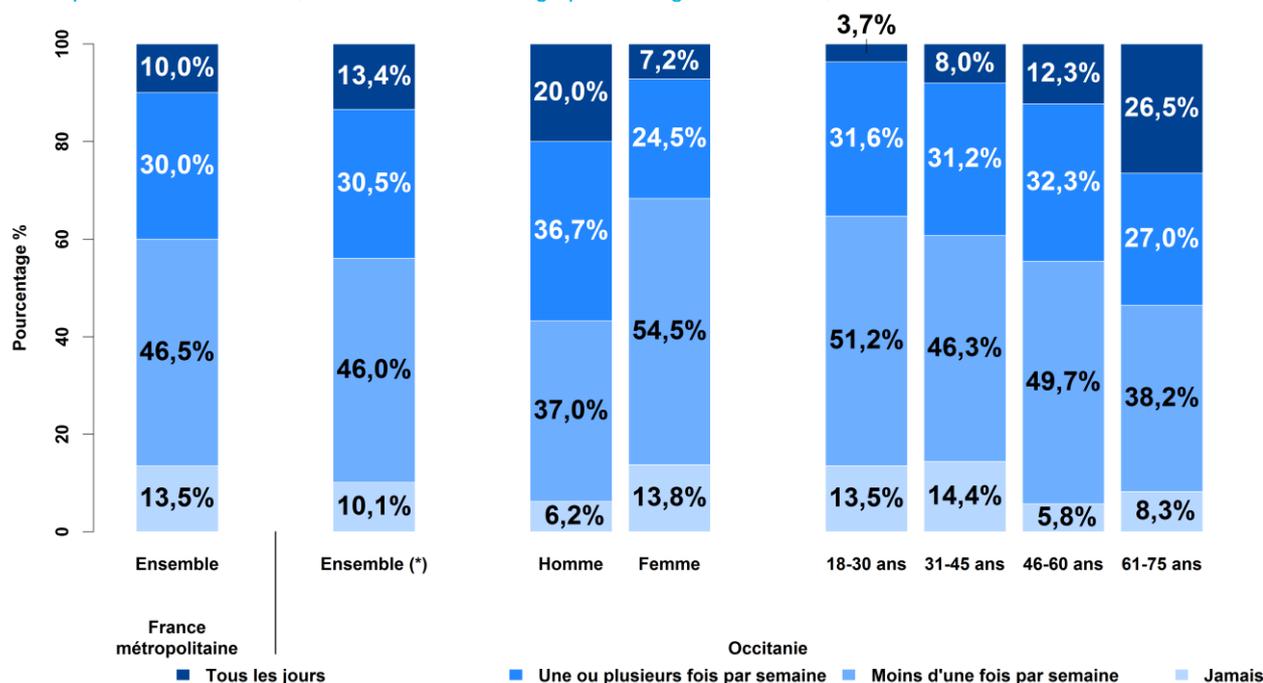
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

### Fréquences de consommation

En 2017, en **Occitanie**, 43,9 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 13,4 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 % (différence significative avec celles de la région ; figure 11).

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Occitanie. Ainsi, 20,0 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 7,2 % des femmes. La consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les 61-75 ans (26,5 %) que chez les 18-30 ans (3,7 %) et 31-45 ans (8,0 %).

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



\* différence significative (comparaison avec les autres régions).

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

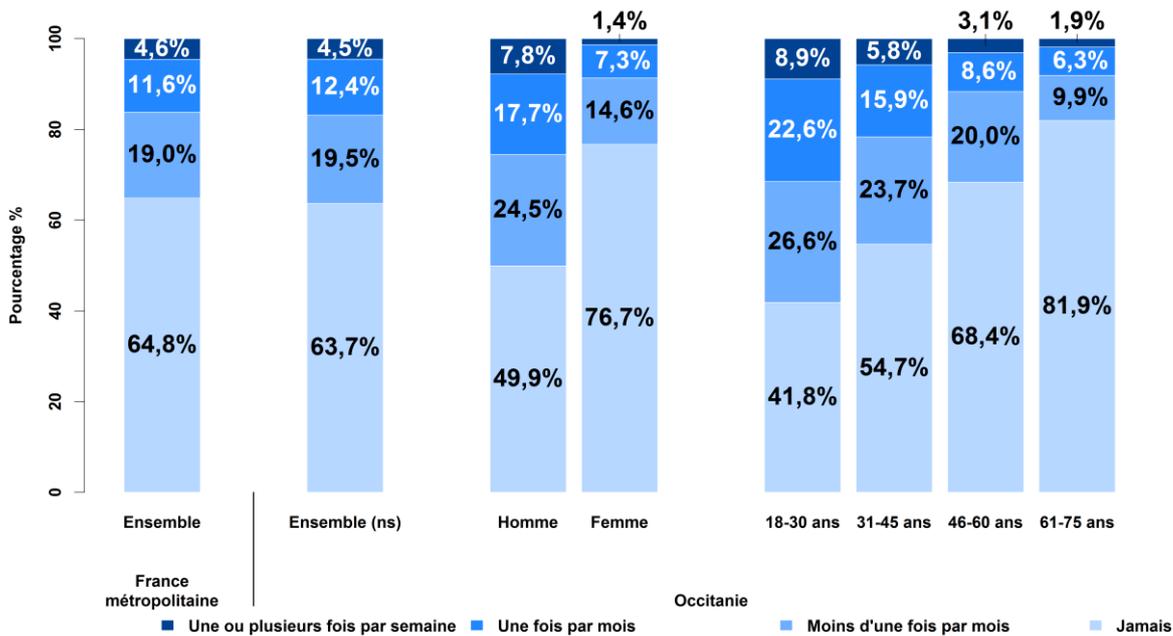
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

### Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017, en **Occitanie**, 36,3 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient au moins une API (6 verres ou plus en une seule occasion) au cours des 12 derniers mois dont 16,9 % au moins une fois par mois et 4,5 % 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 **Occitanie**, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (50,1 % dont 25,5 % au moins une fois par mois et 7,8 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (23,1 % dont 8,7 % au moins une fois par mois et 1,4 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (58,2 % dont 31,5 % au moins une fois par mois et 8,9 % 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 Occitanie, et selon le sexe et l'âge pour la région Occitanie, 2017



(ns) différence non significative.

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

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

## Facteurs associés

L'analyse des principaux facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool en 2017 en Occitanie indique que le niveau de diplôme y était associé indépendamment des autres variables ( $p < 0,001$ ) (tableau 2), avec une consommation quotidienne plus élevée chez les personnes n'ayant aucun diplôme ou ayant un diplôme inférieur au BAC (17,1 %). Le sexe et l'âge étaient aussi associés de façon significative ( $p < 0,001$ ) ainsi que le niveau de revenu ( $p < 0,05$ ) et indépendamment des autres variables.

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

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***		
Homme (n=1071)	20,0	3,1***	[2,4-4,0]
Femme (réf.) (n=1300)	7,2	1,0	
<b>Age en 4 classes (18-75 ans)</b>	***		
18-30 ans (n=357)	3,7	0,1***	[0,1-0,2]
31-45 ans (n=570)	8,0	0,2***	[0,2-0,3]
46-60 ans (n=726)	12,3	0,5***	[0,3-0,6]
61-75 ans (réf.) (n=718)	26,5	1,0	
<b>Terciles de revenus (pondéré)</b>	*		
1er tercile (faible) (n=789)	11,6	0,9	[0,6-1,2]
2e tercile (n=779)	12,6	0,9	[0,7-1,3]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=709)	15,7	1,0	
Refus/Nsp (n=94)	23,6	1,2	[0,6-2,1]
<b>Diplôme en 3 modalités</b>	***		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=849)	17,1	1,3	[1,0-1,8]
Bac (n=550)	11,2	1,0	[0,7-1,4]
Supérieur au Bac (réf.) (n=966)	9,6	1,0	

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

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

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

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

Les niveaux de revenus et de diplôme n'étaient pas associés aux API mensuelles en 2017, en Occitanie, 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 en Occitanie, 2017.

Variabiles explicatives	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>			
***			
Homme (n=1067)	25,5	3,8***	[2,9-4,9]
Femme (réf.) (n=1299)	8,7	1,0	
<b>Age en 4 classes (18-75 ans)</b>			
***			
18-30 ans (n=357)	31,5	5,9***	[3,9-8,7]
31-45 ans (n=568)	21,7	3,2***	[2,2-4,6]
46-60 ans (n=724)	11,7	1,7**	[1,2-2,5]
61-75 ans (réf.) (n=717)	8,1	1,0	
<b>Terciles de revenus (pondéré)</b>			
1er tercile (faible) (n=789)	17,8	1,0	[0,7-1,3]
2e tercile (n=777)	16,0	1,0	[0,7-1,4]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=708)	16,0	1,0	
Refus/Nsp (n=92)	19,4	1,2	[0,6-2,3]
<b>Diplôme en 3 modalités</b>			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=847)	17,9	1,4*	[1,0-1,9]
Bac (n=550)	17,0	1,1	[0,8-1,5]
Supérieur au Bac (réf.) (n=963)	15,5	1,0	

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

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

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

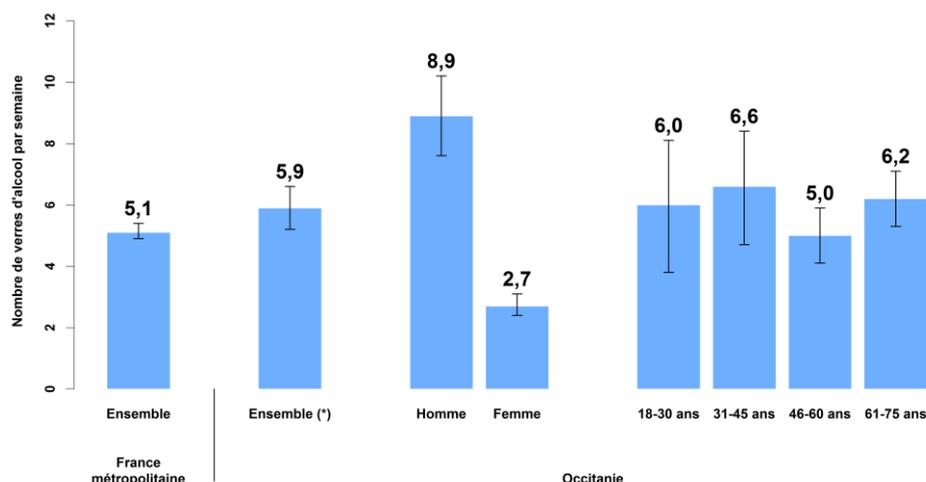
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

## Nombre de verres consommés

En 2017, en Occitanie, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 5,9 [5,2-6,6] verres par semaine, ce qui était supérieur significativement de la moyenne métropolitaines (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, de 8,9 [7,6-10,2] contre 2,7 [2,4-3,1] parmi les femmes. Cet indicateur variait peu entre les différentes classes d'âge : de (5,0 [4,1-5,9]) chez les 46- 60 ans à 6,6 [4,7-8,4] verres par semaine chez les 31-45 ans.

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 selon le sexe et l'âge en Occitanie, 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).

