

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.3 **Comparaisons régionales** de la consommation d'alcool p.5 Consommation d'alcool dans la région Pays de la Loire p.11 **Morbidité aiguë** liée à l'alcool dans la région Pays de la Loire p.15 **Morbidité et mortalité** associées à l'alcool dans la région p.18 Une **mobilisation de tous les acteurs** en Pays de la Loire sur la prévention des consommations à risque d'alcool p.25 Conclusion et perspectives p.26 Sources des données p.26 Définition des variables p.28 Effectifs régionaux des enquêtes p.29 Bibliographie p.29

ÉDITO

L'alcool est une substance psycho active qui occupe une place particulière en France, de par les rites sociaux et les représentations associées à sa consommation: malgré les campagnes de prévention, la consommation d'alcool dans notre pays demeure socialement acceptable, voire valorisée ; elle est associée à la convivialité, à la fête et au plaisir.

Cependant, la consommation d'alcool constitue la deuxième cause de mortalité évitable : en 2015, 41 000 décès étaient attribués à l'alcool au niveau national. En région Pays de la Loire, même si les consommations sont comme au niveau national en recul depuis une dizaine d'années, et ce grâce à une mobilisation importante des institutions et des acteurs de terrain, la consommation hebdomadaire parmi les 18-75 ans est parmi les plus élevées de en France (44 % vs 40 % Baromètre Santé publique France 2017). Il s'agit donc bien d'un enjeu de Santé Publique majeur pour notre région. Les dernières recommandations de Santé Publique France abaissent les seuils de consommation et s'accompagnent d'un discours renouvelé, destiné à déconstruire la croyance en une consommation sans risque : en deçà de 10 doses d'alcool par semaine le sur risque est peu significatif mais réel et, au-delà, il augmente de manière exponentielle. D'autre part, la meilleure connaissance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale nous fait obligation d'informer les femmes enceintes, les pères, le grand public, de ce risque.

Il nous appartient donc collectivement, institutions publiques de santé, acteurs de l'addictologie et de la prévention, professionnels de santé, de l'éducation et travailleurs sociaux, collectivités locales, de mieux informer, prévenir, repérer, et orienter, accompagner les personnes ayant une consommation à risque. La tâche des acteurs de la prévention et du soin sera d'expliquer sans jugement ni injonction, avec bienveillance, la notion de risque accru lors de consommations d'alcool n'entraînant ni ivresse ni dépendance. Chacun doit s'interroger et réfléchir à sa consommation d'alcool, avec l'aide de ces nouveaux repères.

Nicolas Durand avec la contribution de la SRAE addictologie (Structure régionale d'Appui et d'Expertise)
Directeur adjoint et directeur de la Santé Publique et Environnementale – ARS Pays de la Loire

POINTS CLÉS

- **Contraste dans la région entre les deux prévalences de consommation d'alcool mesurées en 2017 chez les 18-75 ans :**
 - les prévalences quotidiennes étaient parmi les moins élevées de France : 3 % chez les femmes, 14 % chez les hommes,
 - **les prévalences hebdomadaires figuraient parmi les plus élevées de France** : 28 % chez les femmes, 60 % chez les hommes.
- **Alors que le vin et la bière restaient prépondérants partout sur le territoire français, la prévalence de consommateurs d'alcools forts était la plus élevée** en Pays de la Loire avec 13 % d'adultes qui en consomment chaque semaine.
- **De près après la Bretagne, la région enregistre une prévalence de consommateurs hebdomadaires particulièrement élevée parmi ses jeunes adultes** (18-30 ans) : 41 % contre <36 % partout ailleurs en France métropolitaine (minimum 23 % en Hauts-de-France). Un jeune adulte/10 déclarait un épisode d'alcoolisation importante au moins une fois /semaine.
- **Consommations d'alcool à l'âge de 17 ans les plus défavorables du pays** : expérimentation de l'alcool 92 %, usage régulier 12 %, alcoolisations ponctuelles importantes répétées (plus de 2 par mois) 22 %.
- **Indicateurs défavorables de morbi-mortalité pour pathologies en lien avec l'alcool** (3^e ou 4^e rang /13 régions) :
 - 30 passages aux urgences chaque jour (71 % d'intoxications éthyliques aiguës),
 - **Sur-incidence et surmortalité chez l'homme des cancers des lèvres, bouche, pharynx et œsophage**, comme dans les autres régions du Nord-Ouest du pays ; différences constatées entre les 5 départements des Pays de la Loire selon le type de cancer, le département du Maine-et-Loire étant le moins défavorisé sur ces pathologies.

Repères de consommation à moindre risque : « **POUR VOTRE SANTÉ, L'ALCOOL C'EST MAXIMUM 2 VERRES PAR JOUR, ET PAS TOUS LES JOURS** »

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 1/4 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** ».

