

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 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.11 Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.15 Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.19 Actions de prévention dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.28 Conclusion et perspectives p.30 Sources des données p.31 Définition des variables p.33 Effectifs régionaux des enquêtes p.35 Bibliographie p.36

ÉDITO

Priorité du Projet régional de santé, le parcours santé et addictions traite l'ensemble des addictions, dont l'alcool, de façon globale. Celles-ci représentent en région Provence-Alpes-Côte d'Azur un problème de santé publique majeur aux impacts multiples, pluridimensionnels, à la fois sanitaires, économiques, sociaux et humains. L'ambition de ce parcours est plurielle : structurer une offre de prévention, évolutive et adaptée aux besoins et aux choix des personnes, améliorer les réponses de réduction des risques et des dommages, ainsi que celles de prise en charge et d'accompagnement.

Pour cela, l'état des lieux « Alcool » présenté dans ce bulletin nous offre un outil précieux d'aide à la décision, en s'engageant dans un suivi territorial et longitudinal des habitudes de consommation et d'une partie de la morbidité associée. Il vient enrichir le pilotage du plan régional de réduction du tabagisme, élargi aux autres substances psychoactives, dont l'alcool, en 2019. Ce sont autant de nouveaux leviers à mobiliser pour réduire les inégalités d'accès à la prévention, à la réduction des risques et à la prise en charge. Ainsi, par le développement d'un parcours en addictologie cohérent, intégrant les pratiques partenariales, nous œuvrons à contribuer à la réduction de la variabilité constatée entre hommes et femmes, entre générations et entre départements de notre région.

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

POINTS CLÉS

Consommations

- En 2017, la **prévalence standardisée de la consommation quotidienne d'alcool** parmi les 18-75 ans en région Provence-Alpes-Côte d'Azur était de **11,4 %** et était comparable à la moyenne des autres régions métropolitaines.
- La **prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes** (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles était de **16,3 %** en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et était comparable à la moyenne des autres régions métropolitaines.

Pathologies liées à l'alcool et mortalité

- Les **passages aux urgences en lien direct avec l'alcool** représentaient **1,15 %** des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).
- En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le **taux standardisé d'incidence pour 100 000 personnes-années** sur la période 2007-2016 pour :
 - les **cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx** était de **5,6 en Provence-Alpes-Côte d'Azur chez les femmes** (plus élevé que la moyenne nationale) et de **18,3 chez les hommes** (plus faible que la moyenne nationale) ;
 - le **cancer de l'œsophage** était de **1,3 en Provence-Alpes-Côte d'Azur chez les femmes** (non différent de la moyenne nationale) et de **5,9 chez les hommes** (plus faible que la moyenne nationale).
- En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le **taux standardisé de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool** était de **11,7 chez les femmes et de 39,7 chez les hommes** pour 100 000 personnes-années sur la période 2013-2015, comparable ou légèrement inférieure au taux national.

Prévention

- Deux actions innovantes et symboliques de prévention autour de l'alcool sont mises en œuvre en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : l'une concerne la réduction des risques et des dommages par l'association Santé ! et l'autre concerne l'éducation thérapeutique pour les consommateurs dépendants d'alcool.

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 VERRES PAR JOUR, ET PAS TOUS LES JOURS »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

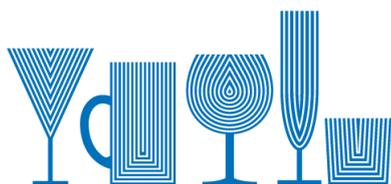
Références :

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

Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol 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



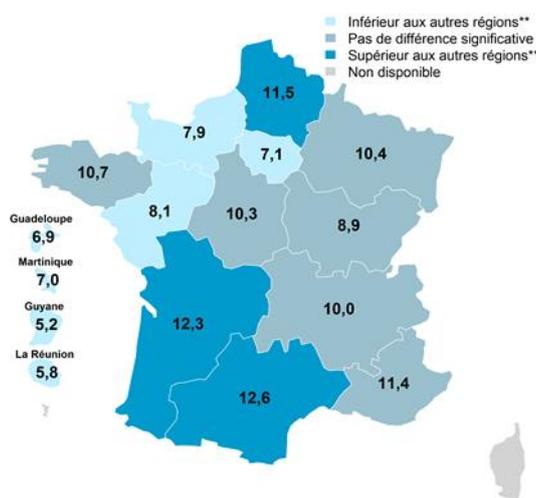
COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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. La prévalence en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur (11,4 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

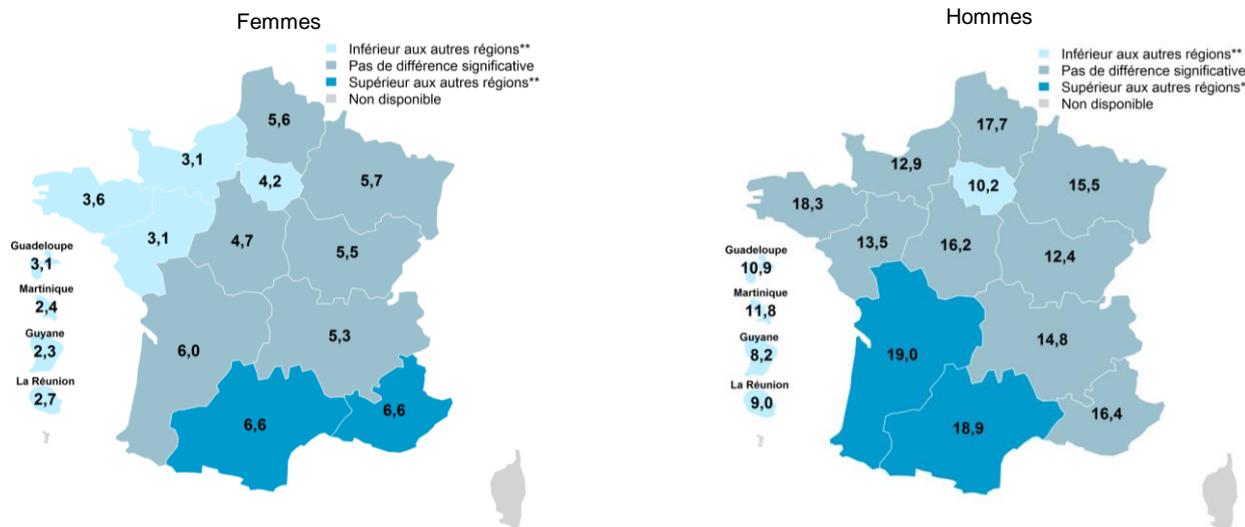
Selon le Baromètre Santé 2014, la Guadeloupe (6,9 %), la Guyane (5,2 %), la Martinique (7,0 %) et La Réunion (5,8 %) affichaient des prévalences comparables entre elles, et significativement moins élevées que la moyenne de la France métropolitaine.

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



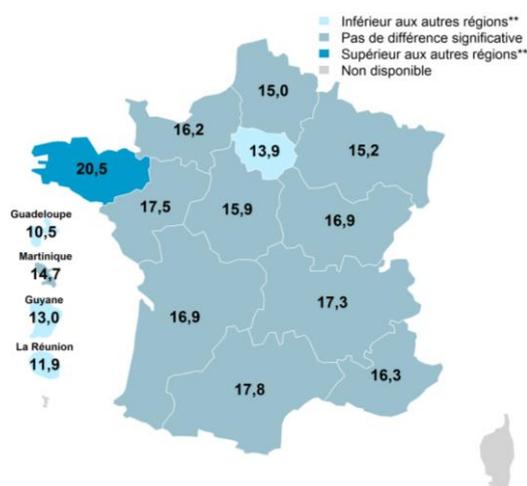
* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.
 ** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la 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. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, ces prévalences étaient de **6,6 % chez les femmes et de 16,4 % 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 **Provence-Alpes-Côte d'Azur (16,3 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions. Les prévalences en Guadeloupe (10,5 %), à La Réunion (11,9 %) et en Guyane (13,0 %) étaient significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine.

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 4). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 6,1 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 9,3 % (Occitanie) chez les femmes et de 21,4 % (Île-de-France) à 32,4 % (Bretagne) chez les hommes. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, ces prévalences étaient de **7,9 % chez les femmes et de 25,0 % 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



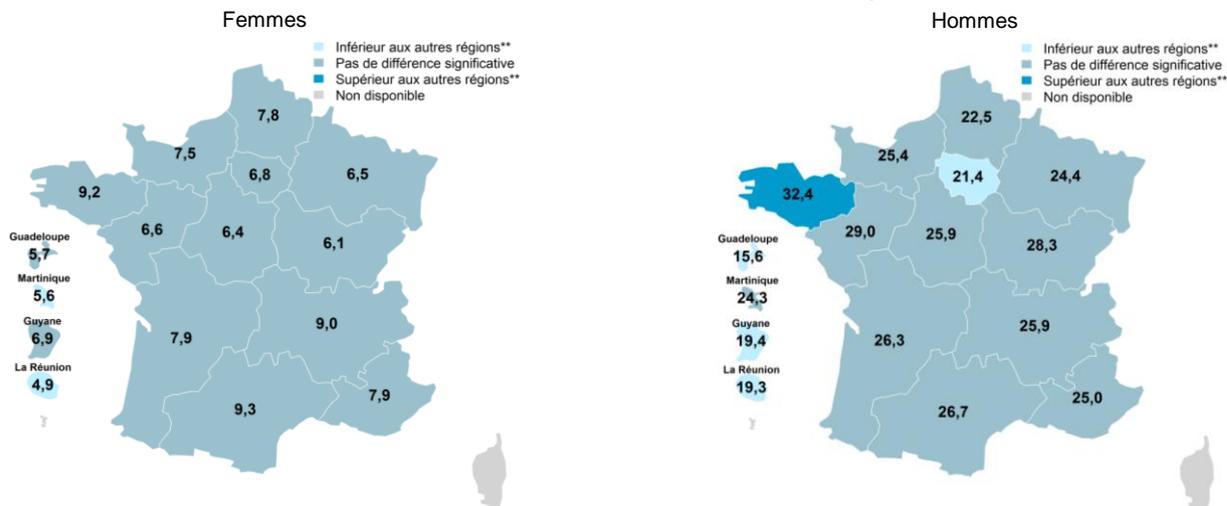
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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

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

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

Pour la bière, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 13,0 % en Île-de-France à 23,2 % en Bretagne (figure 5). Elle était significativement plus élevée dans les Hauts-de-France (19,8 %), le Grand Est (19,8 %) et la Bretagne (23,2 %) comparée à la moyenne des autres régions métropolitaines et significativement moins élevée en Île-de-France (13,0 %) et en Centre-Val de Loire (13,6 %). La prévalence en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur (16,6 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