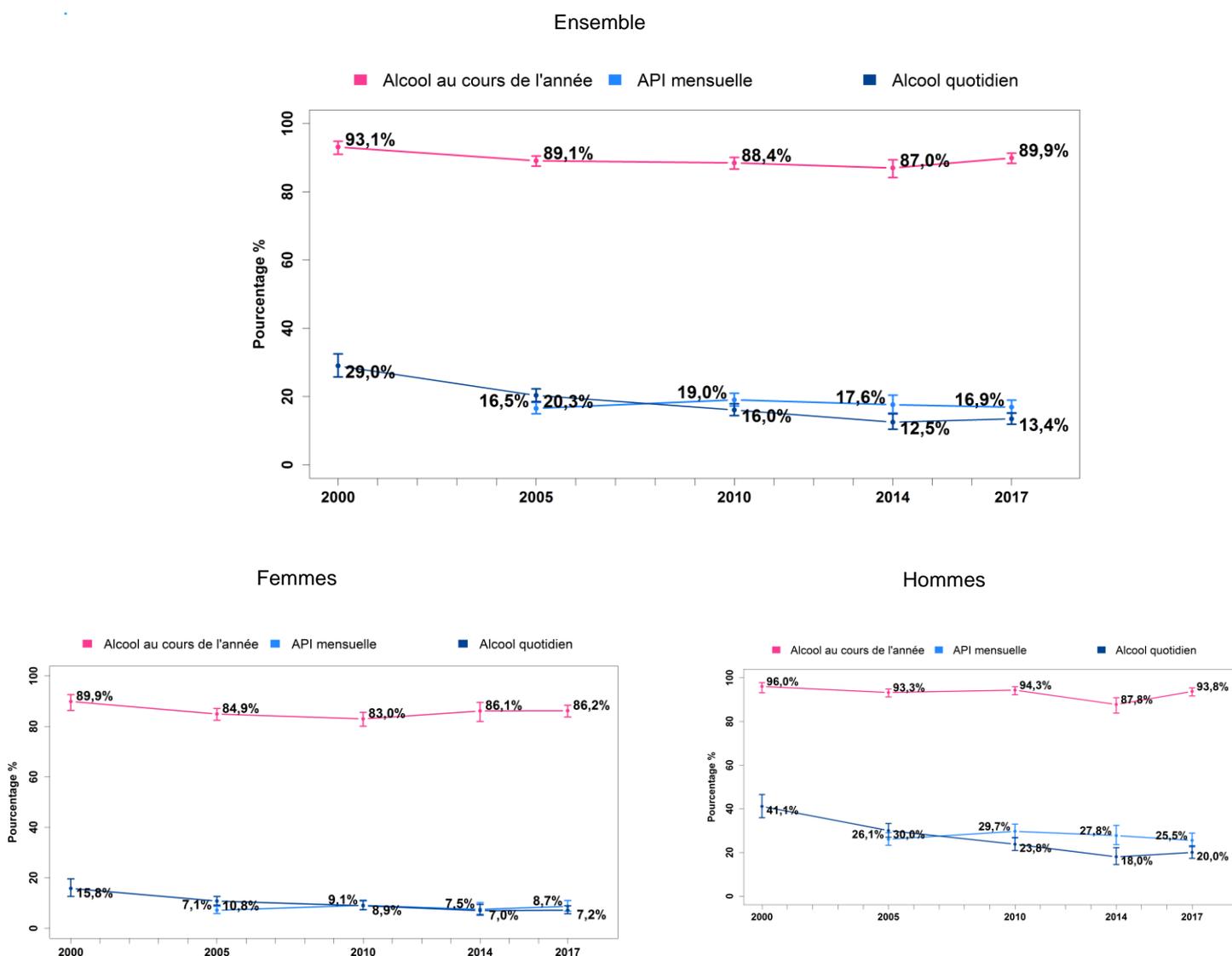
## Evolutions

En Occitanie, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année a légèrement diminué entre 2000 et 2014 (de 93,1 % en 2000 à 87,0 % en 2014) pour atteindre 89,9 % en 2017. Cette évolution est observée chez les hommes. Chez les femmes, on observe une diminution de 89,9 % en 2000 à 83,0 % en 2010 pour atteindre 86,2 % en 2017 (figure 14).

Après avoir augmenté de 16,5 % à 19,0 % entre 2005 et 2010, la prévalence des API mensuelles a ensuite diminué en 2017 à 16,9 %.

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, a diminué entre 2000 et 2017 (de 29,0 % à 13,4 %). Cette évolution est observée chez les hommes comme chez les femmes.

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



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 OCCITANIE

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.

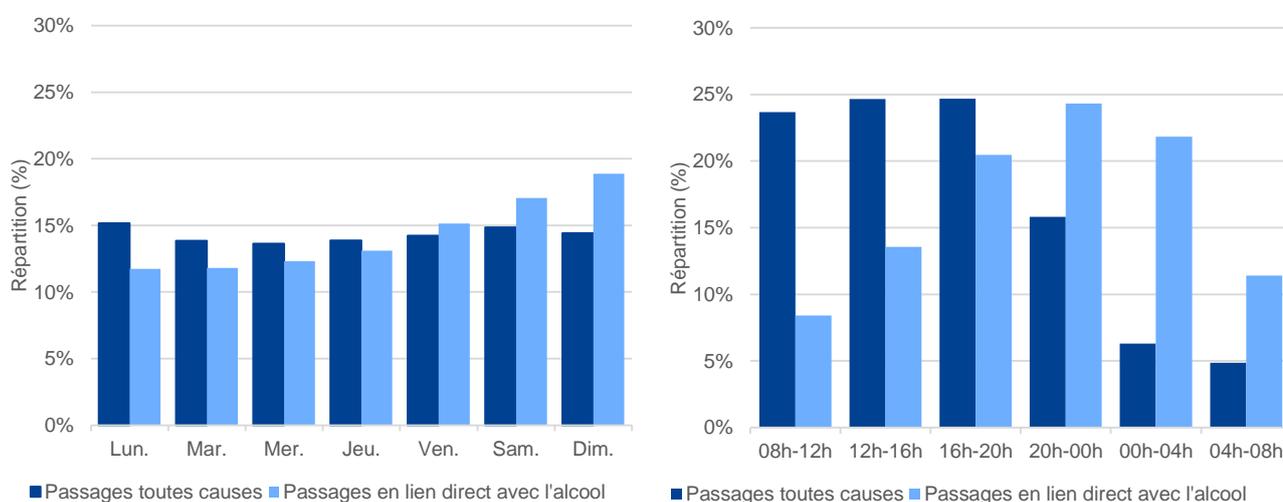
### Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 14 562 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 66 services d'urgence (SU) de la région **Occitanie** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 40 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,03 % 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 **Occitanie** 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 11,7 % et 13,1 % des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine. La moitié (51,1 %) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au dimanche. Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne 1,34 % de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 15), les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires 16 – 20 heures, 20 heures – minuit et minuit – 4 heures (respectivement 20,5 %, 24,3 % et 21,8 % des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 0,86 %, 1,58 % et 3,52 % 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 Occitanie en 2017

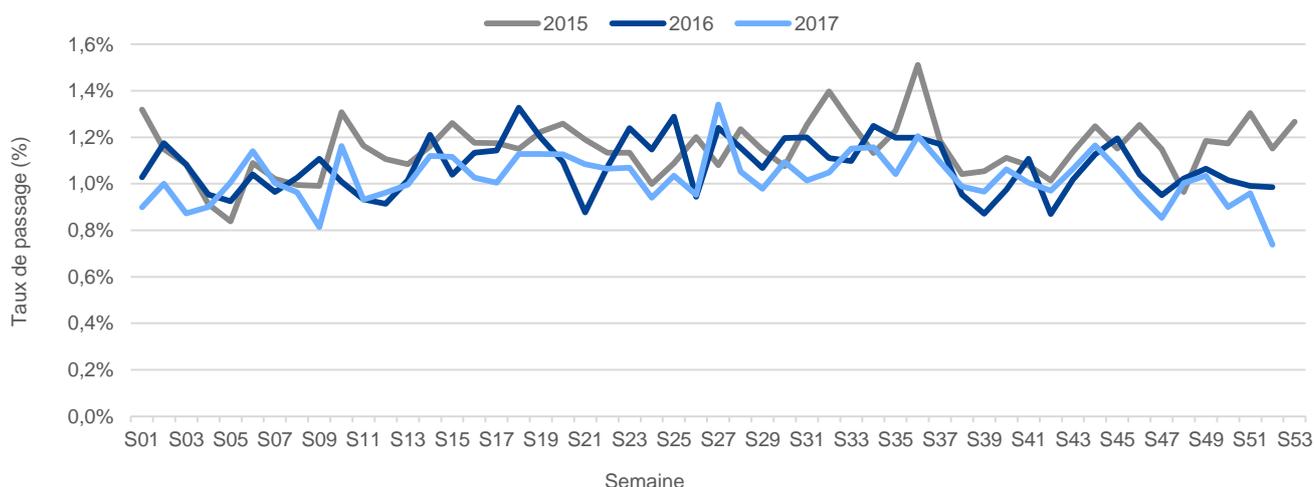


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous ages.  
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 1,15 % en 2015 à 1,03 % en 2017 (figure 16). Il n'est pas observé de différence nette d'une année à l'autre, on note cependant des niveaux plus bas pour l'année 2017 par rapport à 2015. L'évolution sur une année montre peu de variations, à l'exception des premières et dernières semaines des années 2015 et 2017.

Figure 16 : Taux bruts hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes dans la région Occitanie sur la période 2015-2017

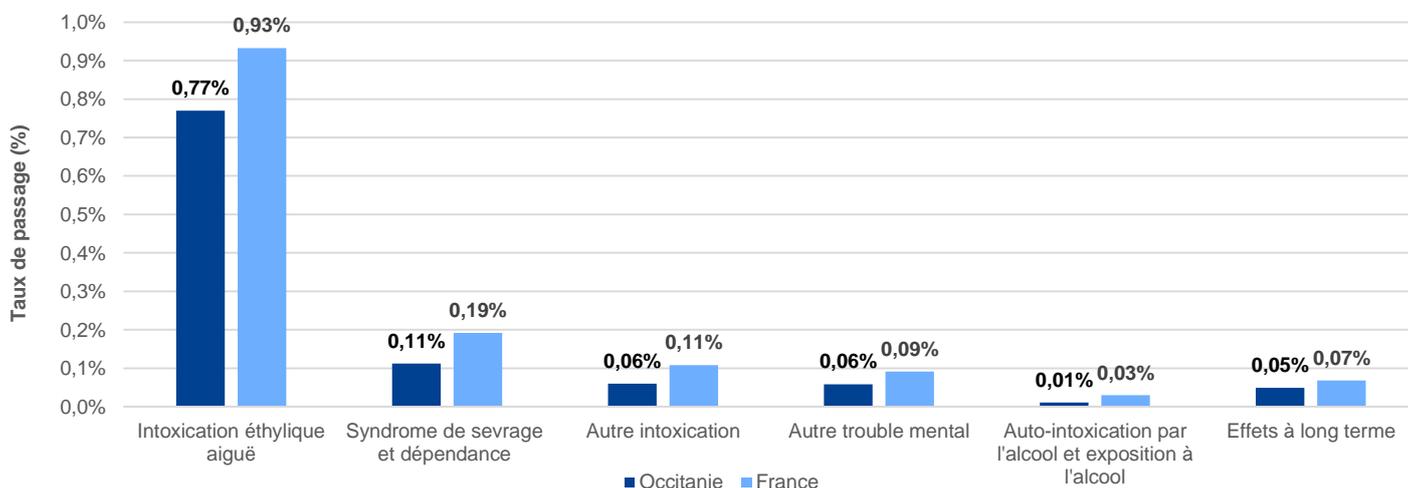


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.  
Source : Oscour® (Santé publique France).