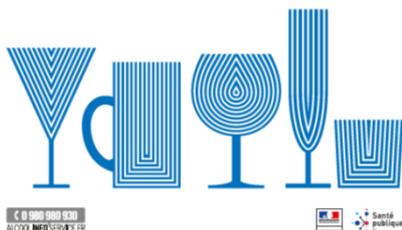
Références :

<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.

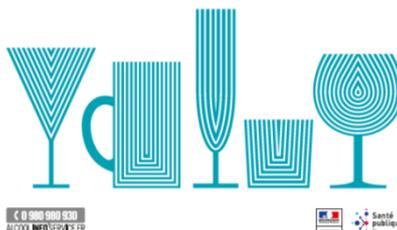
**Pour votre santé,
l'alcool c'est
maximum
2 verres par jour
et pas tous
les jours.**

Parlez-en à
votre médecin



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

Parlez-en à
votre médecin



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

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



C O 980 980 930
ALCOOL.INFO-SERVICE.FR

Santé
publique
France

COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

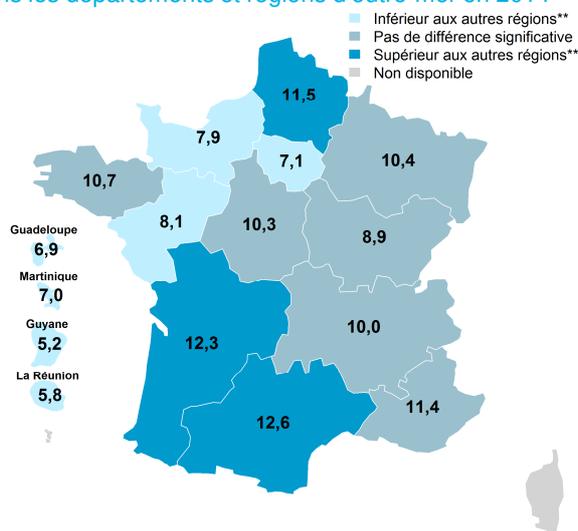
Consommation d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans

• Consommation quotidienne

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 %. 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 (Figure 1, Tableau 1).

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 en 2017.

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



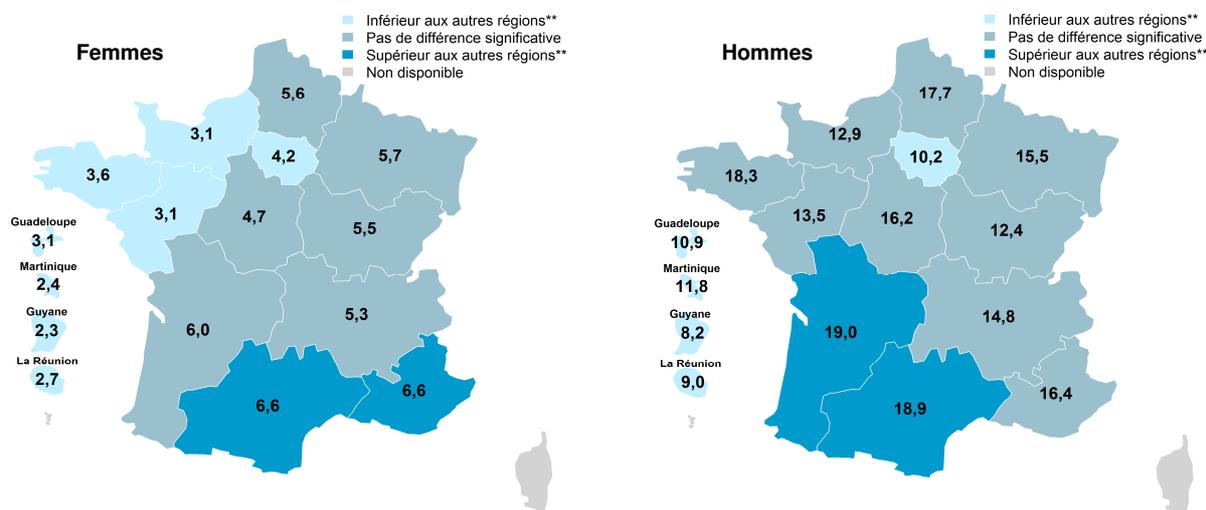
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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).