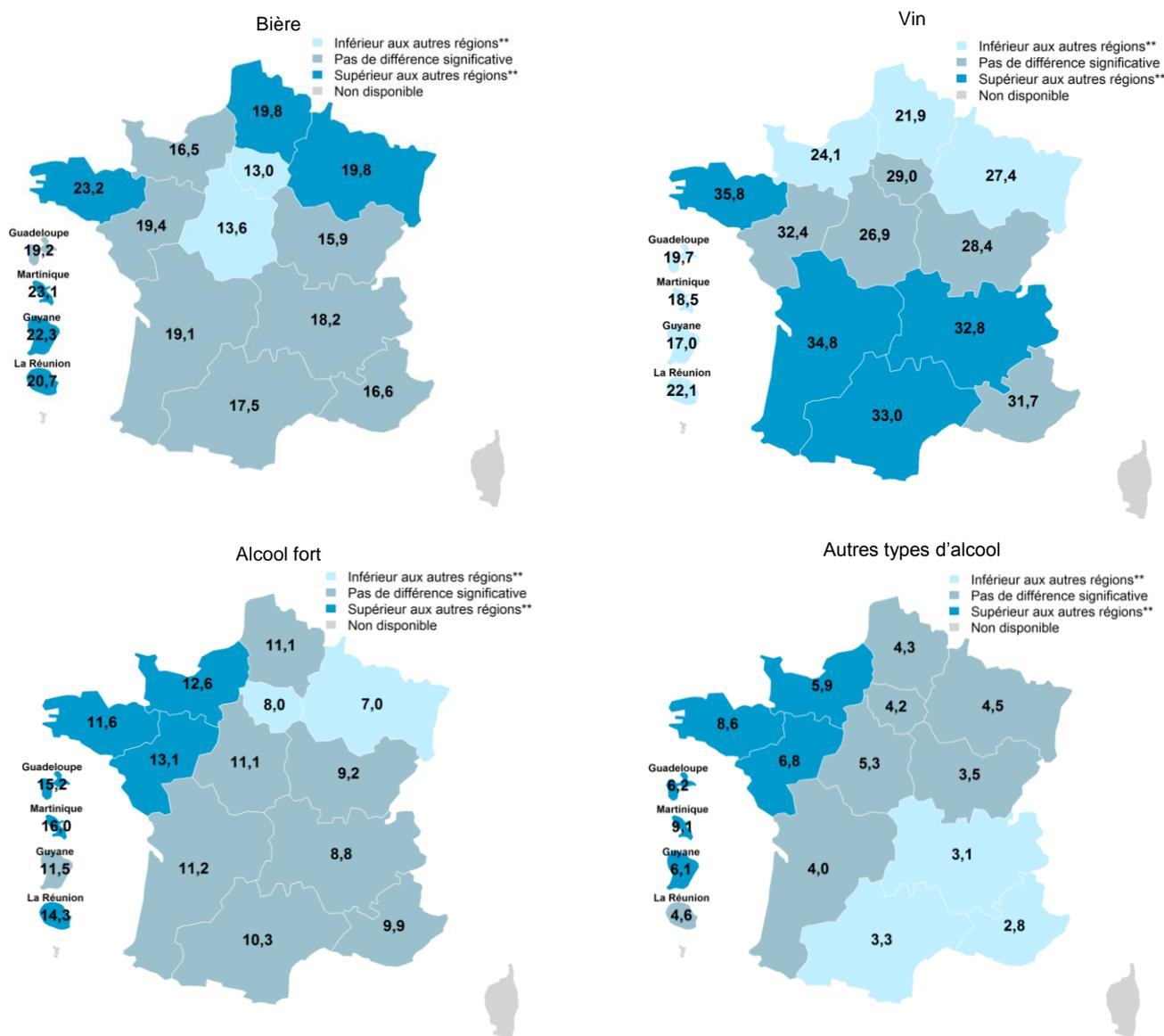
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine (34,8 %) et en Bretagne (35,8 %). Elle était significativement plus faible dans les régions du nord : Hauts-de-France (21,9 %), Normandie (24,1 %) et Grand Est (27,4 %). La prévalence en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur (31,7 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

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 prévalence en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,9 %)** 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.

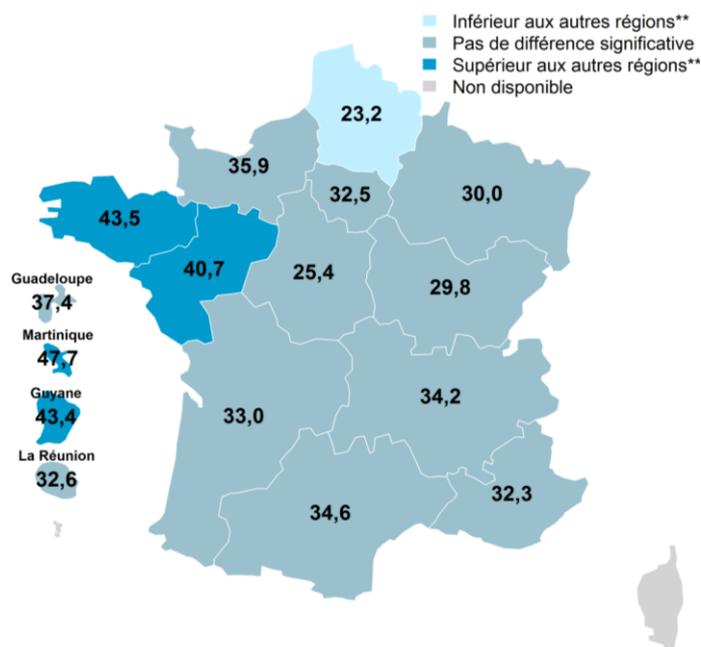
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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 **Provence-Alpes-Côte d'Azur (32,4 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

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

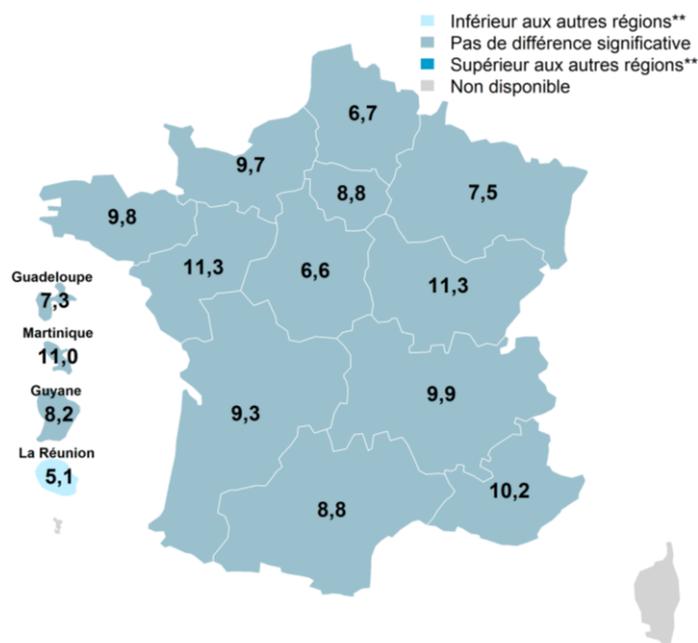
Figure 6 : Prévalences régionales standardisées* de la consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.
 ** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.
 Champ : France 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 était de **10,2 %** en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. 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



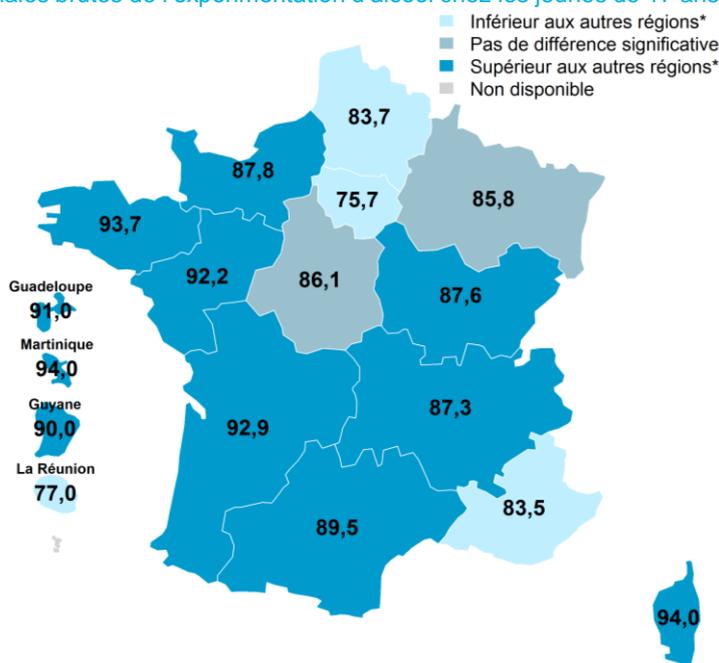
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.
 ** Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative 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. A l'inverse, les régions Auvergne-Rhône-Alpes (87,3 %), Bourgogne-Franche-Comté (87,6 %), Normandie (87,8 %), Occitanie (89,5 %), Pays de la Loire (92,2 %), Nouvelle-Aquitaine (92,9 %), Bretagne (93,7 %) et Corse (94,0 %) affichaient des prévalences significativement plus élevées que la moyenne de France métropolitaine.

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

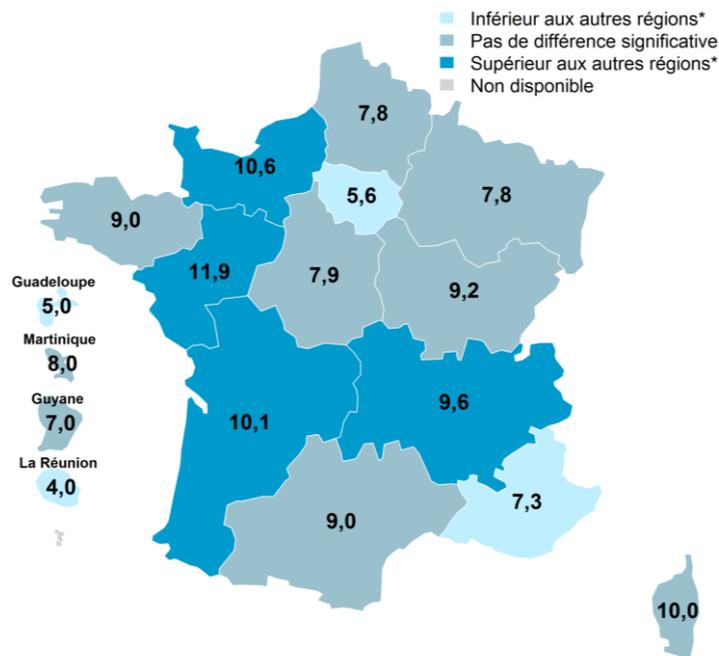
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



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

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

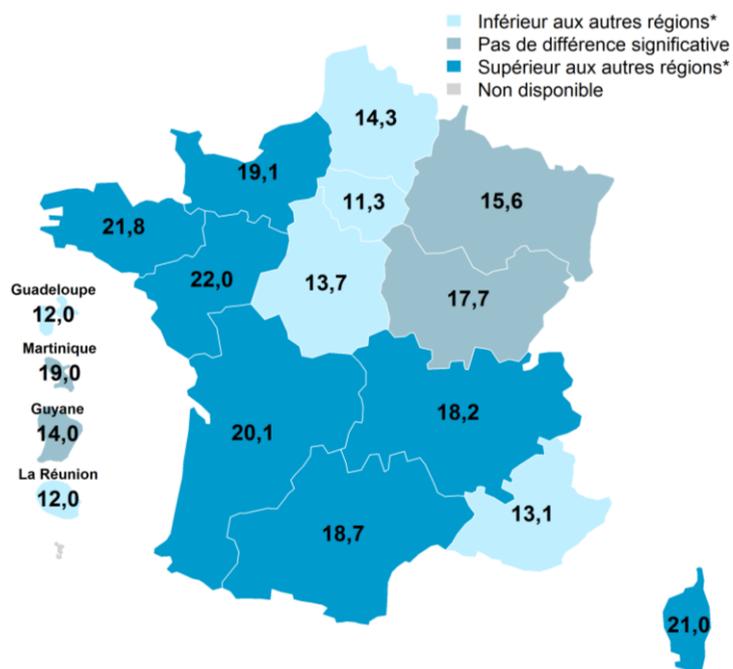
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

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

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

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

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

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

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

CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

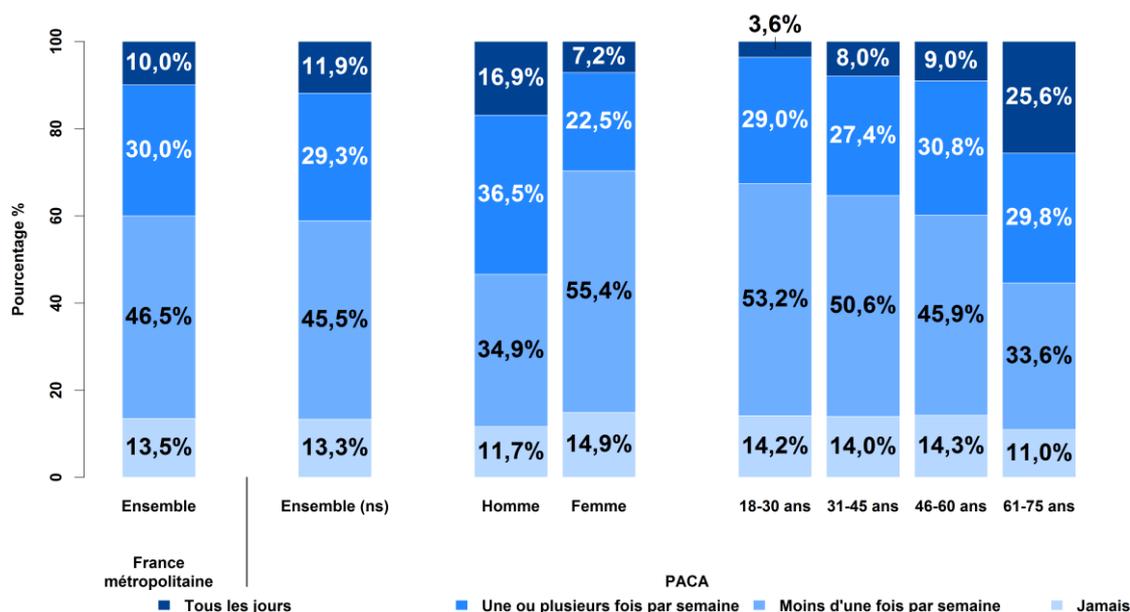
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2017, en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, 41,2 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 11,9 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 % (différence non significative avec celles de la région ; figure 11).