## 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). En Occitanie, en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 0,77 % de l'ensemble des passages aux urgences et 74,8 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, auto-intoxication par l'alcool et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,01 % et 0,11 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies en Occitanie était légèrement inférieure 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 Occitanie en 2017



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

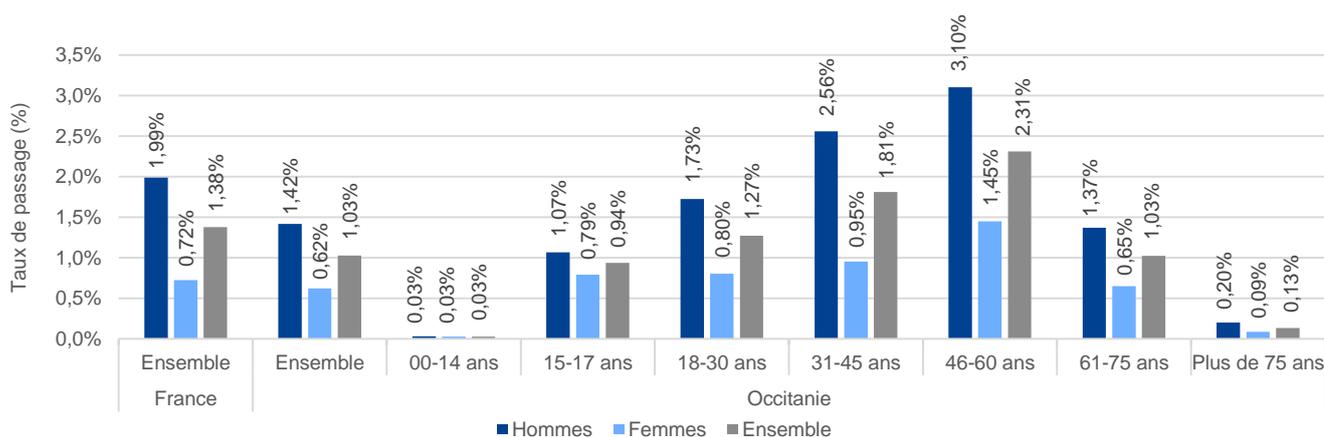
## Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en **Occitanie** comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (1,42 %) que chez les femmes (0,62 %) (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 (3,10 %) chez les 46-60 ans et diminuer ensuite jusqu'à atteindre 0,20 % chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires. Pour les moins de 14 ans, le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,03 %. Il augmentait ensuite progressivement avec l'âge, pour atteindre 1,45 % chez les 46-60 ans. Le taux diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,09 % 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 Occitanie en 2017



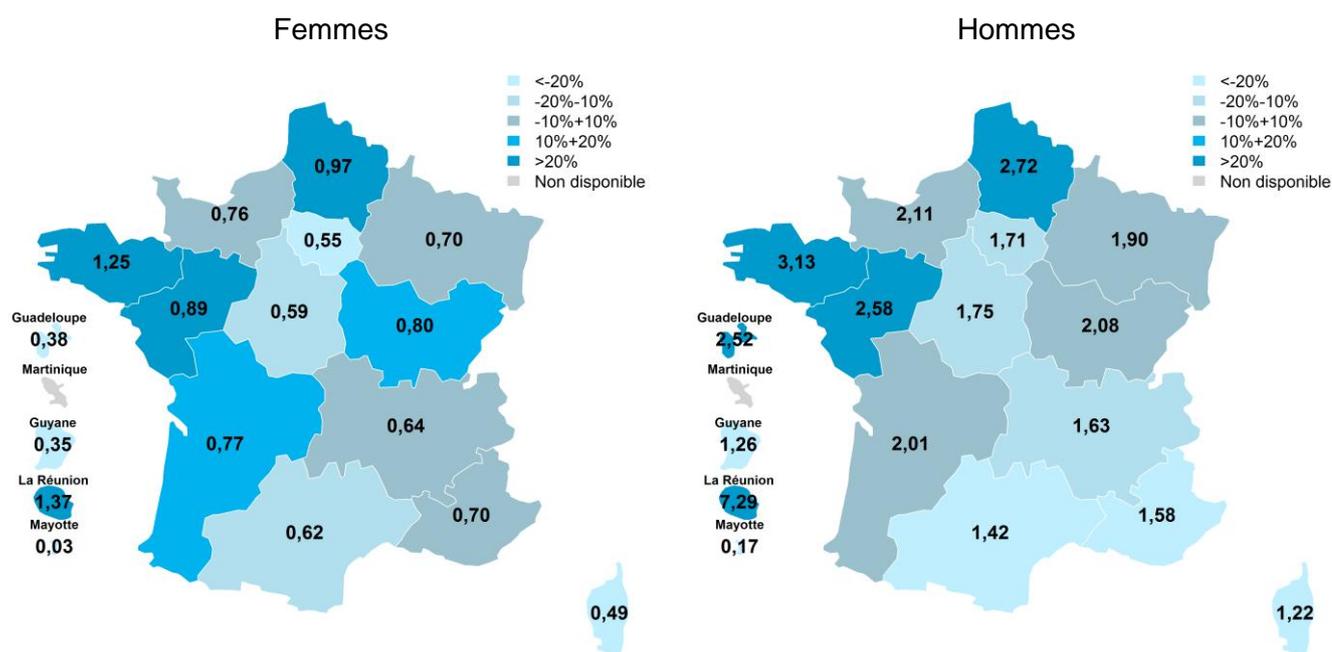
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscore®, population tous âges.  
 Source : Oscore® (Santé publique France).

## Comparaisons régionales et départementales

En 2017, chez les femmes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 0,70 % (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 **Occitanie**, le taux de passage aux urgences (0,62 %) était inférieur au taux national.

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

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

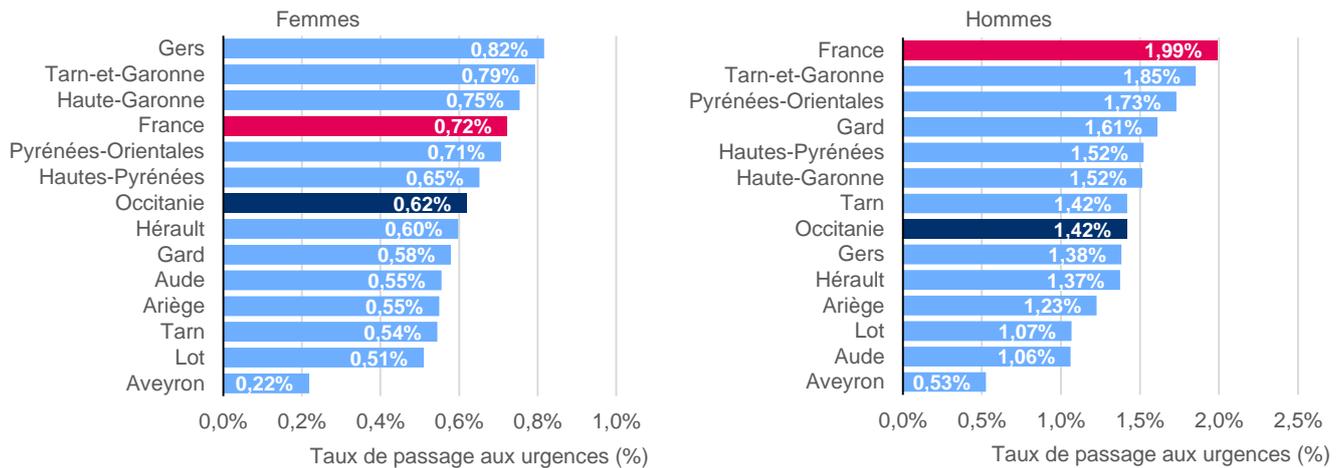


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscore®, population tous âges.  
 Source : Oscore® (Santé publique France).

En 2017, en Occitanie, chez les femmes, 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 l'Aveyron (0,22 %), du Lot (0,51 %), du Tarn (0,54 %) et de l'Aude (0,55 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 20 % supérieur au taux régional dans les départements de la Haute-Garonne (0,75 %), du Tarn-et-Garonne (0,79 %) et du Gers (0,82 %).

Chez les hommes, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus de 20 % inférieur au taux régional dans les départements de l'Aveyron (0,53 %), de l'Aude (1,06 %), du Lot (1,07 %) (figure 20). Ce taux était plus de 20 % supérieur au taux régional dans les Pyrénées-Orientales (1,73 %) et le Tarn-et-Garonne (1,85 %).

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



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 OCCITANIE

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

### Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

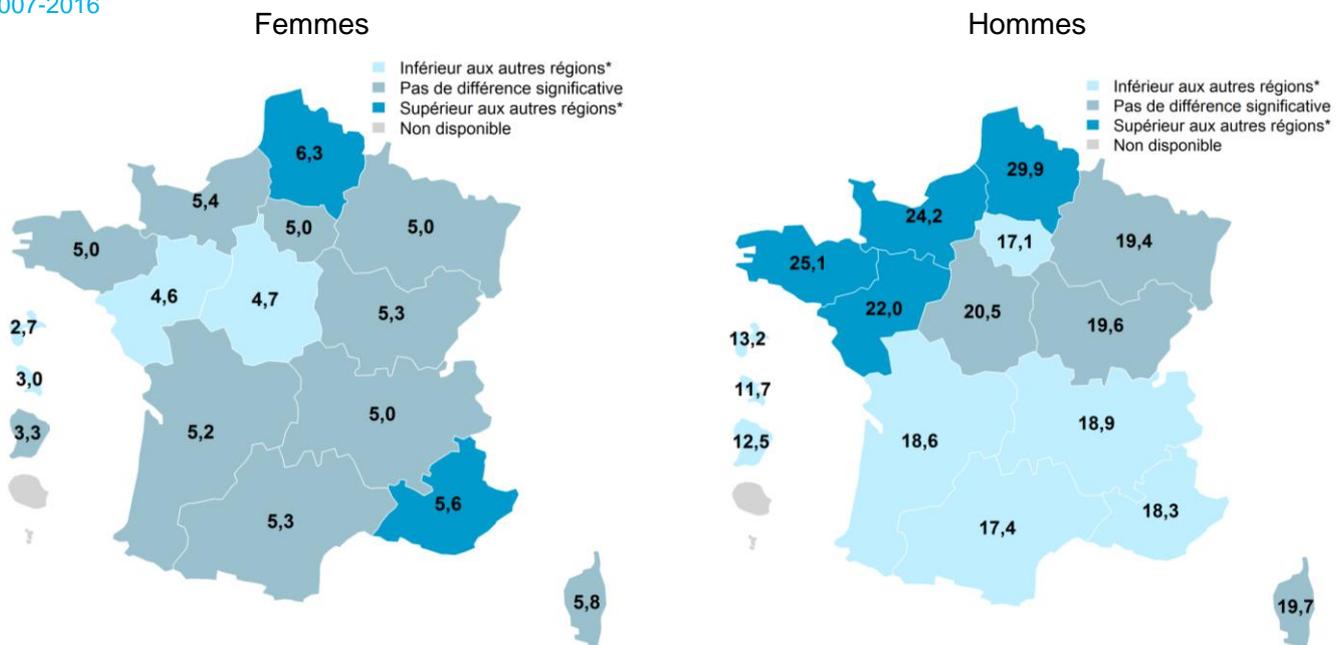
#### • Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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 **Occitanie (5,3 [5,0-5,6])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 21), huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (11,7 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (12,5), la Guadeloupe (13,2), l'Île-de-France (17,1), l'**Occitanie (17,4)**, Provence-Alpes-Côte d'Azur (18,3), la Nouvelle-Aquitaine (18,6) et Auvergne-Rhône-Alpes (18,9). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (22,0), la Normandie (24,2), la Bretagne (25,1) et les Hauts-de-France (29,9).