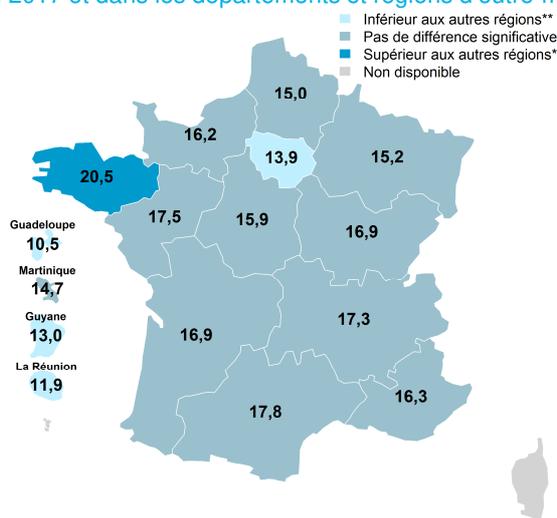
La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région. En France métropolitaine, elle variait selon les régions de **3,1 % (Pays de la Loire et Normandie)** à 6,6 % (Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) **chez les femmes** et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes (Figure 2). En région **Pays de la Loire**, la prévalence **chez les hommes** était de **13,5 %**. 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.

• Alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles

La prévalence des API (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 %. 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 %, Figure 3, Tableau 1). La région **Pays de la Loire (17,5 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions de France métropolitaine. 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. 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 **Pays de la Loire**, les prévalences étaient de **6,6 % chez les femmes** et de **29,0 % chez les hommes** (Figure 4). Dans les DROM, elles variaient 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



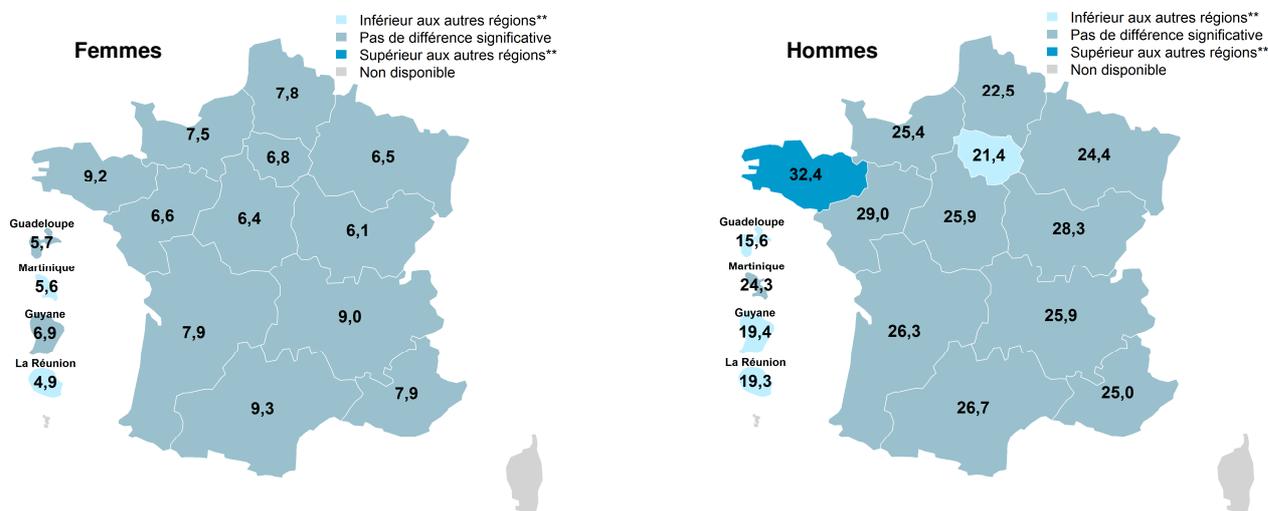
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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 (API) 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 %	API mensuelles (prévalence brute)	IC 95 %	API 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. IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; API : Alcoolisations ponctuelles importantes.

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).