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ainsi, 16,9 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 7,2 % des femmes. La consommation d'alcool quotidienne était plus élevée chez les 61-75 ans (25,6 %) que chez les 18-30 ans (3,6 %) 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur, et selon le sexe et l'âge pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017



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

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

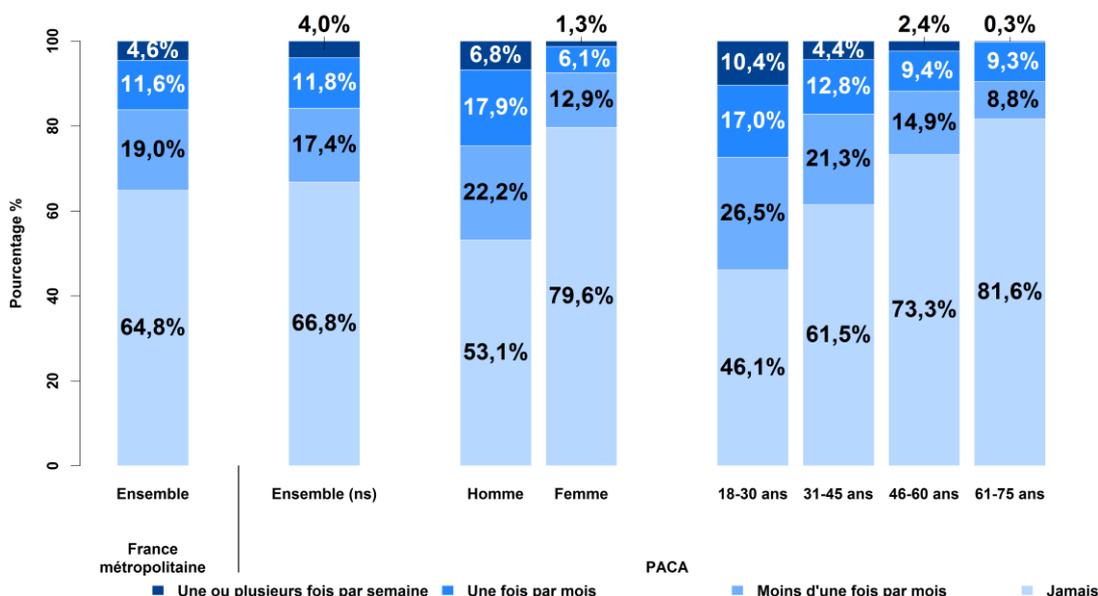
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Alcoolisation ponctuelle importante

En 2017, en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, 33,2 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API, verres ou plus en une seule occasion) au cours des 12 derniers mois dont 15,8 % au moins une fois par mois et 4,0 % 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 région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (46,9 % dont 24,7 % au moins une fois par mois et 6,8 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (20,4 % dont 7,5 % au moins une fois par mois et 1,3 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (53,9 % dont 27,4 % au moins une fois par mois et 10,4 % 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur, et selon le sexe et l'âge pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017



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

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

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

Facteurs associés

En 2017, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les niveaux de revenu et de diplôme n'étaient pas associés à la consommation quotidienne d'alcool, contrairement au sexe et à l'âge pour lesquels il y avait une association significative indépendamment des autres variables (tableau 2).

Tableau 2 : Facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=825)	16,9	2,4***	[1,7-3,2]
Femme (réf.) (n=978)	7,2	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=322)	3,6	0,1***	[0,1-0,2]
31-45 ans (n=480)	8,0	0,2***	[0,1-0,3]
46-60 ans (n=498)	9,0	0,3***	[0,2-0,4]
61-75 ans (réf.) (n=503)	25,6	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)	*		
1er tercile (faible) (n=532)	8,4	0,7	[0,5-1,1]
2e tercile (n=562)	11,4	0,7	[0,5-1,1]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=621)	16,3	1,0	
Refus/Nsp (n=88)	16,3	0,7	[0,3-1,5]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=634)	14,0	1,2	[0,8-1,8]
Bac (n=402)	10,0	1,3	[0,9-2,0]
Supérieur au Bac (réf.) (n=761)	10,2	1,0	

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

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

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

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

Les niveaux de revenu n'étaient également pas associés aux API mensuelles en 2017, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, contrairement au niveau de diplôme, 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 diminuaient lorsque l'âge augmentait.

Tableau 3 : Facteurs associés aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=824)	24,7	4,0***	[3,0-5,5]
Femme (réf.) (n=977)	7,5	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=322)	27,4	4,4***	[2,8-6,8]
31-45 ans (n=479)	17,2	2,3***	[1,5-3,6]
46-60 ans (n=497)	11,8	1,4	[0,9-2,2]
61-75 ans (réf.) (n=503)	9,6	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=531)	15,6	1,1	[0,8-1,7]
2e tercile (n=561)	17,3	1,0	[0,7-1,5]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=621)	13,9	1,0	
Refus/Nsp (n=88)	19,1	1,0	[0,5-2,0]
Diplôme en 3 modalités			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=633)	17,4	1,7**	[1,2-2,4]
Bac (n=402)	16,0	1,3	[0,9-1,9]
Supérieur au Bac (réf.) (n=760)	13,2	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.

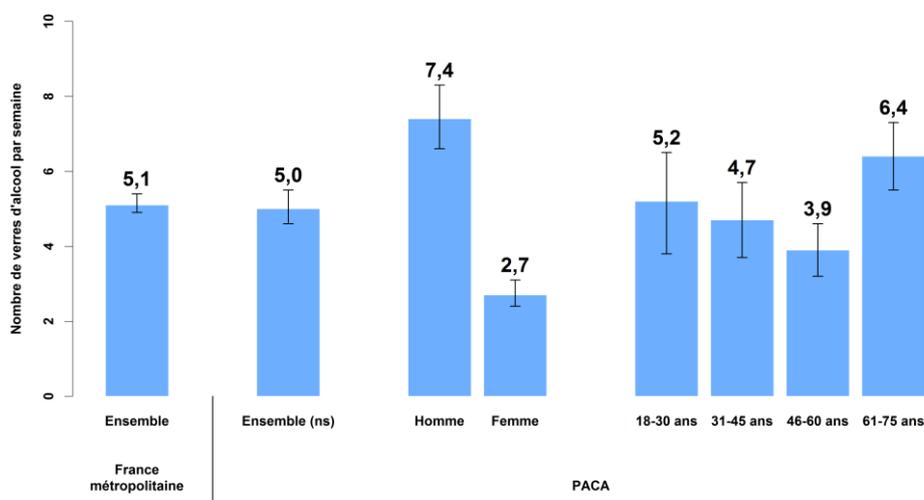
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Nombre de verres consommés

En 2017, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 5,0 [4,6 - 5,5] verres par semaine, ce qui n'était pas différent de la moyenne des autres régions métropolitaines. La moyenne métropolitaine était de 5,1 [4,9-5,4] verres par semaine (figure 13).

Le nombre moyen de verres consommés par semaine était significativement plus élevé chez les hommes, 7,4 [6,6 - 8,3] contre 2,7 [2,7 - 3,1] chez les femmes. Cet indicateur était similaire entre les 61-75 ans (6,4 [5,5 - 7,3] verres par semaine) et les 18-30 ans (5,2 [3,8 - 6,5]) et était un peu plus faible dans les deux autres classes d'âges.

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

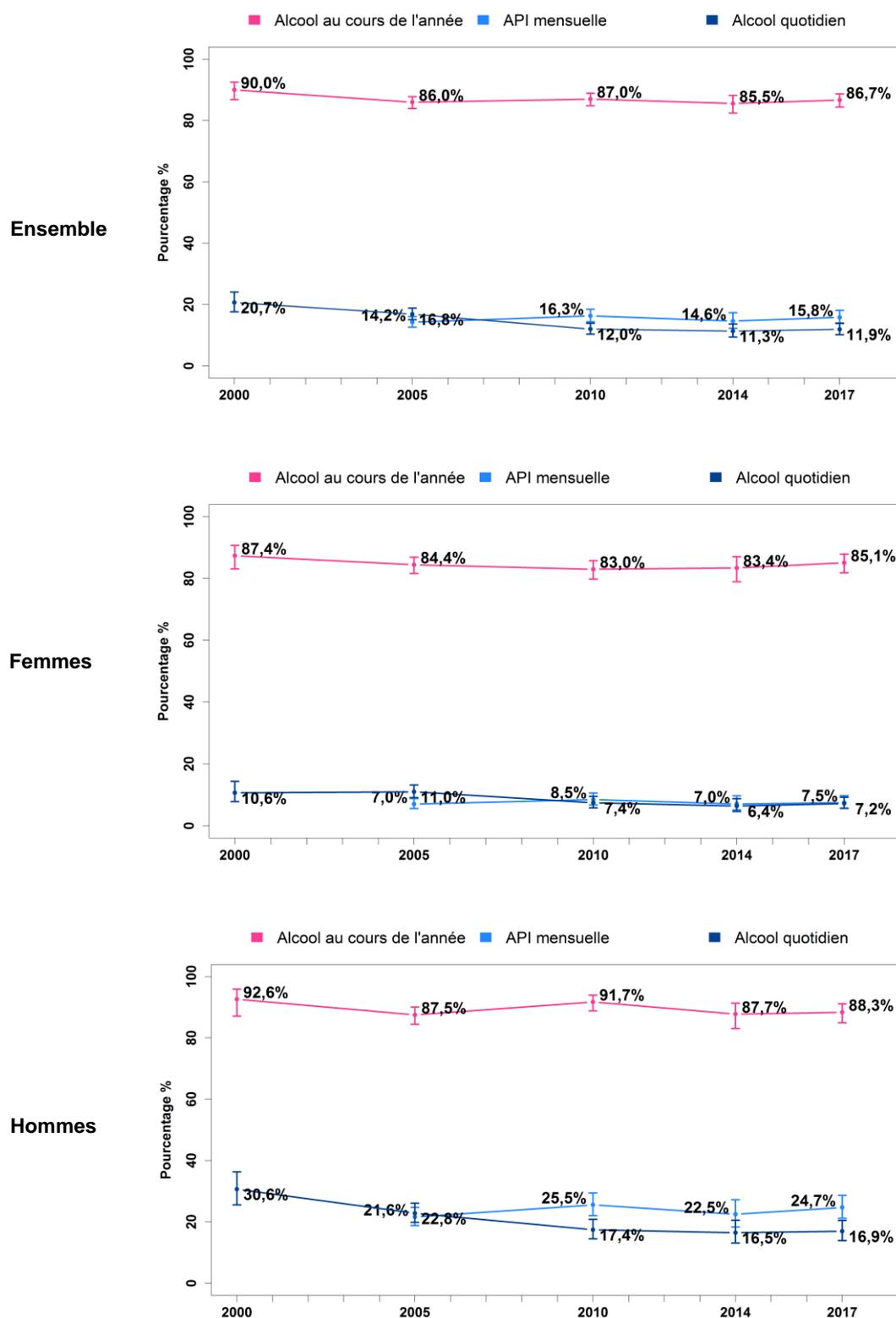
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Évolutions

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année a légèrement baissé entre 2000 et 2005 (de 90,0 % en 2000 à 86,0 % en 2005) et est stable depuis 2005 (figure 14).