Figure 21 : Taux régionaux standardisés<sup>a</sup> d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 2007-2016



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

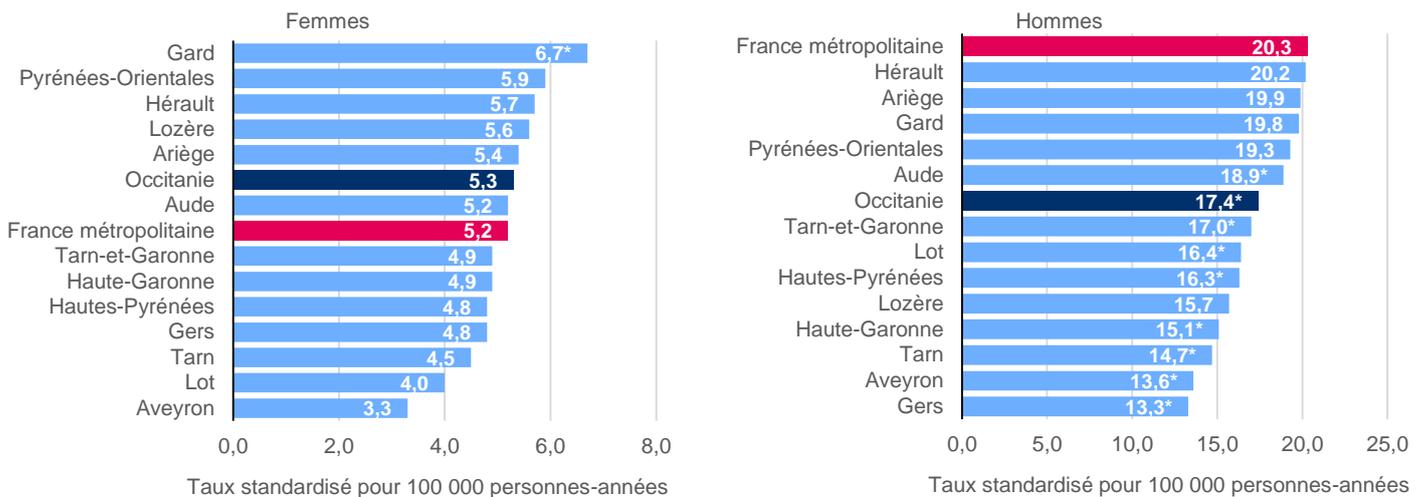
\* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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).

En **Occitanie** (figure 22), chez les femmes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 3,3 [2,6-4,3] pour 100 000 personnes-années en Aveyron à 6,7 [6,0-7,6] dans le Gard. Le Gard présentait un taux départemental significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. Les autres départements de la région ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 13,3 [11,3-15,7] pour 100 000 personnes-années dans le Gers à 20,2 [18,8-21,7] dans l'Hérault. Les départements de l'Aude, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne présentaient des taux significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. Les autres départements de la région ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 22 : Taux départementaux standardisés<sup>a</sup> d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 2007-2016 dans la région Occitanie

<sup>a</sup> 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 %.

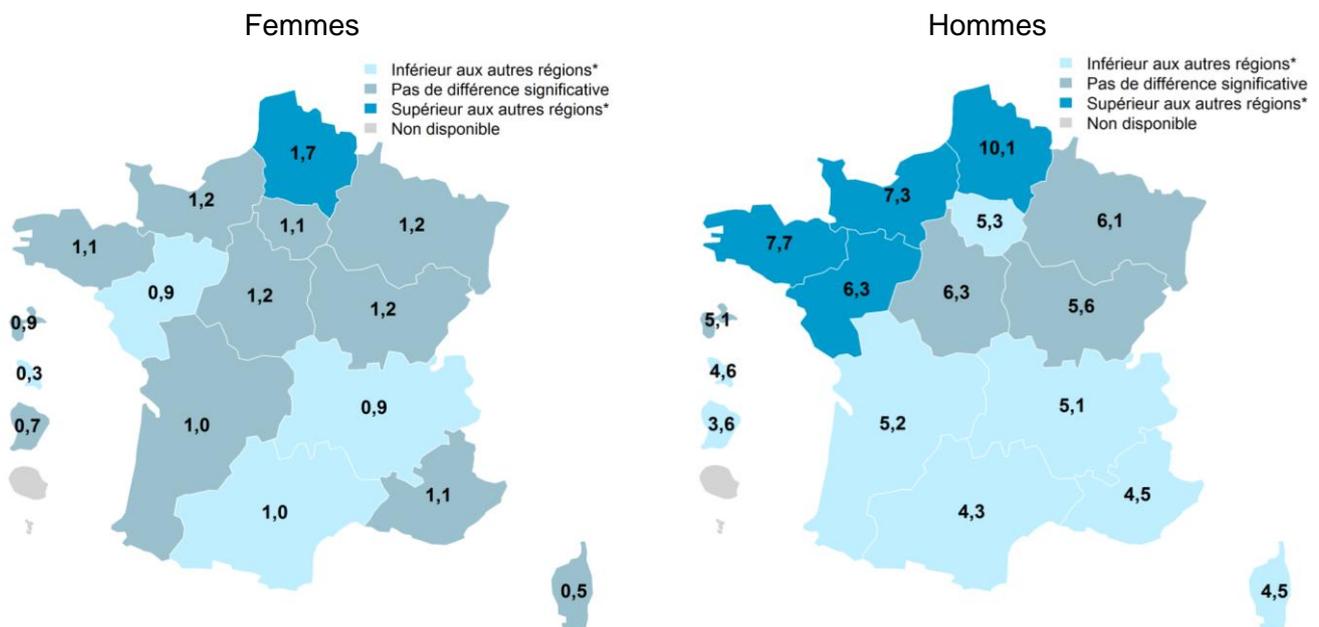
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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.

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

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

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

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

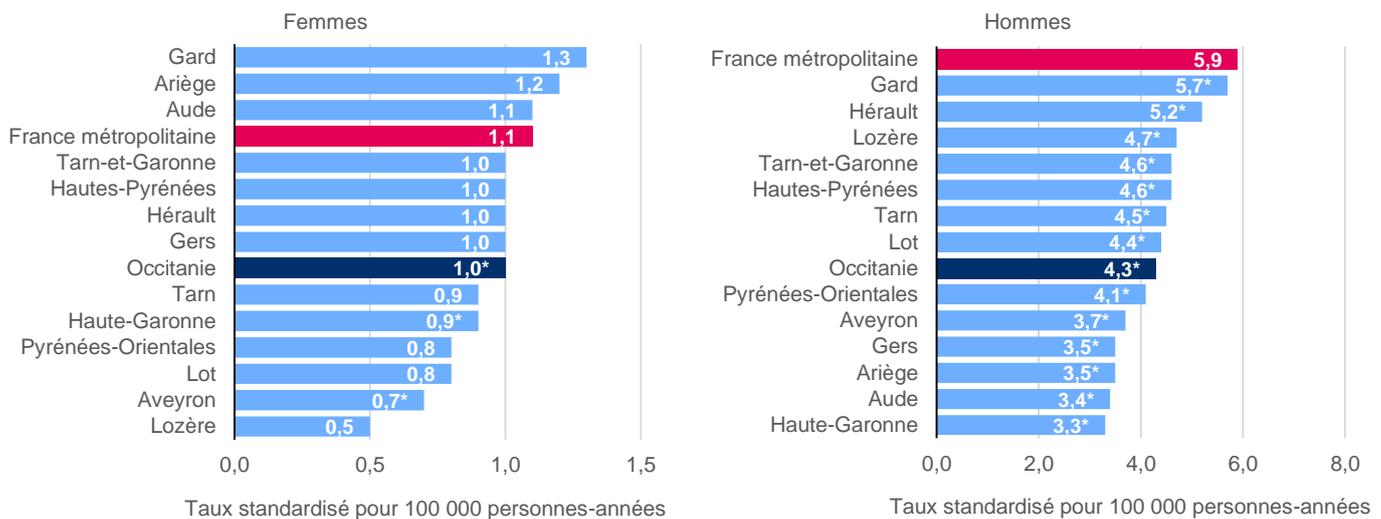
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

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

En **Occitanie** (figure 24), chez les femmes, les taux départementaux standardisés de mortalité, variaient de 0,5 [0,1-3,7] en Lozère à 1,3 [1,0-1,7] dans le Gard. Seuls l'Aveyron (0,7 [0,4-1,6]) et la Haute Garonne (0,9 [0,7-1,2]) présentaient un taux significativement plus faible que la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 3,3 [2,9-3,8] en Haute-Garonne à 5,7 [5,0-6,5] dans le Gard. Tous les départements d'Occitanie présentaient des taux significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine.

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



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

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

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

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

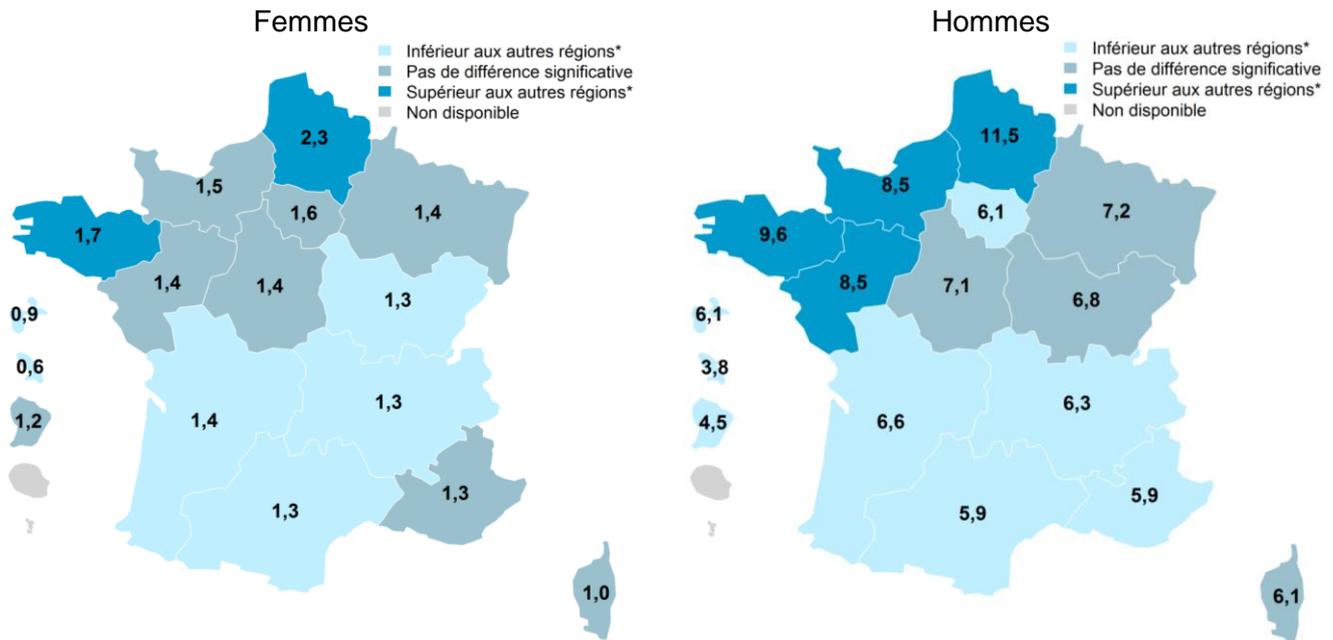
## Le cancer de l'œsophage

### • Incidence du cancer de l'œsophage

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

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

Chez les hommes (figure 25), huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne nationale : la Martinique (3,8 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (4,5), Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,9), l'**Occitanie (5,9)**, l'Île-de-France (6,1), la Guadeloupe (6,1), Auvergne-Rhône-Alpes (6,3) et la Nouvelle-Aquitaine (6,6). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (8,5), les Pays de la Loire (8,5), la Bretagne (9,6) et les Hauts-de-France (11,5).