• Types de consommation hebdomadaire

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

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

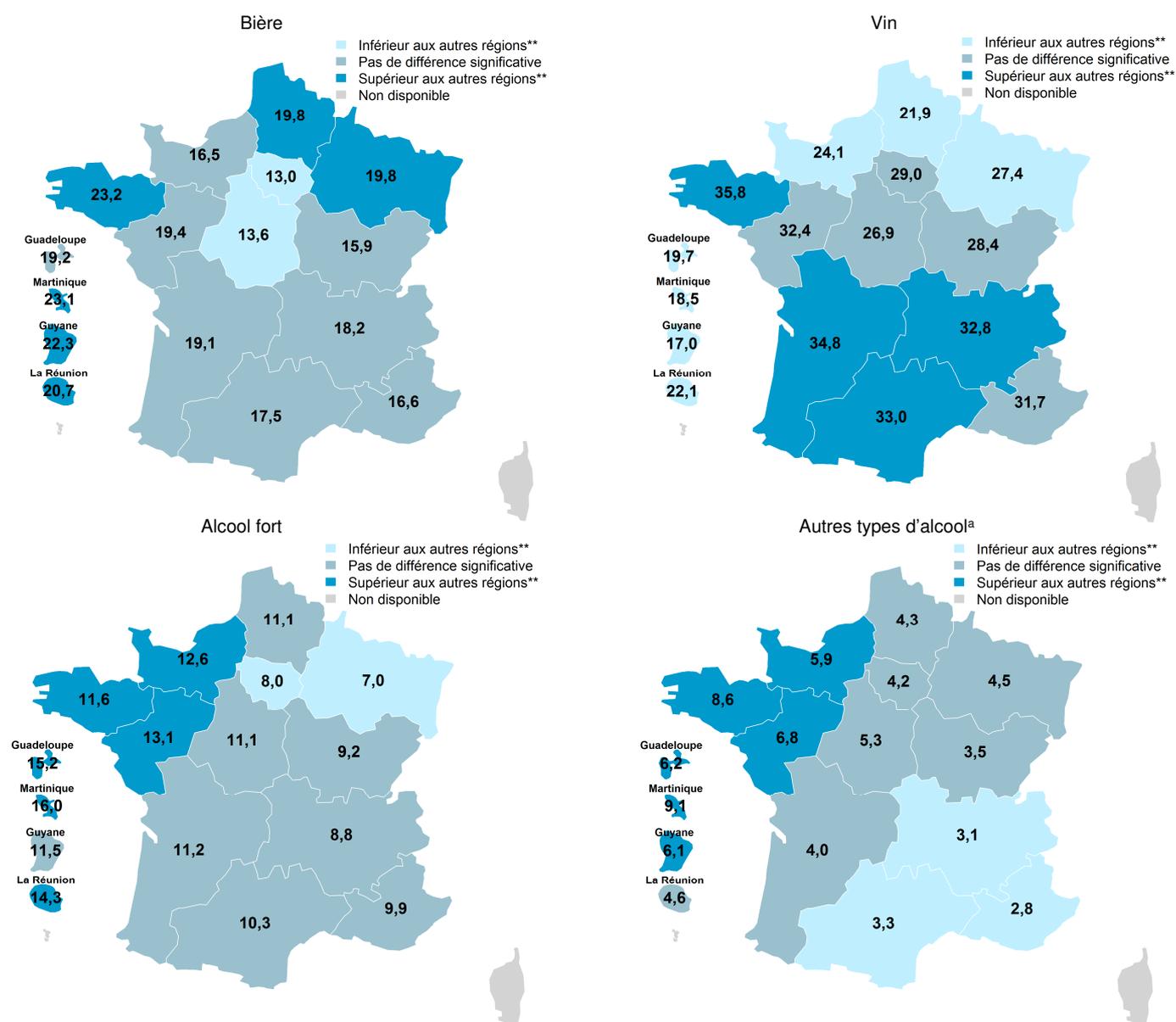
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine (34,8 %) – ainsi qu'en Bretagne (35,8 %) que dans les autres régions métropolitaines. Elle était significativement plus faible dans les régions du nord : Hauts-de-France (21,9 %), Normandie (24,1 %) et Grand Est (27,4 %) (Figure 5).

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 à l'ouest (Bretagne, Normandie, Pays de la Loire) que dans les autres régions métropolitaines, et significativement plus faible en Grand Est (7,0 %) et en Île-de-France (8,0 %) (Figure 5).

Pour les autres types d'alcool, la prévalence de la consommation hebdomadaire 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 %) (Figure 5).

Selon le Baromètre santé DOM 2014, la prévalence de la consommation hebdomadaire de bière à La Réunion (20,7 %), en Guyane (22,3 %) et en Martinique (23,1 %) était significativement plus élevée que la moyenne de la France métropolitaine. 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 %) qu'en France métropolitaine. 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).

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 %.

^a Exemples : cidre, champagne, porto...

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).

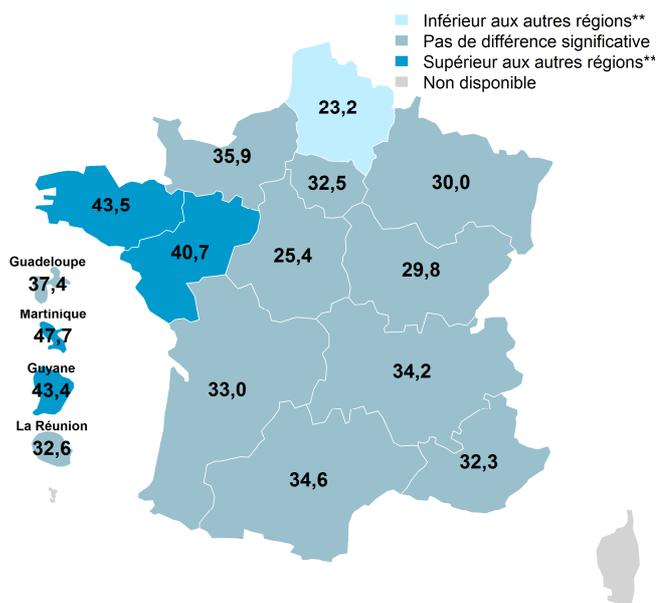
Consommation d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans

• Consommation hebdomadaire

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la prévalence standardisée de 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. 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 (Figure 6).