Après avoir augmenté de 14,2 % à 16,3 % entre 2005 et 2010, la prévalence des API mensuelles est désormais stable (15,8 % en 2017). La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, a diminué entre 2000 et 2014 (de 20,7 % à 11,3 %) et est désormais stable (11,9% en 2017).

Figure 14 : Évolutions de la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année, des API mensuelles et de la consommation quotidienne d'alcool entre 2000 et 2017, et selon le sexe pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.



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 PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

De nombreux passages aux urgences concernent des pathologies directement liées à l'alcool. Celles-ci sont la plupart du temps la conséquence d'une intoxication aiguë, pouvant elle-même entraîner des situations complexes à prendre en charge pour les soignants. De plus, de nombreux passages sont en lien indirect avec l'alcool et ne peuvent pas être chiffrés en raison d'absence d'information sur le contexte de la prise en charge du patient, notamment au sein des pathologies traumatiques. La méthodologie complète est décrite en page 31 et suivantes.

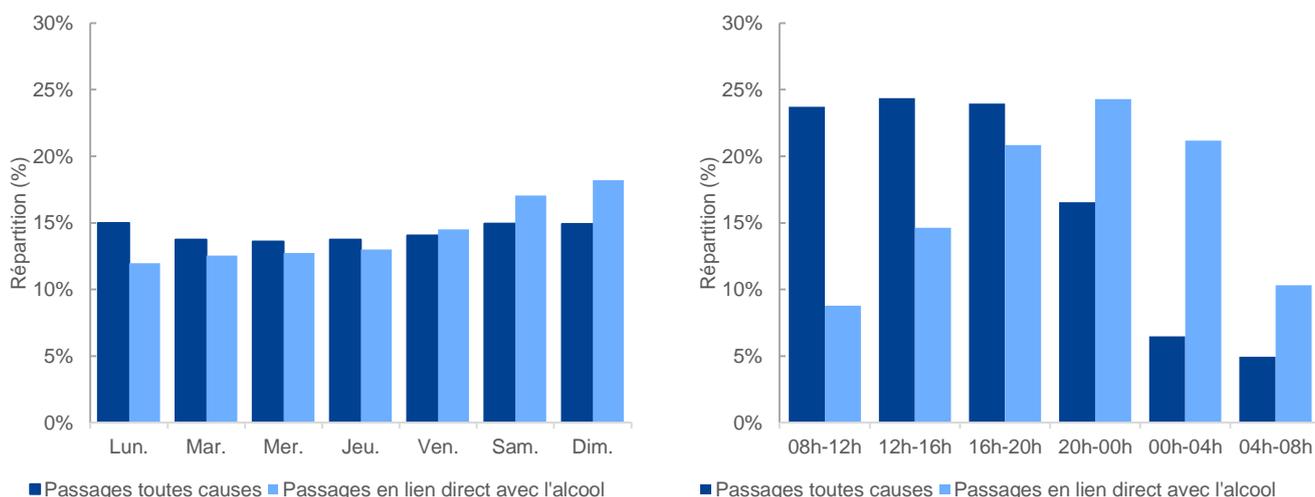
Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 17 580 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 50 services d'urgence (SU) de la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 48 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,15 % 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 **Provence-Alpes-Côte d'Azur** en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les mardis et jeudis (figure 15), avec une activité légèrement plus élevée sur les journées du week-end et du lundi. Pour les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, on observe une relative stabilité entre les lundis et jeudis (entre 12,0 % et 13,0 % des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine. La moitié (49,8 %) 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 1,43 % 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 20,8 %, 24,3 % et 21,2 % des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 1,01 %, 1,74 % et 3,66 % 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2017



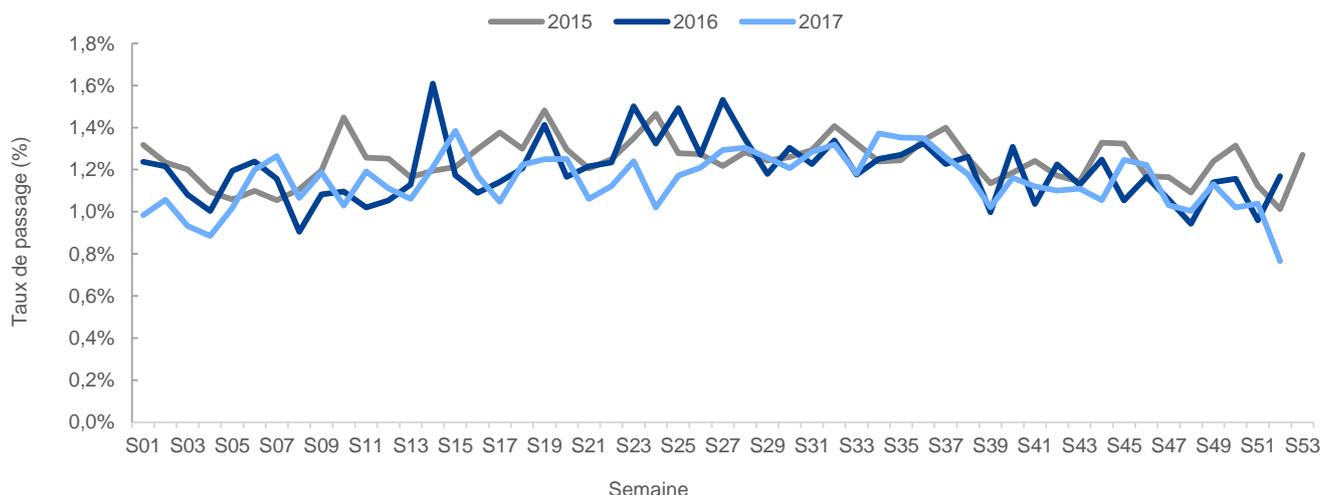
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

La figure 16 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool dans la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** de 2015 à 2017. Il n'est pas observé de différences d'une année à l'autre et l'évolution sur une année montre peu de variations.

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 1,24 % en 2015 à 1,15 % en 2017.

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

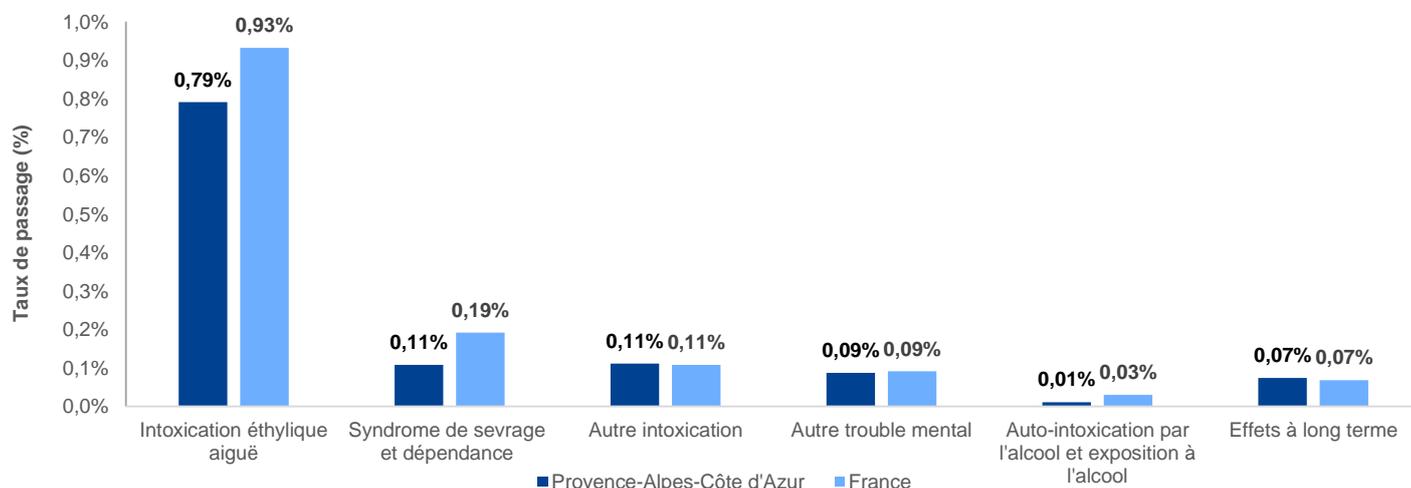


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie

Différentes pathologies peuvent être identifiées comme directement liées à l'alcool (figure 17). Dans la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 0,79 % de l'ensemble des passages aux urgences et 68,5 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, 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 dans la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** était comparable à celle observée au niveau national.

Figure 17 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le type de pathologie parmi les passages toutes causes dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2017



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

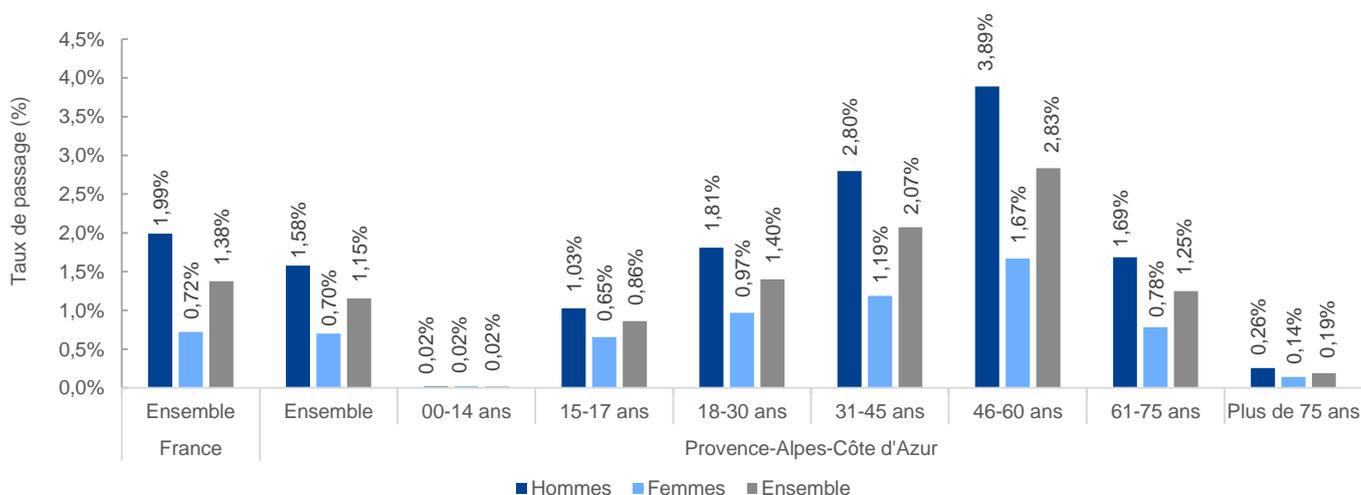
Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (1,58 %) que chez les femmes (0,70 %) (figure 18).