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

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

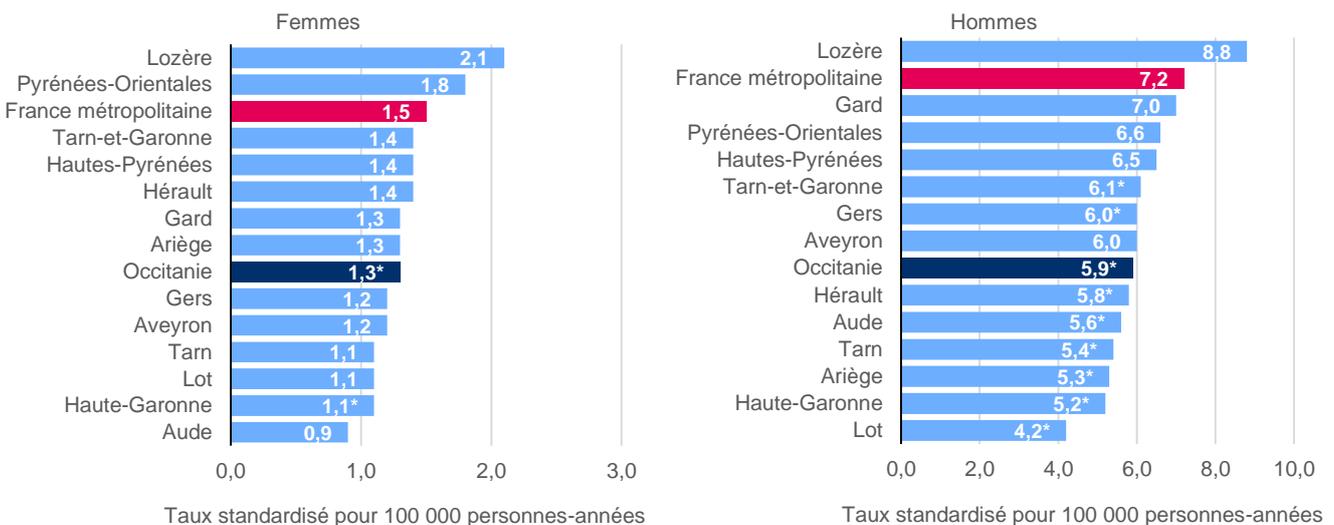
\* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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).

En **Occitanie** (figure 26), les taux départementaux standardisés d'incidence chez les femmes variaient de 0,9 [0,6-1,3] dans l'Aude à 2,1 [1,3-3,9] pour 100 000 personnes-années en Lozère. La Haute-Garonne présentait un taux significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 4,2 [3,2-5,6] dans le Lot à 8,8 [6,6-12,0] pour 100 000 personnes-années en Lozère. Les départements du Gers et du Tarn-et-Garonne présentaient un taux significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. Les départements de l'Hérault, du Tarn, de l'Ariège, de la Haute-Garonne et du Lot présentaient des taux significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine.

Figure 26 : Taux départementaux standardisés<sup>a</sup> d'incidence du cancer de l'œsophage selon le sexe en 2007-2016 dans la région Occitanie

<sup>a</sup> 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).

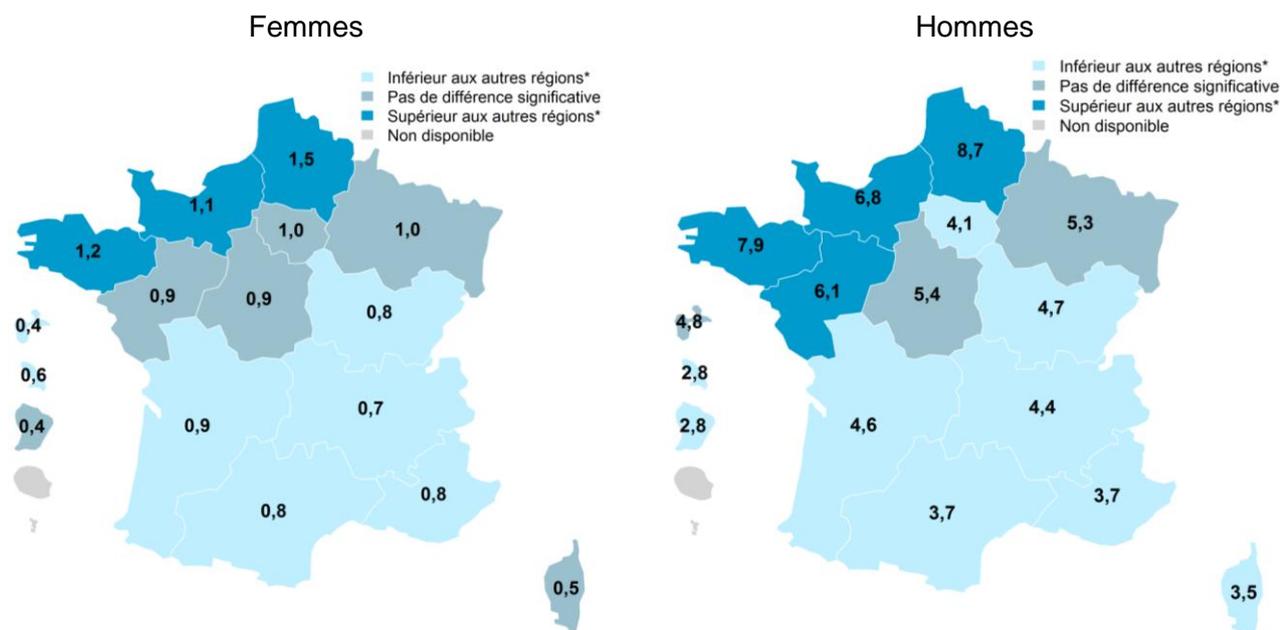
## • Mortalité par cancer de l'œsophage

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 nationale : la Normandie (1,1), la Bretagne (1,2) et les Hauts-de-France (1,5).

Chez les hommes (figure 27), neuf régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (2,8 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (2,8), la Corse (3,5), Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,7), l'**Occitanie (3,7)**, l'Île-de-France (4,1), Auvergne-Rhône-Alpes (4,4), la Nouvelle-Aquitaine (4,6) et la Bourgogne-Franche-Comté (4,7). Les quatre régions du Nord-Ouest se distinguaient à nouveau par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (6,1), la Normandie (6,8), la Bretagne (7,9) et les Hauts-de-France (8,7).

Figure 27 : Taux régionaux standardisés<sup>a</sup> de mortalité par cancer de l'œsophage selon le sexe en 2007-2014



<sup>a</sup> 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 %.

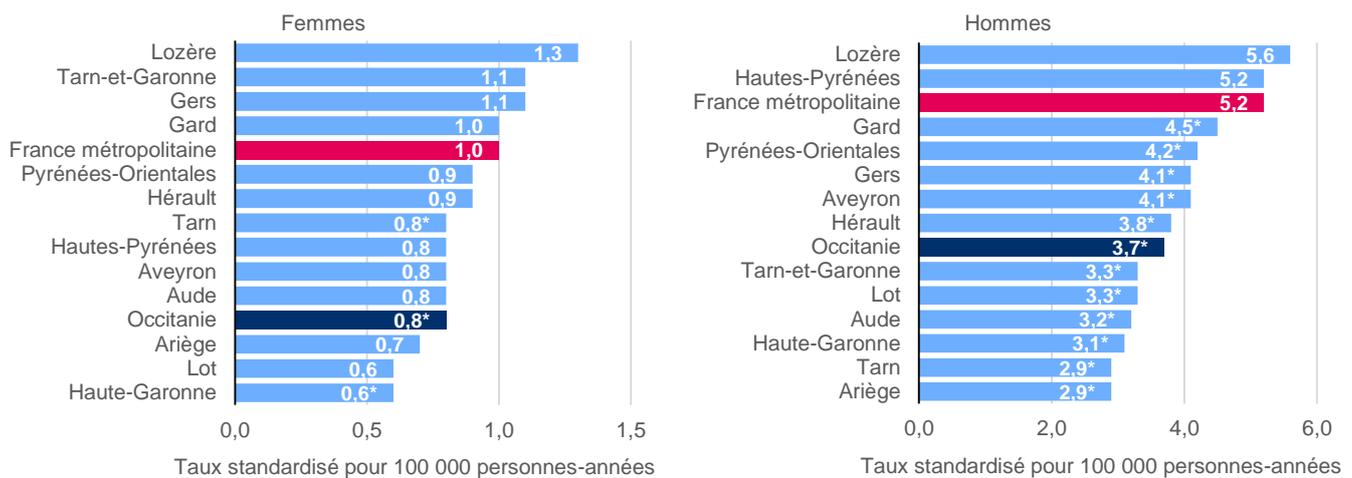
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 **Occitanie** (figure 28), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient de 0,6 [0,4-0,8] en Haute-Garonne à 1,3 [0,6-4,5] pour 100 000 personnes-années en Lozère. La Haute-Garonne et le Tarn présentaient un taux significativement inférieur à la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 2,9 [2,0-4,8] en Ariège à 5,6 [3,9-9,2] pour 100 000 personnes-années en Lozère. Seul les départements de la Lozère et des Hautes-Pyrénées présentaient un taux non significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 28 : Taux départementaux standardisés<sup>a</sup> de mortalité par cancer de l'oesophage selon le sexe en 2007-2014 dans la région Occitanie



<sup>a</sup> 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 **Occitanie (0,2 [0,2-0,3 pour 100 000 personnes-années])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 29), six régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,7 pour 100 000 personnes-années), l'Île-de-France (1,5), le Grand Est (1,6), l'Auvergne-Rhône-Alpes (1,7), la Nouvelle-Aquitaine (1,7) et la Bourgogne-Franche-Comté (1,7). Seule la région Hauts-de-France (2,8) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. La région **Occitanie (1,9 [1,7-2,0] pour 100 000 personnes-années)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

Au sein de la région **Occitanie** (figure 30), chez les femmes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient selon les départements de 0,1 à 0,3 pour 100 000 personnes-années. 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 1,3 [0,9-2,0] dans le Tarn à 2,3 [1,6-3,4] dans le Tarn-et-Garonne, pour 100 000 personnes-années. Le département de la Haute-Garonne (1,5 [1,2-1,8]), présentait un taux standardisé de mortalité significativement inférieur à la moyenne de France métropolitaine.