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 (37,4 %) n'en différaient pas (Figure 6).

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 %.

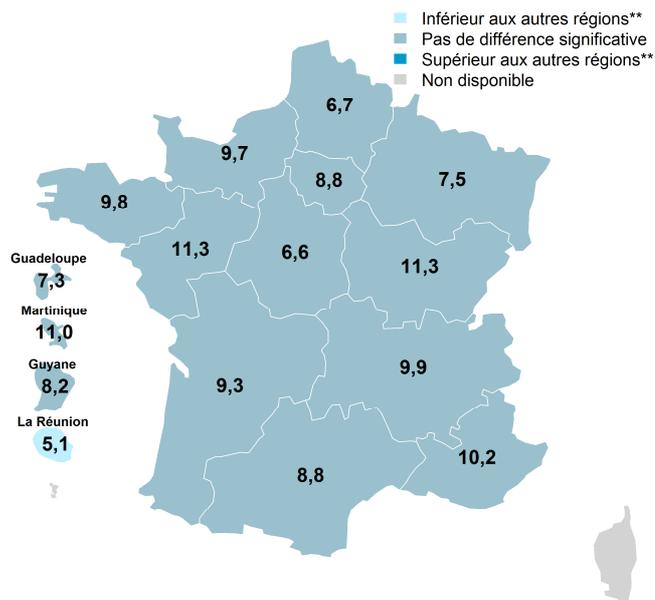
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

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

• API hebdomadaires

La prévalence standardisée des alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires chez les adultes de 18 à 30 ans était de 9,0 % en France métropolitaine. Elle variait de 6,6 % (Centre-Val de Loire) à **11,3 % (Pays de la Loire et Bourgogne-Franche-Comté)** selon les régions, mais aucune des prévalences régionales ne différait de la moyenne des autres régions métropolitaines. 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).

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 comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

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

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

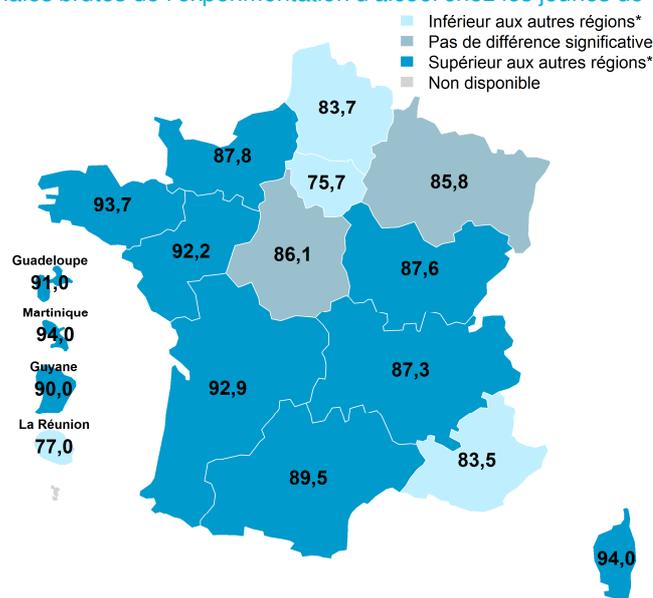
Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans

• Expérimentation

En 2017, selon l'enquête Escapad, réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 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, avec une moyenne de 85,7 %. 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 (Figure 8).

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 qui affichait une prévalence significativement plus faible (77,0 %).