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,02 % de l'activité). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (3,89 %) chez les 46-60 ans et diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,26 % chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires. Pour les moins de 14 ans, le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,02 %. Il augmentait ensuite progressivement avec l'âge, pour atteindre 1,67 % chez les 46-60 ans. Le taux diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,14 % 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2017



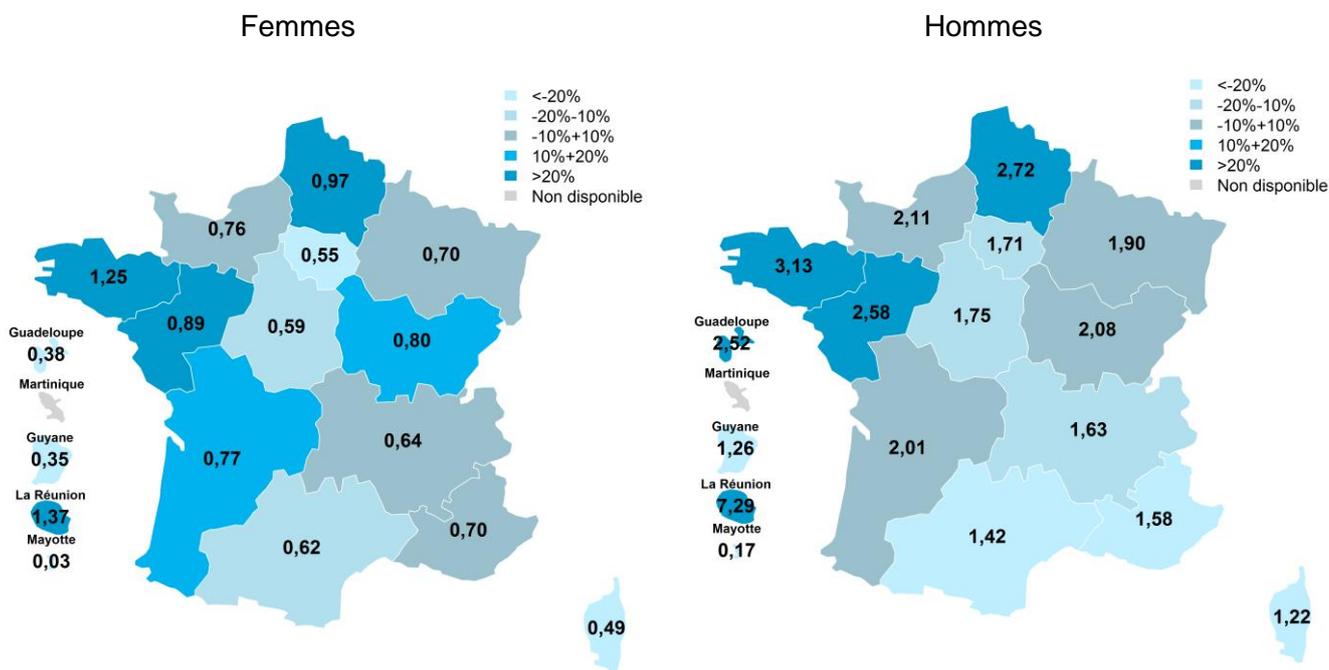
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

Comparaisons régionales et départementales

En 2017, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 0,70 % chez les femmes (figure 19). À Mayotte (0,03 %), à Saint-Barthélemy (0,32 %), en Guyane (0,35 %), en Guadeloupe (0,38 %), en Corse (0,49 %), à Saint-Martin (0,50 %) et en Île-de-France (0,55 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. A l'inverse, La Réunion (1,37 %), la Bretagne (1,25 %), les Hauts-de-France (0,97 %) et les Pays de la Loire (0,89 %) avaient des taux supérieurs de plus de 20 % à celui du national. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le taux de passage aux urgences (0,70 %) était proche du taux national.

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

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

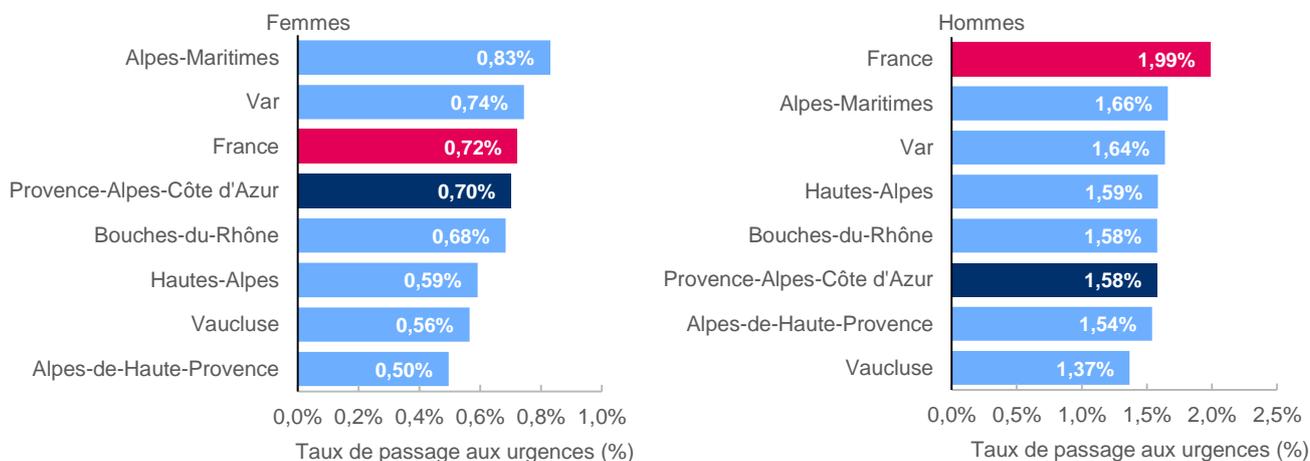


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017 dans la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool chez les femmes était plus de 10 % inférieur au taux régional dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence (0,50 %), des Hautes-Alpes (0,59 %) et du Vaucluse (0,56 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 10 % supérieur au taux régional dans le département des Alpes-Maritimes (0,83 %).

Chez les hommes, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus de 10 % inférieur au taux régional dans le département du Vaucluse (1,37 %).

Figure 20 : Taux bruts départementaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



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 PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

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

Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

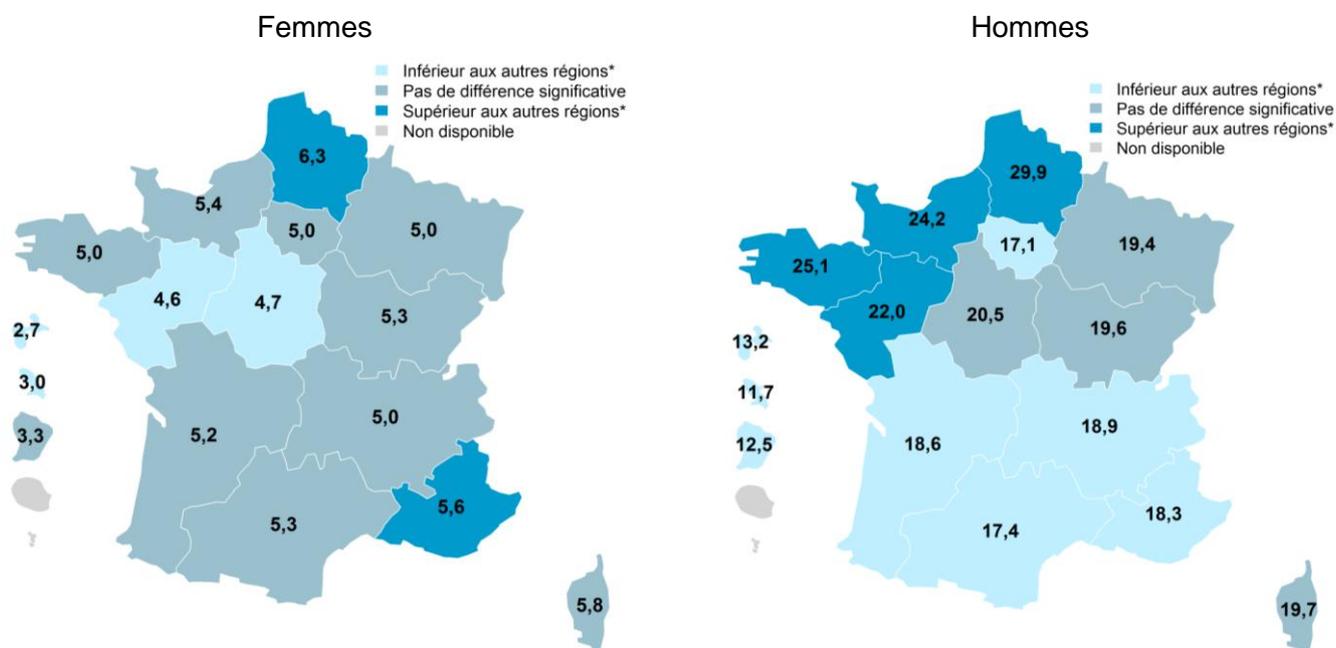
• Incidence du cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

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

Chez les femmes (figure 21), la Guadeloupe (2,7 pour 100 000 personnes-années), la Martinique (3,0), les Pays de la Loire (4,6) et Centre-Val de Loire (4,7) présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. Les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,6 [5,3-5,9])** et Hauts-de-France (6,3) se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que 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 [17,6-19,0])**, la Nouvelle-Aquitaine (18,6) et Auvergne-Rhône-Alpes (18,9). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : les Pays de la Loire (22,0), la Normandie (24,2), la Bretagne (25,1) et les Hauts-de-France (29,9).

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



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

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

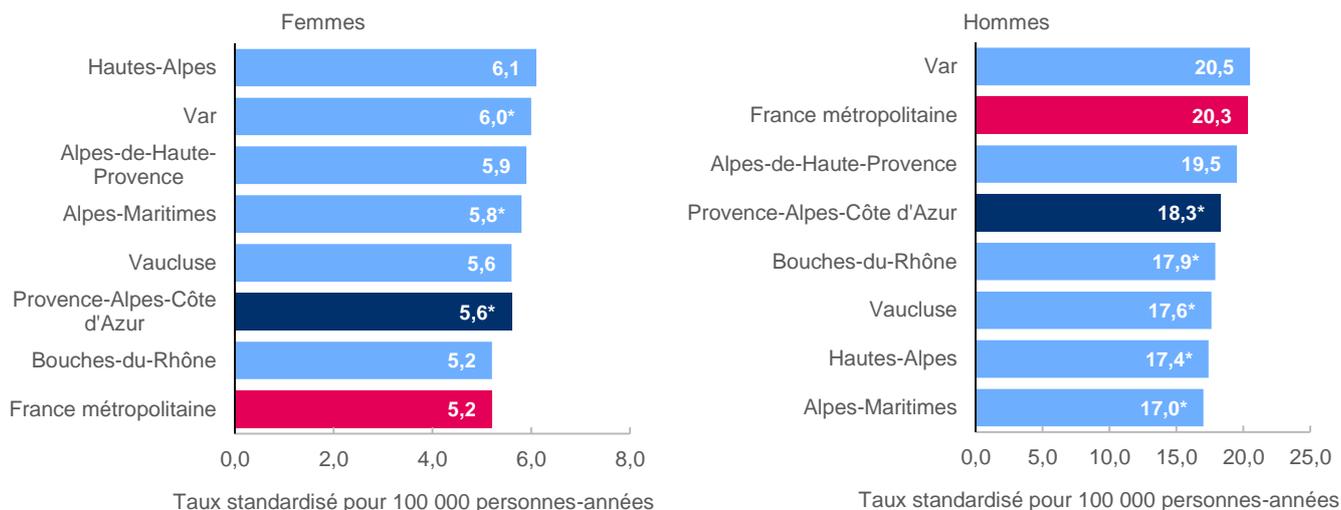
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (figure 22), chez les femmes les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 5,2 [4,8-5,7] pour 100 000 personnes-années dans les Bouches-du-Rhône à 6,1 [4,7-8,0] dans les Hautes-Alpes. Les taux dans les Alpes-Maritimes et le Var étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 17,0 [15,8-18,3] pour 100 000 personnes-années dans les Alpes-Maritimes à 20,5 [19,1-22,0] dans le Var. Les départements des Alpes-Maritimes, Hautes-Alpes, Vaucluse et Bouches-du-Rhône présentaient des taux significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. Les autres départements de la région ne différaient pas de la moyenne de France métropolitaine.