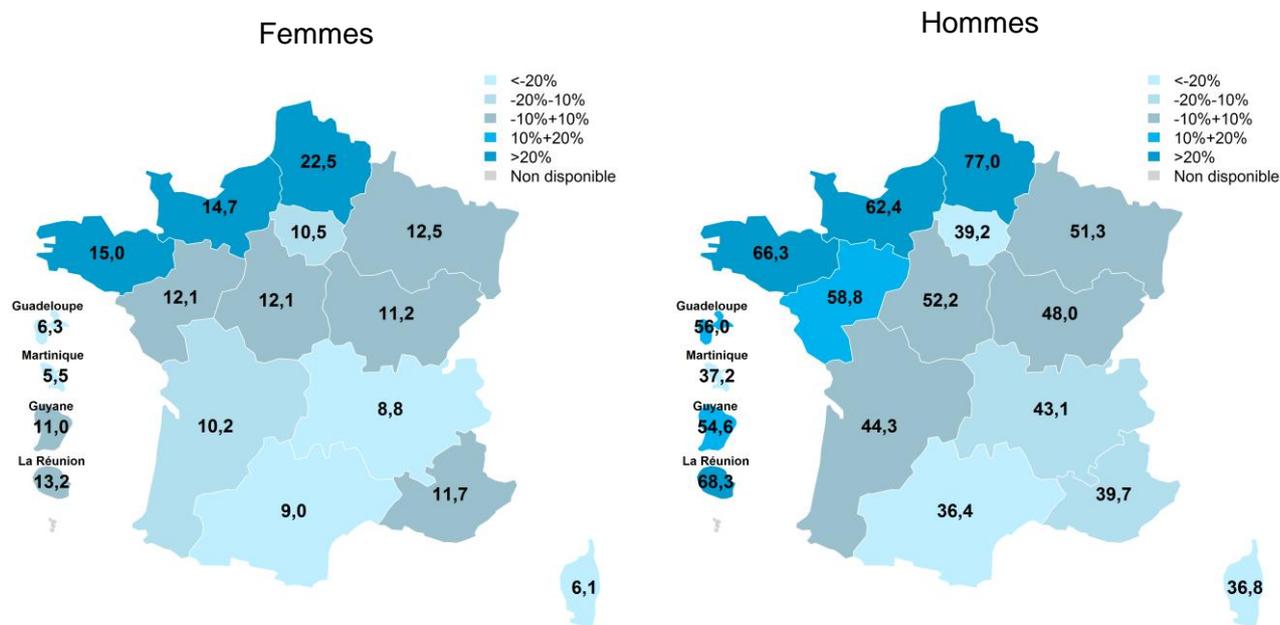
## Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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

Chez les femmes (figure 31), ce taux standardisé de mortalité était de 12,0 pour 100 000 habitants en France entière. Les régions Hauts-de-France, Bretagne et Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur au taux national, tandis qu'en **Occitanie**, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Guadeloupe, en Corse et en Martinique, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions.

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<sup>a</sup> de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015

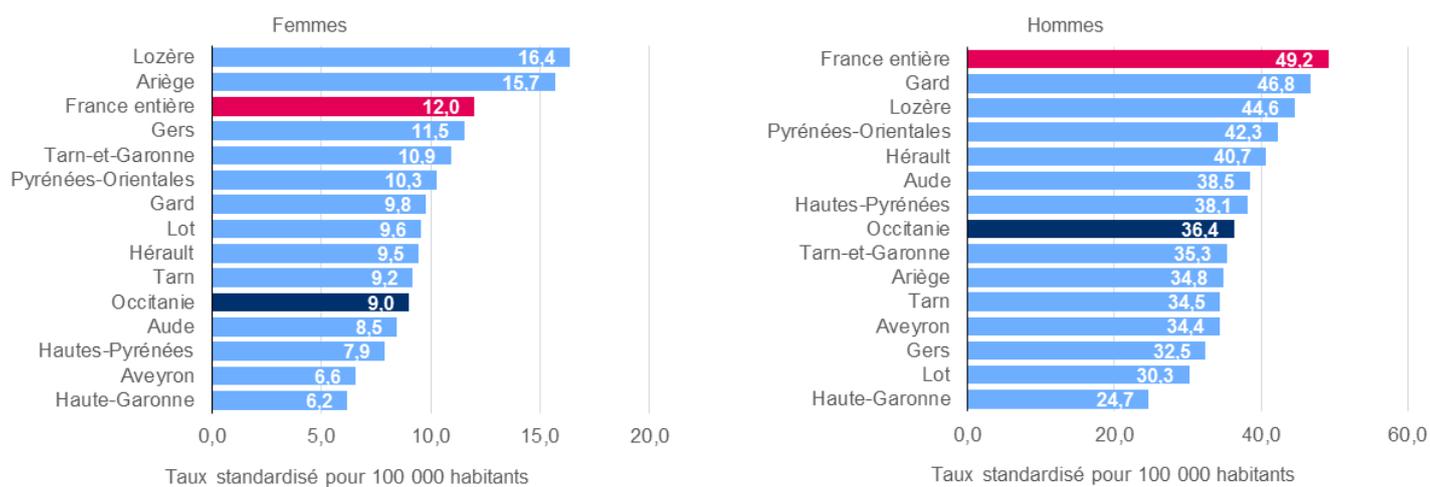


<sup>a</sup> Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).  
 Champ : France entière (hors Mayotte).  
 Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

En région **Occitanie**, chez les femmes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 6,2 pour 100 000 habitants en Haute-Garonne à 16,4 pour 100 000 habitants en Lozère. Dans les départements de l'Ariège, du Gers, de la Lozère et du Tarn-et-Garonne, le taux standardisé de mortalité était plus de 20 % supérieur à celui de la région, tandis qu'en Aveyron et en Haute-Garonne, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui de la région.

Chez les hommes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool varient de 24,7 pour 100 000 habitants en Haute-Garonne à 46,8 pour le Gard. Dans les départements du Gard et de la Lozère, le taux standardisé de mortalité était plus de 20 % supérieur à celui de la région, tandis qu'en Haute-Garonne, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui de la région.

Figure 32 : Taux départementaux standardisés<sup>a</sup> de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015 dans la région Occitanie



<sup>a</sup> Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).

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

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

# ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LA RÉGION OCCITANIE

**Dr I. Théis, ARS Occitanie**

Le **projet régional de santé (PRS) Occitanie 2018-2022** a clairement repéré la problématique des addictions comme priorité de santé publique et s'est fixé des ambitions à 5 ans. Pour mémoire, dans notre région comme au niveau national, les faits les plus marquants sont : une hausse des usages de tabac, surtout chez les filles, une consommation d'alcool festive élevée chez les jeunes avec des alcoolisations ponctuelles et une expérimentation des drogues illicites stable.

En ce qui concerne les (mé)usages d'alcool, deux phénomènes principaux ont été repérés : des consommations de plus en plus fréquentes chez les jeunes filles et une tendance marquée à des consommations ponctuelles excessives qui conduisent à l'ivresse et aux prises de risques.

L'Occitanie est également une des régions de France où les usages réguliers d'alcool sont parmi les plus élevés. Et ces consommations sont un facteur important de mortalité prématurée évitable. Ainsi, l'ambition de l'ARS pour les 5 ans à venir consiste, d'une part, à prévenir les addictions dans un but de réduction de la morbidité et de la mortalité prématurée évitable en favorisant l'intervention précoce et, d'autre part, à fluidifier les parcours de soins et prévenir les ruptures dans la prise en charge par la mise à disposition d'une palette de services et l'articulation des dispositifs. Il s'agit donc de proposer un parcours de santé en addictologie gradué et adapté aux besoins des personnes.

## De la prévention aux soins : dessiner un parcours de santé « addictions »

**En matière de prévention**, la stratégie de l'ARS se définit par une approche globale des produits addictogènes et des comportements promouvant le renforcement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge et l'appui au repérage, à l'orientation et à la prise en charge. L'accent est mis sur la recherche de la précocité de l'intervention, dès les premières consommations, avant que ne s'installent une addiction ou des dommages, en développant le « aller vers ».

Ainsi, les projets mis en avant dans le PRS 2018- 2022 portent sur :

- la prévention primaire et notamment le renforcement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes ;
- l'amélioration de la prévention et la réduction des risques en milieu festif ;
- le développement des actions de prévention des comportements addictifs dans les territoires, en s'appuyant sur les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Cet article se propose d'illustrer plus en détail chacun de ces projets.

### 1- Le renforcement des compétences psycho sociales (CPS) des enfants et des jeunes.

Divers programmes, pour la plupart « inventés » et d'abord évalués dans les pays anglo-saxons, sont repérés comme prometteurs dans la prévention des addictions chez les jeunes (<https://portaildocumentaire.Santepubliquefrance.fr>). En matière de prévention alcool, deux d'entre eux font l'objet d'un appui financier de l'ARS dans leur déploiement dans la région.

Le **programme Unplugged** est développé en Occitanie par la Fédération Addiction. Il s'agit d'un programme de prévention universelle des consommations de substances psychoactives (SPA) en milieu scolaire. Son objectif est de réduire l'expérimentation et la consommation de SPA (tabac, alcool/ivresse, cannabis) chez les collégiens de 11 à 14 ans. Il est composé de 12 séances d'1 heure délivrées en classe par un membre de l'équipe éducative préalablement formé. Sa stratégie d'intervention repose sur le renforcement des compétences psychosociales, la correction des croyances normatives, le changement d'attitude à l'égard des drogues et l'amélioration des connaissances sur les SPA grâce à l'utilisation de méthodes interactives (mises en situation, jeux de rôles) lors de séances formalisées et structurées. Plusieurs évaluations ont montré qu'Unplugged était efficace pour prévenir les expérimentations à court terme et réduire à long terme les consommations de SPA. La durée de déploiement de l'action est prévue de février 2019 jusqu'au 30 juin 2020 : il est prévu de toucher 20 établissements, 40 classes dans 7 territoires concernés (Tarn-et-Garonne; Haute-Garonne ; Gard ; Hérault ; Aveyron ; Lozère ; Pyrénées-Orientales). Un total de 800 collégiens devrait être concerné.

Le **programme SOFTPEERS** est développé à l'initiative d'Epidaure, Département prévention de l'Institut du cancer de Montpellier. Il est ancré théoriquement sur le modèle trans-contextuel qui cible la motivation personnelle des jeunes, les attitudes, les normes sociales et le contrôle perçu pour réduire les consommations excessives d'alcool. Il est basé sur l'éducation par les pairs sur la base du volontariat, avec six ateliers visant à amener les pairs-éducateurs lycéens à créer un outil de prévention. Voir détail sur : <http://www.Oscarsante.Org/occitanie/action/detail/36031>

Ses objectifs sont : agir par les pairs pour réduire la consommation excessive d'alcool ; développer la motivation et l'information des jeunes pour réduire leur consommation de substances psychoactives et prévenir les alcoolisations ponctuelles. Les résultats attendus : réduire les alcoolisations ponctuelles importantes (API).