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

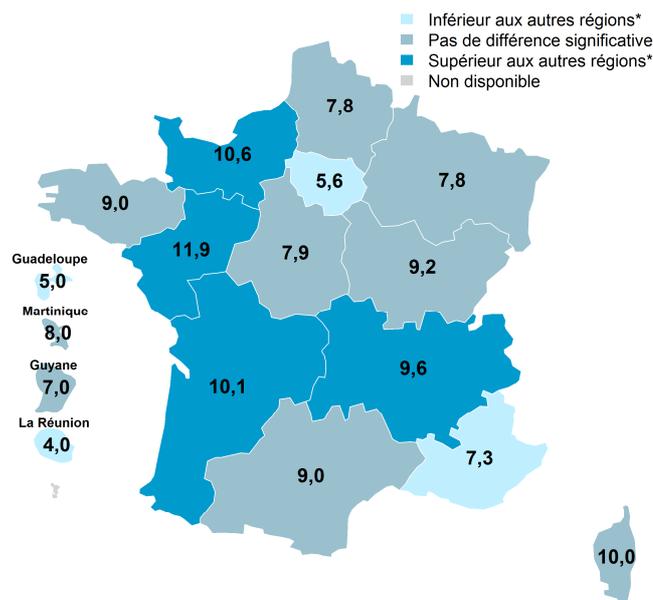


* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne de France métropolitaine statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%.
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

• Usage régulier d'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois)

La prévalence de l'usage régulier d'alcool chez les jeunes de 17 ans variait de 5,6 % à 11,9 % selon les régions de France métropolitaine, avec une moyenne de 8,4 %. 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 (Figure 9).

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.

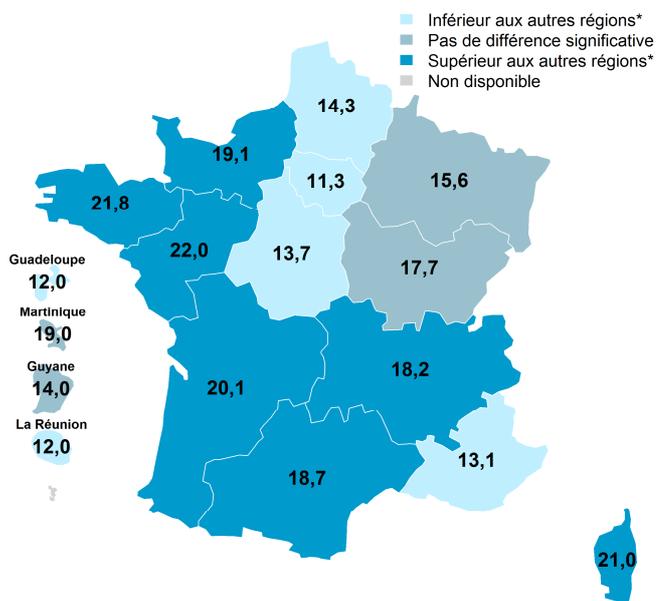
Figure 9 : Prévalences régionales brutes de l'usage régulier d'alcool (≥ 10 usages par mois) chez les jeunes de 17 ans en 2017

* 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).

• API répétées (au moins 3 dans le mois)

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

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 PAYS DE LA LOIRE

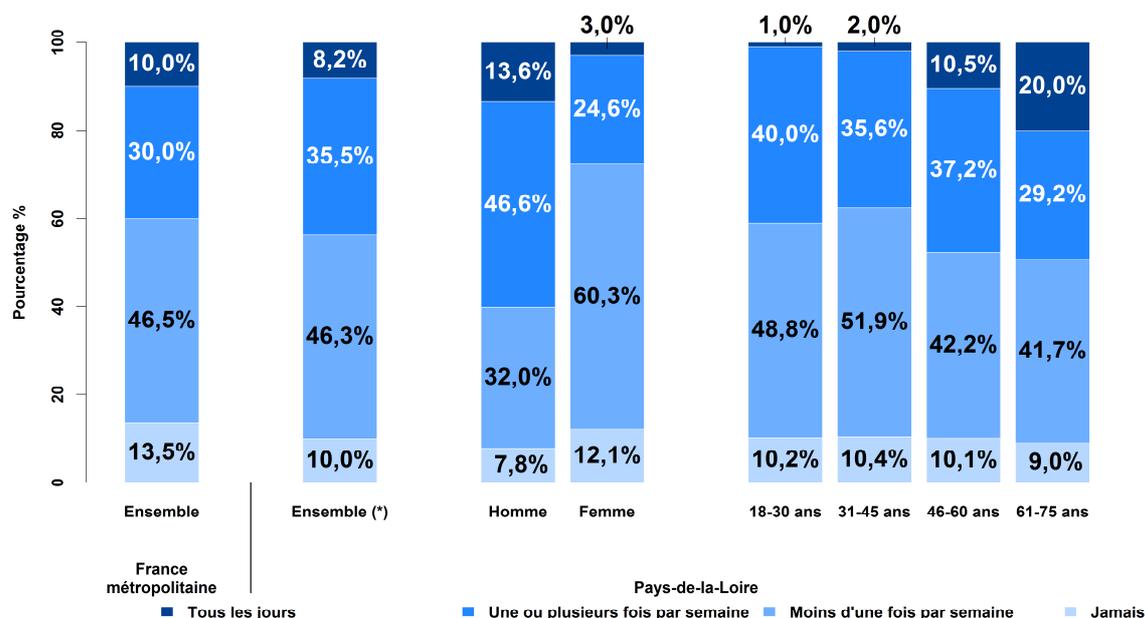
Les fréquences de consommation issues du Baromètre de Santé publique France 2017 présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

Fréquences de consommation

En 2017 en Pays de la Loire, 43,7 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine (8,2 % tous les jours) au cours des 12 derniers mois, contre 40,0 % en France métropolitaine ($p < 0.05$).