Figure 22 : Taux départementaux standardisés^a d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe pour la période 2007-2016 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



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

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

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

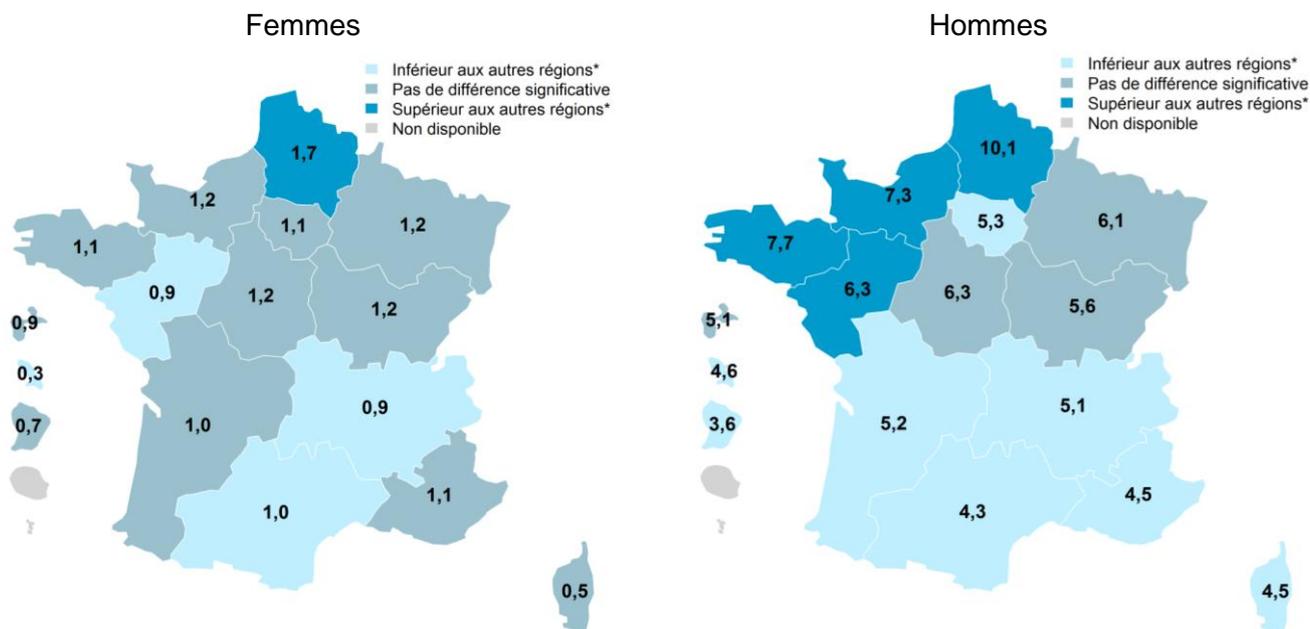
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

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

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

Chez les femmes (figure 23), les régions Martinique (0,3 pour 100 000 personnes-années), Auvergne-Rhône-Alpes (0,9), Pays de la Loire (0,9) et Occitanie (1,0) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. Seule la région Hauts-de-France (1,7) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. La région **Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,1 [0,9-1,2])** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

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



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

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

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

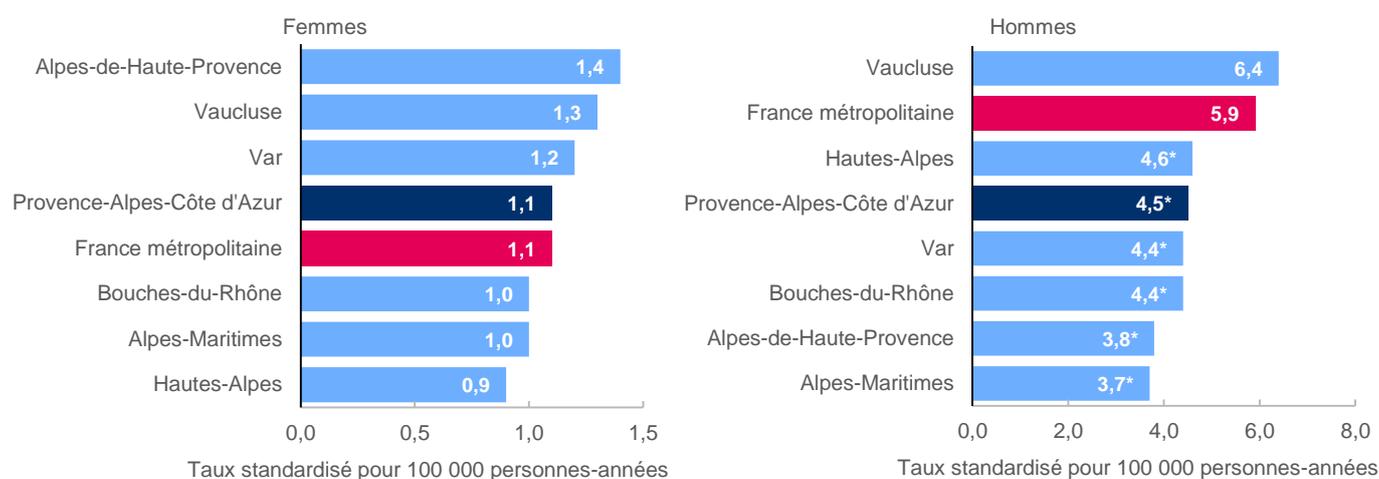
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Chez les hommes (figure 23), huit régions se distinguaient par des taux standardisés de mortalité significativement plus bas : la Guyane (3,6 pour 100 000 personnes-années), l'Occitanie (4,3), **Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,5 [4,2-4,7])**, 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 région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (figure 24), chez les femmes les taux départementaux standardisés de mortalité, variaient de 0,9 [0,4-2,7] dans les Hautes-Alpes à 1,4 [0,8-3,1] dans les Alpes-de-Haute-Provence. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 3,7 [3,2-4,2] dans les Alpes-Maritimes à 6,4 [5,6-7,4] dans le Vaucluse. Tous les taux départementaux à l'exception du Vaucluse étaient significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine.

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



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

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

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

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

Le cancer de l'œsophage

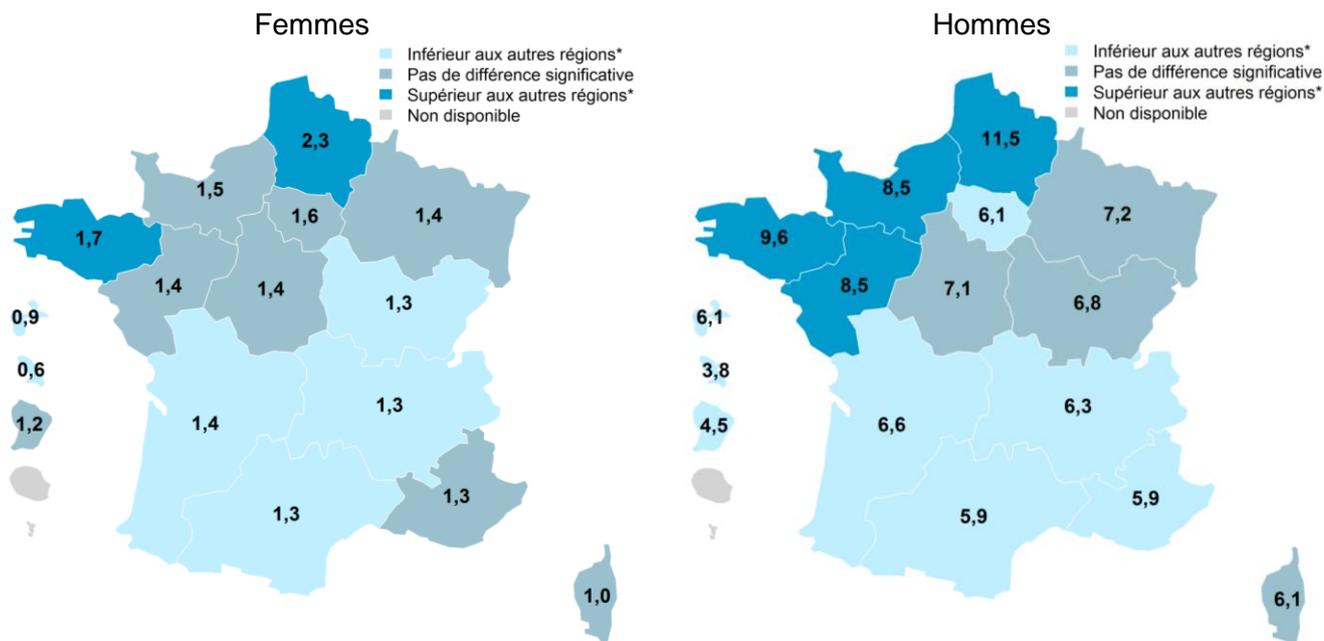
• Incidence du cancer de l'œsophage

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

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

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

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



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

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

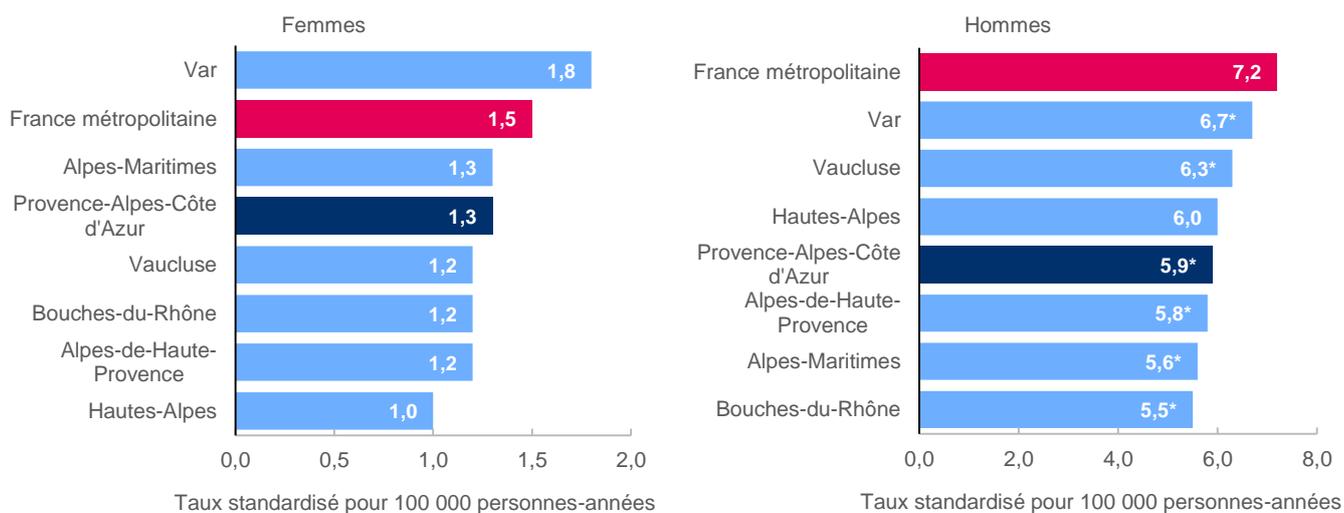
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (figure 26), chez les femmes les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 1,0 [0,5-1,5] dans les Hautes-Alpes à 1,8 [1,4-2,1] pour 100 000 personnes-années dans le Var. Aucun taux départemental n'était significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés d'incidence variaient de 5,5 [4,7-6,3] dans les Bouches-du-Rhône à 6,7 [5,7-7,8] pour 100 000 personnes-années dans le Var. Tous les taux départementaux étaient significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine.