En 2019, entre 1700 et plus de 5000 lycéens en seconde et première (15-18 ans) scolarisés dans quatre lycées généraux, technologiques et polyvalents de l'Académie de Montpellier devraient bénéficier de ce programme.

### 2 - L'amélioration de la prévention et la réduction des risques en milieu festif.

La consommation d'alcool « festive » n'est pas le seul objet de ce type de programme : les différents risques pris par les jeunes (consommation de substances dont l'alcool, risques sexuels, violences...), in situ, sont pris en compte dans ces interventions.

Dans le cadre du PRS, le projet vise à prévenir et/ou réduire les consommations et leurs risques associés à travers une approche menée par des pairs (jeunes vers les jeunes). Ces programmes seront priorisés en milieu festif (dans une perspective de diminution des risques immédiats). Des actions sont déjà initiées sur quelques villes d'Occitanie (principalement Toulouse et Montpellier). Ce projet vise à les diffuser et systématiser sur les grands événements festifs touchant les jeunes en Occitanie.

Le projet a démarré en 2019. De juin à septembre 2019, un état des lieux départemental (enquêtes auprès des DD -ARS) a été engagé. Cette phase se déroule en étroite liaison avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) qui s'est engagée à transmettre la même enquête à ses équipes départementales. Le dernier trimestre 2019 sera mis à profit pour la co-définition d'une charte d'intervention en milieu festif avec la MILDECA et travailler sur un ciblage des objectifs poursuivis par les programmes d'action soutenus par l'ARS et la MILDECA, afin de gagner en lisibilité de l'action publique, en optimisation des fonds publics et en capacité d'évaluation des programmes.

### 3 - Le développement des actions de prévention des comportements addictifs dans les territoires, en s'appuyant sur le dispositif CSAPA-CAARUD.

L'Occitanie compte 39 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et 18 Centres d'Accueil et d'Accompagnement, à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) répartis sur chacun des 13 départements, pourvus pour certains d'antennes délocalisées.

L'ARS Occitanie œuvre depuis plusieurs années au renforcement des dispositifs existants et à l'amélioration de la couverture territoriale et de la qualité des prises en charge. Ce maillage territorial ainsi que la complémentarité des structures et des acteurs participe à la fluidité du parcours de soins. L'accent est mis pour que CSAPA et CAARUD s'inscrivent dans une logique d'intervention précoce, d'aller vers, de réduction des risques et des dommages. Ils concourent également à la structuration de la filière d'addictologie en renforçant l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et la médecine de ville.

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 a fait de la prévention des addictions une mission obligatoire portée par les CSAPA. Dans le cadre du PRS, l'ambition est de positionner les CSAPA comme acteurs principaux de la prévention. Il s'agira de conforter une offre de prévention s'inscrivant dans la durée et la proximité, portée par des professionnels qualifiés et dont les connaissances sont régulièrement actualisées. Par ailleurs, les missions d'un CSAPA, permettent une articulation avec les autres acteurs du territoire et la mise en place d'interventions coordonnées. Les CSAPA portent, 27 consultations jeunes consommateurs (CJC) sur la région, dont la mission est d'accueillir les jeunes en difficulté du fait leur consommation, ainsi que leur entourage. Il sera également demandé aux CJC de nouer un travail de partenariat plus étroit, en matière de prévention, avec les établissements d'enseignement, dans leur proximité.

Ce projet PRS sera engagé en 2020, en concertation avec les professionnels du secteur (Fédération addiction, ANPAA,...), afin de développer un programme de prévention des addictions et un plan de communication. En adéquation avec les besoins des territoires, il visera notamment à mettre en place, au sein de chaque CSAPA, une compétence pour déployer ce programme. Simultanément, un plan de communication sera déployé pour informer de cette nouvelle activité.

#### La filière de soins : du premier recours aux soins hospitaliers.

Si, en matière d'addictions, le PRS Occitanie 2018-2022 met l'accent sur les actions de prévention, les filières de soins en addictologie, du premier recours jusqu'à l'hospitalier, seront accompagnées, notamment dans une logique de maillage territorial, afin de couvrir les parcours de soins des personnes présentant des conduites addictives : en la matière, les personnes dépendantes et/ou subissant des dommages liés à l'alcool fournissent le plus gros contingent.

**Les professionnels du premiers recours** proposent une offre de proximité de droit commun et finalisent le maillage territorial de prise en charge et de soins des personnes ayant des conduites addictives. Situé au plus près de la population, connaissant souvent la famille et l'environnement des patients, le médecin généraliste constitue fréquemment le premier recours pour les personnes en difficulté avec une conduite addictive. Selon le rapport de l'OFDT, en 2009, à l'échelle nationale, 50 % des médecins généralistes ont vu au moins un patient au cours d'une semaine donnée pour un sevrage à l'alcool (soit environ 50 000 patients).

La place du médecin généraliste (MG) est donc réelle dans le système de prise en charge des addictions. Pour autant, les MG sont nombreux à être en difficulté devant cette patientèle pour différentes raisons : manque de formation ; temporalité des consultations ; situations complexes faisant appel à des compétences en dehors du champ de compétences d'un médecin généraliste.

Pour répondre à ces difficultés, dans l'interstice entre premier recours et dispositifs de prise en charge (médico-social ou hospitalier), **la création des microstructures addictions** est née d'une volonté d'améliorer la prise en charge des personnes sujettes à des conduites addictives dans le champ des soins primaires, par une démarche thérapeutique, associant au suivi médical, une prise en charge psychosociale systématique. Les microstructures sont nées du souci de répondre à deux types de difficultés : celles rencontrées par les patients souffrant d'addiction ; celles rencontrées par les médecins généralistes dans leur activité quotidienne pour la prise en charge de cette population.

La microstructure médicale addiction (MSMA) est une organisation souple, en appui au médecin traitant, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions.

La MSMA est constituée d'une équipe de soins primaires pluridisciplinaire comprenant a minima un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, dans son cabinet. Le lieu d'exercice de la MSMA peut être un cabinet individuel ou de groupe de médecine générale, une maison de santé, ou un centre de santé. Elle repose, dans le territoire, sur une forte articulation entre une ou plusieurs équipes de soins primaires ou un médecin généraliste en exercice isolé et une structure médicosociale spécialisée, notamment les CSAPA, voire les CAARUD.

L'ambition portée par l'ARS est de développer, a minima, une microstructure par département, à échéance, du PRS, en tenant compte aussi des opportunités territoriales. En effet, le déploiement des dispositifs s'appuie essentiellement sur la volonté des médecins généralistes à s'impliquer dans cette forme de prise en charge. 4 microstructures ont été constituées et financées via le FIR dès 2017. Elles intégreront l'expérimentation « article 51 » qui va permettre un déploiement régional : 16 autres microstructures seront promues en janvier 2020 ainsi que 10 autres en janvier 2021.

**Concernant la filière hospitalière de soins en addictologie**, avec 20 Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et 53 consultations hospitalières d'addictologie, l'Occitanie dispose d'au moins un site de niveau I, dit de proximité, dans chaque département permettant d'assurer les sevrages simples. Le niveau II, de recours, est constitué des services d'hospitalisation de jour et/ou d'hospitalisation complète réalisant des sevrages simples ou complexes, à raison d'un service pour 500 000 habitants. Il est complété par les services de Soins de Suite et de Réadaptation ayant développé une activité en addictologie (SSRA). Le niveau III, hospitalo-universitaire, avec la création d'un pôle d'addiction dans chaque CHU, permet de jouer le rôle de service de recours et de centre régional de référence. L'ARS Occitanie a pour objectif, au décours du PRS, de finaliser les reconnaissances de niveau II et conforter le niveau III.

Enfin, un pôle régional de recherche et de formation en addictologie, dit « Addictopôle », qui réunit les équipes hospitalo-universitaires des 3 CHU de la région, est actuellement en déploiement dans la région. Il vise à fédérer les compétences et les moyens de recherche et d'enseignement dans ce domaine et de proposer des formations supports aux professionnels de santé.

## ADDIC'TEAM (TUTEURS ENSEMBLE CONTRE LES ADDICTIONS EN MÉDECINE)

**Pr Nicolas Franchitto – Dr Hélène Donnadiu – Pr Pascal Perney**  
**Services d'Addictologie CHU Toulouse – CHU Montpellier – CHU Nîmes**

Les étudiants en médecine sont les praticiens de demain. Les données de la littérature montrent que les consommations de substances entraînent des répercussions négatives sur leurs études et sur leur équilibre quotidien. De plus, les ressources pour aider les étudiants sont peu nombreuses au sein des facultés. L'organisation des étudiants en médecine au sein d'un tutorat permet à des étudiants des années supérieures de superviser les étudiants des années inférieures. La Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) est l'étape essentielle dans les études de santé pour entrer dans le cursus de médecine, de pharmacie, de maïeutique ou de kinésithérapie. Cette année d'étude est connue pour sa difficulté, le besoin d'une certaine endurance des étudiants pour se préparer à la sanction de fin d'année représentée par un concours. Les moments de fragilité fréquents au cours de cette année sont autant de facteurs de risque de consommation de substances.

Les enseignants d'addictologie des trois facultés de médecine ont décidé de s'appuyer sur les tuteurs étudiants des années supérieures pour proposer des actions visant à repérer, orienter et soutenir les étudiants de la PACES en cas de problématique addictologique. Cette action a pour objectif principal la mise en place d'un programme de formation et d'éducation destiné aux étudiants tuteurs de deuxième année de médecine leur permettant d'acquérir les compétences suffisantes pour repérer, accompagner et orienter leurs pairs étudiants inscrits en PACES présentant un trouble de l'usage de substances.

### **Rationnel de la formation des étudiants tuteurs**

L'influence des pairs dans les modifications de comportement des plus jeunes est importante. Dans les milieux étudiants, surtout pour les étudiants en médecine, les consommations de substances licites (alcool et tabac) ou illicites (cannabis), sont influencées de façon défavorable si leurs « modèles », représentés par d'autres étudiants plus avancés dans le cursus au sein de la Faculté ont des représentations erronées de ce type de comportement de consommation de substances (Lerchenfeldt, Mi, & Eng, 2019).

Les étudiants en médecine constituent une population à risque de comportements addictifs qu'ils s'inscrivent dans une consommation festive avec les complications d'un usage à risque ou dans le cadre d'un trouble de l'usage de substances (Bourbon et al., 2019) traduisant un mal-être ou masquant une co-morbidité psychiatrique ou une vulnérabilité psychique. Cette population d'étudiants doit être la cible prioritaire d'actions de prévention.

Les besoins de santé identifiés pour cette population concernant les consommations de produits sont préoccupants. Selon les enquêtes régulières de l'Office national des Drogues et des Toxicomanies et du [Baromètre de santé publique France](#) 2014, 2016, 2017 et Baromètre cancer 2015, si l'on observe une diminution de la consommation de tabac manufacturé depuis 2017, déjà amorcée depuis 2014 (avec un recul de 9 points), il est décrit dans la littérature un engouement pour la cigarette électronique.

L'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois concernait 28% des 18-25 ans, soit trois points de plus qu'en 2010 (8%). Cette hausse de la consommation est identique dans les deux sexes. Enfin 3% de la population interrogée avaient un usage régulier de cannabis. De plus, il est important de souligner la facilité avec laquelle les étudiants en médecine, comme tous les autres étudiants d'ailleurs peuvent se procurer ces nouveaux produits de synthèse dans les soirées festives. Récemment, des alertes sanitaires, au regard de la gravité des tableaux cliniques diagnostiqués aux États Unis chez des consommateurs de e-liquides sous forme inhalée, a permis de redynamiser le repérage de ce type de consommations et de se concentrer sur la nature des produits de synthèse, de type cannabinoïdes, accessibles sur internet, et échappant à toute régulation.