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge (Figure 11). Ainsi, 13,6 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement et 46,6 % chaque semaine, contre respectivement 3,0 % et 24,6 % chez les femmes. La part des consommateurs quotidiens augmentait avec l'âge passant de moins de 2 % chez les 18-45 ans, 10,5 % chez les 46-60 ans et jusqu'à 20,0 % chez les 61-75 ans.

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



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

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

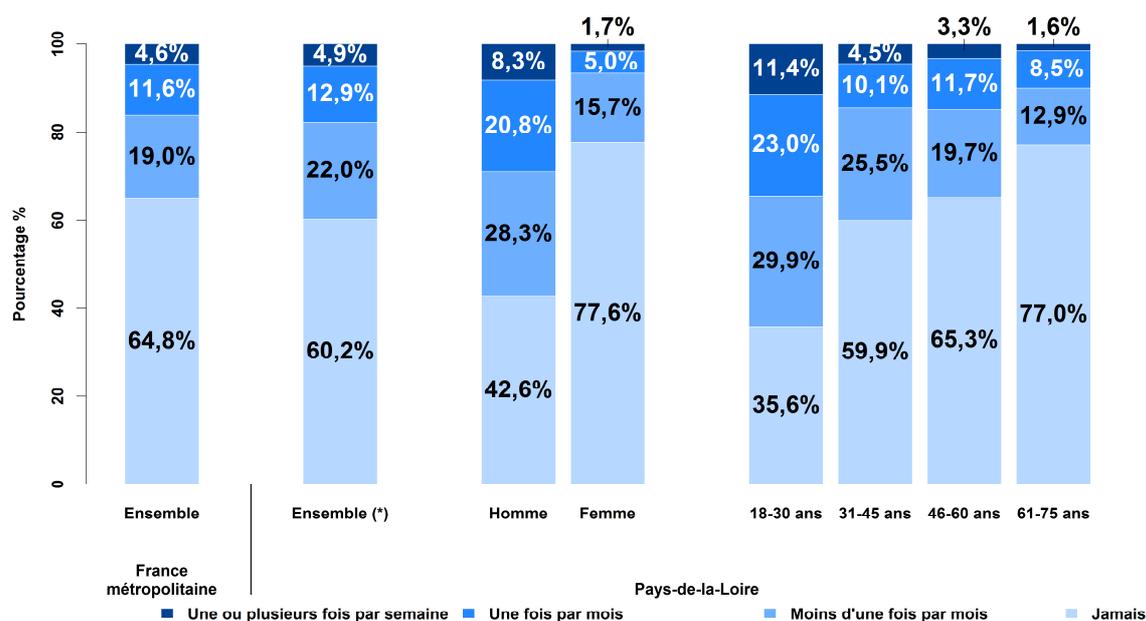
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017 en Pays de la Loire, 39,8 % des adultes âgés de 18-75 ans déclaraient au moins une API (6 verres ou plus en une seule occasion) au cours des 12 derniers mois avec 17,8 % au moins une fois par mois et 4,9 % au moins une fois par semaine. Ces proportions étaient significativement différentes de celles observées sur l'ensemble de la France métropolitaine qui étaient moins élevées, respectivement de 35,2 %, 16,2 % et 4,6 %.

En Pays de la Loire, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (57,4 % avec 29,1 % au moins une fois par mois et 8,3 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (respectivement 22,4 %, 6,7 %, 1,7 %). La prévalence des API dans l'année était plus importante parmi les 18-30 ans (respectivement 64,4 %, 34,4 %, 9,9 %) et diminuait progressivement ensuite avec l'âge (Figure 12)

Figure 12 : Fréquence des Alcoolisations ponctuelles importantes (API) au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et Pays de la Loire, et selon le sexe et l'âge pour la région Pays de la Loire, 2017



* différence significative (comparaison avec les autres régions).