Figure 26 : Taux départementaux standardisés^a d'incidence du cancer de l'œsophage selon le sexe pour la période 2007-2016 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



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

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

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

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

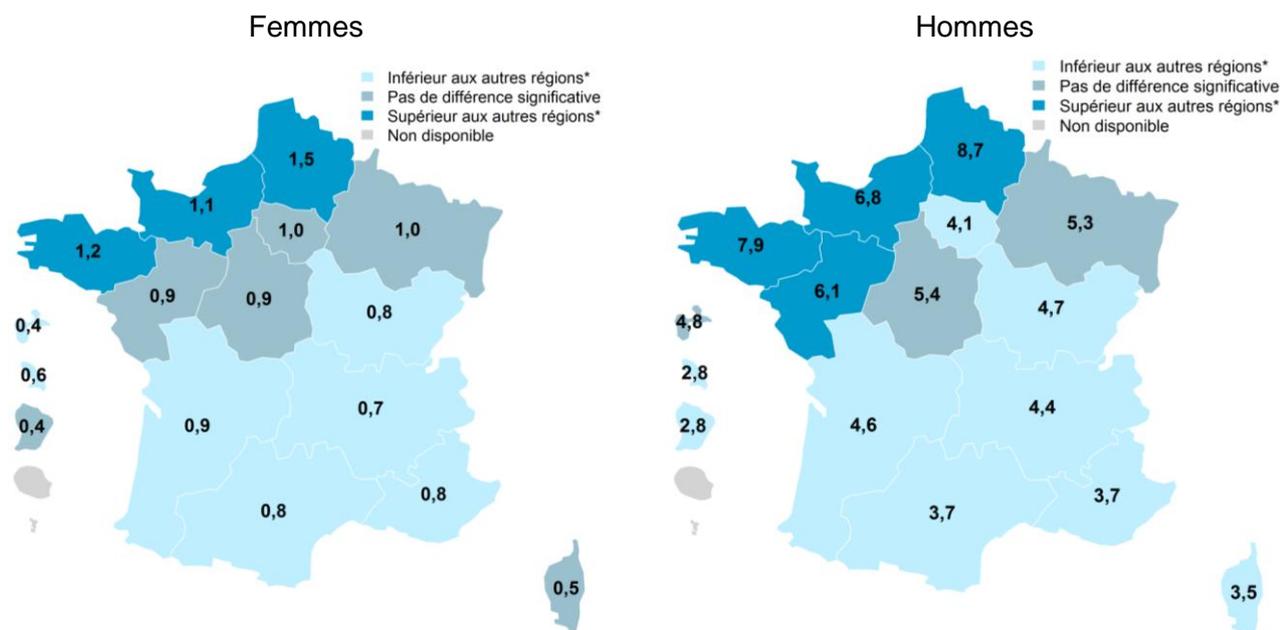
• Mortalité par cancer de l'œsophage

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

Chez les femmes (figure 27), sept régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Guadeloupe (0,4 pour 100 000 personnes-années), la Martinique (0,6), Auvergne-Rhône-Alpes (0,7), **Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,8 [0,7-0,9])**, l'Occitanie (0,8), la Bourgogne-Franche-Comté (0,8) et la Nouvelle-Aquitaine (0,9). Trois régions du Nord-Ouest se distinguaient par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (1,1), la Bretagne (1,2) et les Hauts-de-France (1,5).

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

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



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

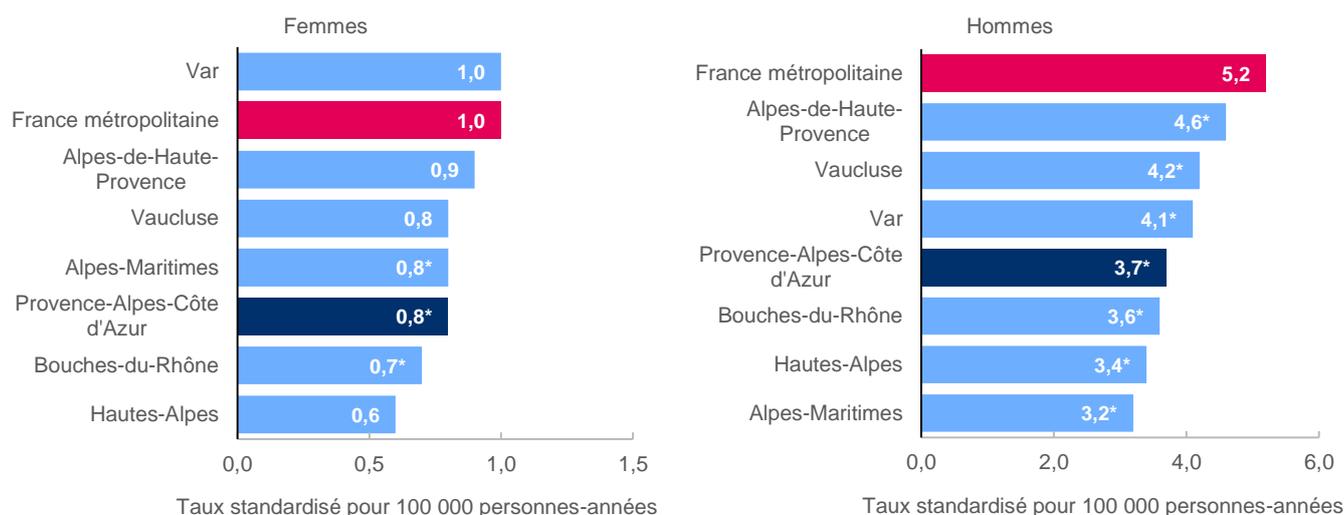
* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.

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

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

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (figure 28), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient de 0,6 [0,3-2,3] dans les Hautes-Alpes à 1,0 [0,8-1,3] pour 100 000 personnes-années dans le Var. Les départements des Bouches-du-Rhône (0,7 [0,6-0,9]) et des Alpes-Maritimes (0,8 [0,6-1,1]) présentaient des taux significativement inférieurs à celui de la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 3,2 [2,8-3,7] dans les Alpes-Maritimes à 4,6 [3,5-6,6] pour 100 000 personnes-années dans les Alpes-de-Haute-Provence. L'ensemble des départements présentaient des taux significativement inférieurs à celui de la moyenne de France métropolitaine.

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

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

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

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

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

Le cancer du larynx

En France métropolitaine, les données d'incidence des cancers ne sont disponibles que dans les départements couverts par un registre et doivent donc être estimées dans les autres départements. Pour le cancer du larynx, aucune méthode ne permettait une estimation satisfaisante de l'incidence. En conséquence, seules les données de mortalité sont présentées pour cette localisation cancéreuse.

• Mortalité par cancer du larynx

En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer du larynx était de 0,41 [0,39-0,44] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 3,5 [3,4-3,5] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 0,20 [0,18-0,21] et 1,9 [1,8-1,9] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes (figure 29), les régions Auvergne-Rhône-Alpes (0,1 pour 100 000 personnes-années) et Bourgogne-Franche-Comté (0,2) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine, tandis que ce taux était significativement supérieur dans les Hauts-de-France (0,3). La région **Provence-Alpes-Côte d'Azur (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 nationale. La région **Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,9 [1,8-2,1] pour 100 000 personnes-années)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (figure 30), chez les femmes les taux départementaux standardisés de mortalité variaient selon les départements de 0,10 [0,0-1,8] dans les Hautes-Alpes à 0,4 [0,2-0,8] pour 100 000 personnes-années dans le Vaucluse. 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 0,5 [0,2-2,1] dans les Hautes-Alpes à 2,2 [1,8-2,9] pour 100 000 personnes-années dans le Vaucluse. Le département des Hautes-Alpes présentait un taux standardisé de mortalité significativement inférieur à la moyenne de France métropolitaine tandis que le département des Bouches-du-Rhône (2,1 [1,8-2,4]) présentait un taux significativement supérieur.

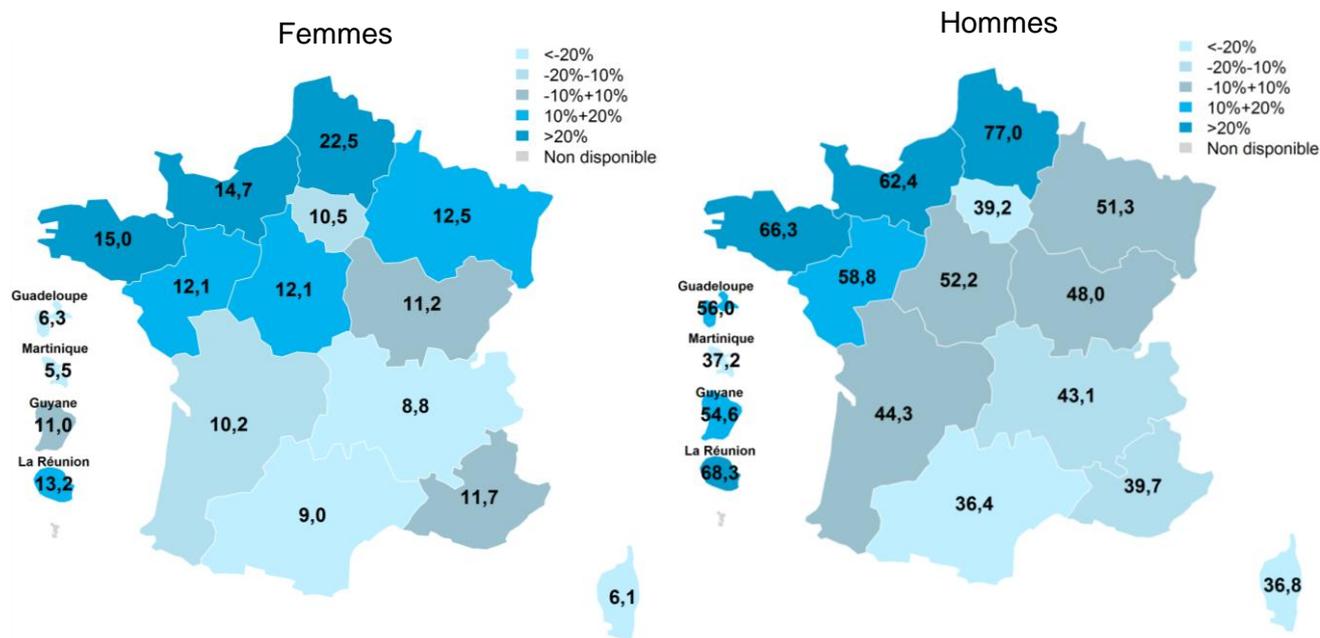
Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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 à celui des autres régions, tandis qu'en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Guadeloupe, en Corse et en Martinique ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le taux de mortalité était de 11,7 pour 100 000 habitants, ne différait pas de la moyenne nationale.

Chez les hommes (figure 31), ce taux standardisé de mortalité était de 49,2 pour 100 000 habitants en France entière. Les Hauts-de-France, La Réunion, la Bretagne et la Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur à celui des autres régions, tandis qu'en Île-de-France, en Martinique, en Corse et en Occitanie ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le taux de mortalité était de 39,7 pour 100 000 habitants, inférieur à la moyenne nationale.

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



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

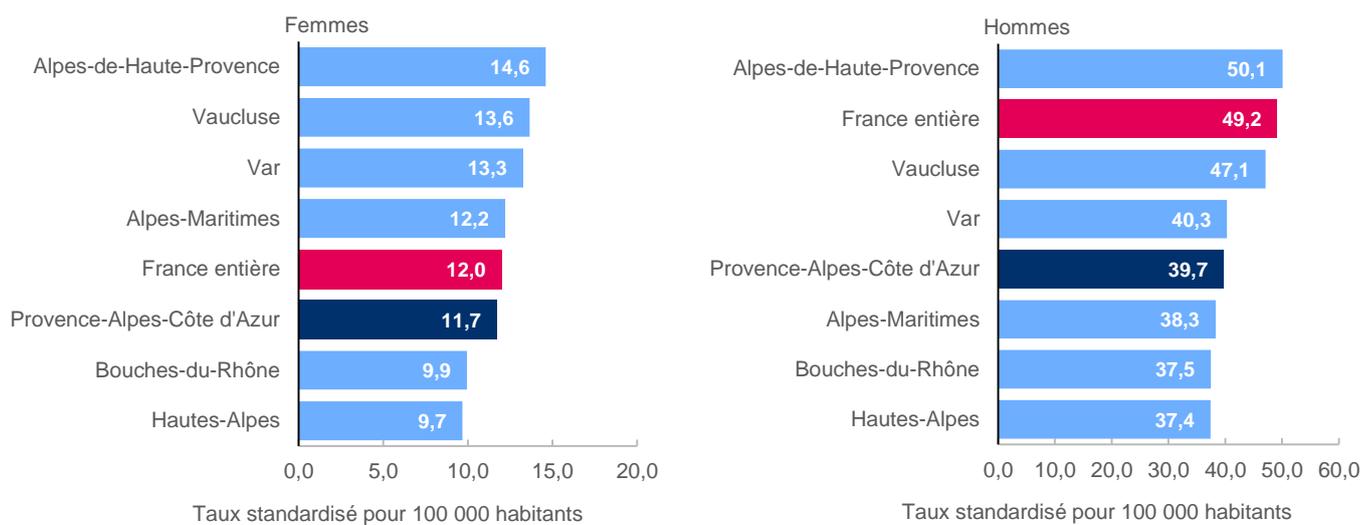
Champ : France entière (hors Mayotte).