Un focus sur la fragilité psychique des étudiants en médecine est essentiel, facteur favorisant des consommations de ce type de produits.

Les étudiants en médecine sont particulièrement exposés à la consommation de produits psychotropes inhalés (tabac, cannabis, e-liquides, protoxyde d'azote, ou nouveaux produits de synthèse) au regard de la fréquente co-occurrence de troubles psychologiques ou d'une vulnérabilité psychique plus importante comparée à une population du même âge (Rotenstein et al., 2016). La proportion d'étudiants en médecine ayant signalé un état dépressif et s'étant engagés dans un suivi spécialisé approche les 16%. En l'absence de prise en charge précoce de ces troubles, les conséquences sont dramatiques pour ces jeunes étudiants qui seront les praticiens de demain avec un risque majoré de passage à l'acte suicidaire 3 à 5 fois supérieur à la population générale.

### **L'efficacité de ce type d'action : le tuteur étudiant en médecine et son rôle de sentinelle :**

Les étudiants qui s'inscrivent en Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) ont pour modèle les étudiants de deuxième année de médecine essentiellement parce que ces derniers ont obtenu le concours de fin d'année. Former les étudiants de deuxième année de médecine sur le modèle du Peer-Assisted-Learning (PAL) afin que ces derniers soient confiants pour repérer, dépister et orienter les plus jeunes est d'actualité. En effet, les créations des tutorats des étudiants en médecine inscrits en PACES sont un excellent moyen de communication entre étudiants d'années supérieures avec les étudiants les plus jeunes. Ces tutorats sont plébiscités par les jeunes étudiants de la PACES. Sur les facultés de médecine de Montpellier et de Toulouse, les entretiens avec les présidents des tutorats des deux facultés ont permis d'évaluer à 300 le nombre de tuteurs pour environ 5800 étudiants inscrits en PACES.

### **Les raisons positives pour que cette transmission par les pairs soit efficace**

Plusieurs éléments permettent de penser que le rôle des tuteurs est positif pour les étudiants plus jeunes.

- Les étudiants de deuxième année de médecine qui ont été volontaires pour être des tuteurs des étudiants de PACES ont une appétence particulière pour encadrer les plus jeunes ;
- Les étudiants de deuxième année de médecine ont des facilités pour repérer les étudiants en difficultés et repérer leur fragilité car ils ont connu les mêmes difficultés et les mêmes moments de fragilité que les plus jeunes un an auparavant (Tamachi, Giles, Dornan, & Hill, 2018) ;
- Au sein de l'association des tutorats, il existe une branche appelée « Tutorat Santé » spécifique pour le repérage et la gestion des difficultés des étudiants de PACES ;
- Les rencontres entre étudiants PACES et leurs tuteurs sont fréquentes au moment des « colles » d'enseignement ou de façon personnalisée en cas de difficultés d'un étudiant.
- L'enseignement par les pairs est bénéfique pour les tuteurs qui sont valorisés par ce rôle de jeune médecin les confrontant immédiatement avec leur futur métier. Cet enseignement est aussi bénéfique pour les plus jeunes qui peuvent discuter avec le tuteur dans un environnement moins hiérarchisé, avec des questions plus libres et moins de retenue dans les interactions (Bennett, Morris, & Mirza, 2018).

### **Une stratégie d'intervention basée sur l'interaction collaborative entre les professionnels de l'Addictologie et les tuteurs**

La rencontre de préparation entre les Professionnels des Équipes d'Addictologie et les responsables du Tutorat Étudiants a conduit à la mise en place d'un programme de rencontres en « face à face ».

Plusieurs séances entre les étudiants et les professionnels de l'addictologie sont prévues.

### **Une formation au repérage et à la prise en charge des problématiques addictologiques par les équipes d'Addictologie des CHU**

Ce programme a pour objectif, à partir d'une proposition d'un modèle clinique global et générique de l'addiction, d'amener les participants à reconnaître les différentes modalités d'expression de ce trouble chez les étudiants en médecine et de mobiliser les ressources spécifiques à sa prise en charge et à sa prévention. Les intervenants sont choisis pour leur expérience et leurs compétences professionnelles ainsi que pour leur capacité de concevoir des objectifs pédagogiques, un contenu de programme et d'utiliser des méthodes pédagogiques interactives et des moyens d'évaluation.

Une formation cognitive présente avec une partie théorique et pratique à chaque séance.

La durée totale de la formation représente 12 heures réparties sur 4 mois.

### **En synthèse**

Le but de ce projet transversal régional en Occitanie est de proposer en plus des collaborations déjà existantes entre enseignants des trois facultés, une harmonisation des approches de repérage des consommations de produits inhalés au sein de cette population d'étudiants à risque à travers les formations des pairs étudiants. Les effets attendus sont un meilleur repérage des consommations de produits par les étudiants de deuxième année lorsqu'ils sont en contact avec la population cible d'étudiants de PACES. Pour cela, il est de notre rôle de spécialistes des Addictions et d'enseignants de compléter la formation des étudiants en médecine de deuxième année par des ateliers en « face to face » afin de leur transmettre les connaissances et compétences requises pour pouvoir répondre à un étudiant qui exprime des symptômes en relation avec des conduites addictives. Ces formations vont permettre à l'étudiant de « savoir être » et de « savoir faire face » à ces situations. A la fin des formations, l'étudiant tuteur sera capable :

- de repérer un comportement addictif ;
- de repérer une fragilité psychologique ;
- d'être confiant avec l'étudiant en difficulté et de se positionner comme un individu étayant pour l'étudiant plus jeune ;
- de savoir orienter l'étudiant dans le réseau addictologique de proximité.

### **Pour le futur :**

A la fin du cycle de formation des tuteurs, l'étudiant de deuxième année qui a un rôle de sentinelle pour les étudiants de la PACES pourra poursuivre l'approfondissement de ses connaissances en troisième année de médecine dans le cadre du service sanitaire santé. Les tuteurs formés pourront sensibiliser ensuite les autres étudiants qui auront été admis en deuxième année de médecine et qui deviendront des tuteurs à leur tour.

Cette formation des tuteurs aura pour but ultime de devenir un cycle de formation des étudiants d'une année sur l'autre en appui des enseignements théoriques de l'addictologie réalisée en enseignement magistral dans le cadre des programmes des différents cycles des études médicales.

### **Pour approfondir:**

- Bennett, S. R., Morris, S. R., & Mirza, S. (2018). Medical Students Teaching Medical Students Surgical Skills: The Benefits of Peer-Assisted Learning. *Journal of Surgical Education*, 75(6), 1471–1474. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.03.011>
- Bourbon, A., Boyer, L., Auquier, P., Boucekine, M., Barrow, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Anxiolytic consumption is associated with tobacco smoking and severe nicotine dependence. Results from the national French medical students (BOURBON) study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 94, 109645. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109645>
- Lerchenfeldt, S., Mi, M., & Eng, M. (2019). The utilization of peer feedback during collaborative learning in undergraduate medical education: a systematic review. *BMC Medical Education*, 19(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1755-z>
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *JAMA*, 316(21), 2214. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
- Tamachi, S., Giles, J. A., Dornan, T., & Hill, E. J. R. (2018). "You understand that whole big situation they're in": interpretative phenomenological analysis of peer-assisted learning. *BMC Medical Education*, 18(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1291-2>

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

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

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

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

## SOURCE DES DONNÉES

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

### 1) Baromètre santé et Baromètre de Santé publique France

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

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

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

### 2) Enquête ESCAPAD 2017

L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) est une enquête anonyme menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'appuyant sur un questionnaire auto-administré qui se déroule dans tous les centres actifs de la journée défense et citoyenneté (JDC) en France (y compris ceux des DOM) avec le soutien de la Direction du service national et de la jeunesse. Le questionnaire porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs. Cette enquête a lieu tous les 3 ans (depuis 2005) au mois de mars sur une période variant de 1 à 2 semaines selon les années. Les données présentées dans ce bulletin sont issues de la 9<sup>ième</sup> enquête ESCAPAD qui consistait à interroger tous les jeunes convoqués à la JDC entre le 13 et le 25 mars 2017, soit 43 892 jeunes. Le taux de participation métropolitain, c'est-à-dire le nombre total de questionnaires remplis / nombre total de présents, est de 97,4 %.

### 3) Organisation coordonnée de la surveillance des urgences (Oscour®)

L'analyse des passages aux urgences directement liés à l'alcool a été réalisée à partir des résumés de passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgence (SU) participant au réseau Oscour®. Le dispositif Oscour® fait partie du dispositif de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Il repose sur des regroupements syndromiques, définis par des groupes d'experts (cliniciens, urgentistes, épidémiologistes et spécialistes des départements d'information médicale) et constitués par des regroupements de codes diagnostics (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU.

En région **Occitanie**, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité des 66 structures d'urgences. En 2017, d'après le réseau des structures d'urgence de la région Occitanie, le réseau Oscour® enregistrait 100% des passages aux urgences de la région.

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants était exhaustive 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 87,9 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Occitanie.

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 Occitanie, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Ariège	3/3 (100%)	98,7%
Aude	5/5 (100%)	84,7%
Aveyron	5/5 (100%)	71,7%
Gard	5/5 (100%)	86,6%
Haute-Garonne	10/10 (100%)	96,7%
Gers	2/2 (100%)	28,8%
Hérault	13/13 (100%)	77,0%
Lot	4/4 (100%)	95,3%
Lozère	1/1 (100%)	<1%
Hautes-Pyrénées	5/5 (100%)	70,5%
Pyrénées-Orientales	5/5 (100%)	87,3%
Tarn	5/5 (100%)	98,9%
Tarn-et-Garonne	3/3 (100%)	94,8%

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

### 4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

### 5) Certificats de décès

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

## DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

### 1) Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

### 2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

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

### 3) Réseau Oscour®

Le regroupement syndromique « passages aux urgences en lien direct avec l'alcool », correspond aux codes diagnostics de la 10<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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
<b>Occitanie</b>	<b>2 371</b>	<b>3 264</b>
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 Epidémiol Hebd. 2019;(10-11):180-7. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019\\_10-11\\_2.html](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 Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):97-108. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_2.html](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 Epidémiol Hebd. 2019;(10-11):178-9. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019\\_10-11\\_1.html](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 Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_4.html](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 Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):109-15. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_3.html](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](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html)]
- Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête Escapad 2017.OFDT, 2018 [<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>]
- Velten M, Marrer E, Debreuve-Theresette A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Grand Est. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 173 p.

## COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL OCCITANIE

### Santé publique France

Anne Guinard, Damien Mouly, 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

Ivan Théis, ARS Occitanie

Pr Nicolas Franchitto – Dr Hélène Donnadieu – Pr Pascal Perney, Services d'Addictologie CHU Toulouse – CHU Montpellier – CHU Nîmes

### 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® et l'Observatoire Régional des Urgences d'Occitanie

**Contact :** Santé publique France Occitanie, [occitanie@santepubliquefrance.fr](mailto:occitanie@santepubliquefrance.fr)