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

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, chez les femmes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool variaient de 9,7 pour 100 000 habitants dans les Hautes-Alpes à 14,6 pour 100 000 habitants dans les Alpes de-de-Haute-Provence. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne nationale.

Chez les hommes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool variaient de 37,5 pour 1000 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône à 50,1 dans les Alpes-de-Haute-Provence. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne nationale.

Figure 32 : Taux départementaux standardisés^a de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



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

ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Il existe peu d'actions de prévention spécifiques à l'alcool en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, elles sont en général plus globales et regroupent plusieurs addictions. Le Fond de lutte anti-addictions, créée en 2019 qui fait suite au fond de lutte anti-tabac en 2018, de par son appel à projet, devrait mettre davantage en exergue la spécificité de l'alcool car après le tabac, il prend en compte des nouveaux produits dont le cannabis et l'alcool. Les porteurs de projet seront donc amenés à proposer de nouvelles actions sur ces produits cibles.

Ainsi, le présent article présente deux actions innovantes et symboliques réalisées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'une concerne la réduction des risques et des dommages par l'association « Santé ! », l'autre l'éducation thérapeutique pour les consommateurs dépendants d'alcool.

I/ Action de réduction des risques et des dommages (RDRD) : Association SANTÉ ! ¹

Action innovante financée par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur : *Expérimenter la transférabilité/adaptabilité d'un modèle de RDRD Alcool sur des territoires ruraux et le développer auprès de publics spécifiques (femmes notamment).*

Créée en 2013, l'association Santé ! développe un projet innovant en matière de réduction des risques et des dommages (RDRD) pour des personnes consommatrices d'alcool, en leur offrant une alternative au sevrage. L'objectif des travaux et de la méthode d'intervention est à la fois de permettre aux personnes concernées d'améliorer leur qualité de vie, de faciliter leur parcours de soins pour s'engager dans une démarche de rétablissement et également de permettre aux professionnels de santé de disposer d'une méthode et des outils afin d'améliorer leurs propositions d'accompagnement. Les axes d'intervention visent à aborder avec les personnes leurs consommations d'alcool sous un angle porteur de changement :

- Lever les freins tels que la honte, la culpabilité et la crainte de l'échec à l'origine de renoncements et retards de soins.
- Parler des contextes de consommations pour aider les personnes à les stabiliser et à les gérer au mieux.
- Intervenir de manière précoce dès qu'il s'agit de porter une attention particulière sur ses consommations d'alcool qui interrogent ou qui inquiètent.
- Viser le rétablissement des personnes plutôt qu'un objectif d'arrêt des consommations.
- Appréhender la situation globale des personnes et agir sur l'ensemble des difficultés qu'elles peuvent rencontrer et qui ont une incidence certaine sur les consommations d'alcool.

Cette approche de "RDRD Alcool", soutenue par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur dès 2014 au titre des actions innovantes et de la démocratie sanitaire, fait l'objet d'une évaluation par l'INSERM depuis 2016. L'action était initialement au stade de la modélisation et de la transférabilité sur les territoires urbains des Bouches-du-Rhône (notamment Marseille). Puis l'association Santé ! a proposé :

- d'une part d'étendre cette démarche à des territoires ruraux (départements alpins) fortement concernés par cette problématique de santé publique, en valorisant cette approche auprès des structures et des professionnels de ces territoires et en les accompagnant dans la mise en place d'une expertise en RDRD alcool ;
- d'autre part de développer des approches en RDRD alcool à destination de populations plus ciblées (femmes notamment), dans la poursuite de leur démarche de recherche-action.

Huit sites au total sont potentiellement intéressés (fédération addiction, ANPAA) et une nouvelle région sera impactée : la Nouvelle Aquitaine. L'association Santé ! (basée à Marseille) accompagnera 4 sites par an en Nouvelle Aquitaine. Elle a répondu à l'appel à projet Recherche : Fond de lutte anti addiction national, au Fond de lutte anti addictions en Nouvelle Aquitaine (en cours d'examen des appels à projets).

L'opportunité pour l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur : ce projet répond à un enjeu majeur de santé publique, dans un contexte de priorisation des stratégies nationales autour des problématiques de santé publique liées à la consommation de tabac et d'alcool (plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022). Il est également en cohérence avec le parcours « santé et Addictions » et les groupe de travail de l'instance de coordination régionale (ICR) mis en place dans le cadre du PRS 2 (programme régional de santé) Provence-Alpes-Côte d'Azur.

II/ Programme d'éducation thérapeutique (ETP): choizitaconso© ²

Le projet est de permettre à une personne de retrouver des mécanismes protecteurs vis-à-vis de sa consommation de boissons alcoolisées anéantis par le mésusage chronique, en proposant une alternative aux usagers qui souhaitent retrouver la capacité de consommer sans dommage, ou le moins possible. Il contribue à les aider à sortir de la spirale de l'abstinence et de la rechute à répétition avec les dommages neurologiques et sociaux afférents, en leur apprenant à maîtriser leur consommation d'alcool et leur permettre pour certains d'accéder à une étape intermédiaire, avant un projet réaliste d'abstention. L'objectif est aussi de réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux liés aux mésusages des boissons alcoolisées (RDRD). Enfin éviter la stigmatisation en adaptant l'offre de soins et les bonnes pratiques professionnelles aux populations locales sans distinction sociale ou culturelle.

1. Directrice : Hélène Blanc, Chargée du projet de modélisation. Contacts : helene.blanc@sante-alcool.org
11 A Rue Louis ASTRUC 13005 MARSEILLE

2. CSAPA « CONVERGENCE » - ANPAA 84- Dr Danielle CASANOVA - coordonnatrice programme ETP

Le programme participe au changement de posture en reconnaissant l'expertise du « vécu » du patient, le patient devient « ressource ». Il permet d'exploiter son potentiel en se confrontant aux productions réalisées en groupe et en le laissant découvrir ses solutions au problème posé.

La place de l'ETP dans l'accompagnement : il s'agit de préparer un « projet » avec le patient, de savoir repérer ses besoins pour poursuivre ses soins, de présenter les effets du programme, d'identifier les compétences psychosociales à l'œuvre. Il est important de recruter au moment opportun et de proposer, dans l'accompagnement thérapeutique, un travail sur les niveaux d'acquisition des compétences visées.

L'aide à la maîtrise de la consommation comprend les mécanismes qui développent les capacités de réflexion. En s'entraînant à l'auto observation, on observe une diminution de la honte, de la culpabilité. Les échanges avec les autres réduisent les effets à distance des troubles cognitifs.

En favorisant le changement, on contribue à l'augmentation de la cohérence des actes avec les valeurs personnelles. Ainsi en augmentant sur la capacité d'agir :

- sur le comportement, on réduit les dommages sur la santé
- sur son environnement, on participe à la réduction des dommages sur la vie relationnelle.

L'animation consiste à des séances hebdomadaires, collectives, d'une durée de 2 heures, afin de stimuler l'intérêt et l'attention des participants, de favoriser leur participation active en soutenant et valorisant la production de solutions par eux-mêmes. Un travail en binôme est proposé avec la recherche de coopération des participants et afin de favoriser le « co-apprentissage » avec deux principes : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et aucun jugement.

Des bilans réguliers sont réalisés pour accéder, par un dialogue structuré, aux connaissances, aux représentations, aux logiques explicatives et au ressenti du patient (bilan individuel, bilan à 3 mois : confirmation des compétences développées, à 6 mois : évaluation des changements opérés, à 12 mois : évolution de la santé et de la qualité de vie, objectifs à poursuivre, la synthèse soumise à l'approbation de l'utilisateur, à mi-parcours pour vérifier l'adéquation et la pertinence du programme proposé, finale : compétences acquises, besoins à satisfaire) et la disposition d'outil : guide pour le professionnel de chaque entretien.

L'évaluation permanente permet d'ajuster en temps réel les modalités aux objectifs du programme avec un tableau de bord (pour les professionnels), l'évaluation des séances (pour les participants), l'auto-évaluation des usagers au cours des bilans .

Les effets du programme :

- sur les professionnels de santé se traduisent par l'élargissement de l'offre de soins, l'appropriation de la maîtrise de la consommation, l'intégration de la RDRD-A dans le projet d'établissement, l'adéquation au projet individuel, l'adaptation au public (innovation, relation transversale, intérêt renouvelé).
- sur les usagers en valorisant la perception des différences dans leur expérience et leurs opinions dans le groupe, la mise en valeur des capacités de réflexion. Avec l'intérêt ressenti de ne pas avoir à « se mettre à nu » et la diminution des sentiments de culpabilité et de honte.

Ce programme a été financé dans le cadre de l'appel à projet des actions innovantes en 2018 par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

III/ Deux actions qui s'inscrivent dans les priorités régionales et nationales :

- Lien avec les objectifs du PRS, Schéma régional de santé 2018-2023 : Objectif n° 4.1.2 Offre médico-sociale à destination des personnes en difficulté spécifique, en lien avec le parcours santé et addictions
- Lien avec la Stratégie nationale de santé 2018-2022 : Axe n° 1 - A. Promouvoir les comportements favorables à la santé : Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances) ; Réduire les prévalences des pratiques addictives et comportement à risque (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances) et leurs conséquences nocives
- Lien avec le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022
- Adéquation avec les référentiels nationaux et la réglementation :
 - Rapport de la Cour des Comptes relatif aux politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (juin 2016)
 - La loi 2016- 41 du 26 janvier 2016 modifiant notre système de santé qui positionne la RDRD comme un pilier de la lutte contre les conduites addictives
 - La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (recommandation ANESM, 2017)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

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

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

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

SOURCE DES DONNÉES

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

1) Baromètre santé et Baromètre de Santé publique France

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

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

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

2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité des 55 structures d'urgences. En 2017, d'après le réseau des structures d'urgence de la région Paca, le réseau Oscour® enregistrait 97 % des passages aux urgences de la région.

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 Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Alpes de Haute-Provence	3/3 (100%)	97,86
Hautes-Alpes	3/3 (100%)	95,29
Alpes-Maritimes	10/10 (100%)	89,54
Bouches-du-Rhône	20/20 (100%)	77,17
Var	10/10 (100%)	89,84
Vaucluse	9/9 (100%)	88,49
Paca	55/55 100%	85,4

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

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

5) Certificats de décès

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

DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

1) Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

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

3) Réseau Oscour®

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

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

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

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

4) Estimations régionales et départementales d'incidence des cancers

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

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

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

5) Certificats de décès

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

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

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

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

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

EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

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

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

BIBLIOGRAPHIE

- Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>].
- Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):180-7. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html]
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):97-108. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html]
- Ducimetiere P, Arwidson P. Focus. Évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):178-9. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_1.html]
- L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V, Regnault N. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France : 2018. 16 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>].
- Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html]
- Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):109-15. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_3.html]
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017>].

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL PACA

Santé publique France

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

Avec la contribution de :

Olivier CATELINOIS, Edouard CHATIGNOUX, Florence de MARIA, Anne FOUILLET, Guillemette QUATREMER, Jalpa SHAH.

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Dr Elisabeth LAFONT-BATTESTI, conseiller médical référente régionale addictions

Emmanuelle CAMOIN, responsable du département prévention et promotion de la santé

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 Provence-Alpes-Côte d'Azur participant à Oscour® et le Grades Paca (anciennement Observatoire régional des Urgences – ORU Paca).