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

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

Facteurs associés

En 2017 en Pays de la Loire, seuls le sexe et l'âge étaient significativement associés à la consommation quotidienne d'alcool et aux API mensuelles (parmi les facteurs étudiés). Les niveaux de diplôme et de revenus n'étaient pas associés. Les hommes avaient des risques environ 6 fois plus élevés que les femmes, concernant les deux consommations d'alcool à risque (Tableaux 2 et 3). Concernant l'âge, les risques entre ces deux consommations étaient inverses :

- Pour la consommation quotidienne, le risque augmentait après 45 ans ; il était le plus élevé chez les adultes âgés de 61-75 ans.
- Pour les API mensuelles, le risque augmentait en allant vers les tranches d'âge les plus jeunes : il était 1,7 fois plus élevé chez les 31-60 ans comparé aux 61-75 ans, et de 6,5 fois plus élevé chez les 18-30 ans.

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

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=683)	13,6	5,9***	[3,8-9,1]
Femme (réf.) (n=914)	3,0	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=258)	1,0	0,1***	[0,0-0,2]
31-45 ans (n=411)	2,0	0,1***	[0,0-0,2]
46-60 ans (n=497)	10,5	0,4***	[0,3-0,6]
61-75 ans (réf.) (n=431)	20,0	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=475)	7,6	1,0	[0,6-1,6]
2e tercile (n=565)	6,4	0,9	[0,6-1,5]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=488)	11,7	1,0	
Refus/Nsp (n=69)	8,2	1,0	[0,4-2,8]
Diplôme en 3 modalités	**		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=683)	10,4	1,1	[0,7-1,8]
Bac (n=323)	4,7	0,9	[0,5-1,7]
Supérieur au Bac (réf.) (n=590)	6,6	1,0	

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

OR : odds ratio ; IC à 95% : 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).

Tableau 3 : Facteurs associés aux Alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Pays de la Loire, 2017.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
Sexe	***		
Homme (n=683)	29,1	6,8***	[4,9-9,5]
Femme (réf.) (n=913)	6,7	1,0	
Age en 4 classes (18-75 ans)	***		
18-30 ans (n=258)	34,5	6,5***	[4,0-10,5]
31-45 ans (n=411)	14,6	1,7*	[1,1-2,7]
46-60 ans (n=497)	15,0	1,7*	[1,1-2,7]
61-75 ans (réf.) (n=430)	10,0	1,0	
Terciles de revenus (pondéré)			
1er tercile (faible) (n=475)	17,1	1,1	[0,8-1,7]
2e tercile (n=565)	17,4	1,1	[0,7-1,5]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=487)	17,1	1,0	
Refus/Nsp (n=69)	28,6	1,7	[0,8-3,4]
Diplôme en 3 modalités	*		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=683)	16,2	1,2	[0,9-1,8]
Bac (n=323)	24,5	1,2	[0,8-1,8]
Supérieur au Bac (réf.) (n=589)	16,4	1,0	

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

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

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

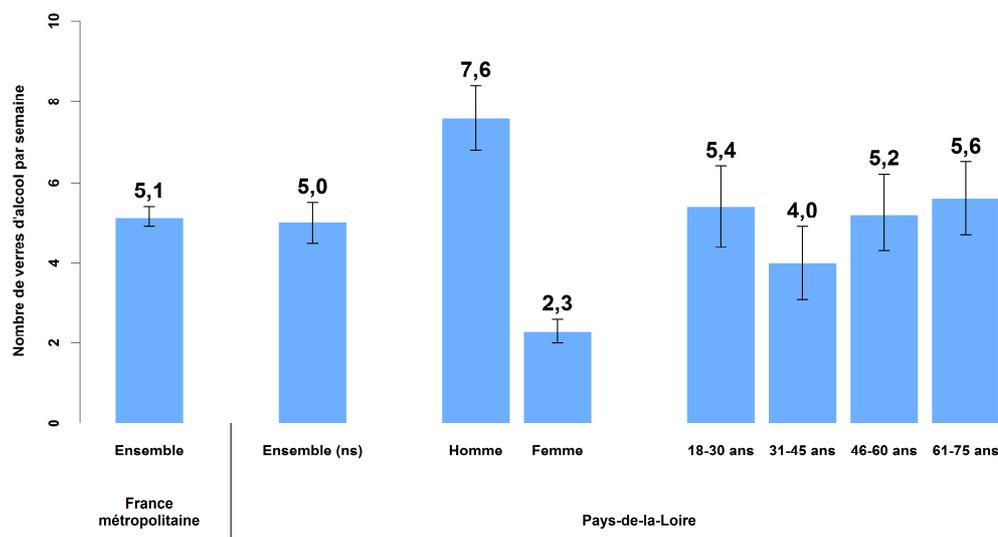
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

Nombre de verres consommés

En 2017, en Pays de la Loire, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne 5,0 [4,5-5,5] verres par semaine, équivalent à la moyenne des autres régions métropolitaines. La moyenne métropolitaine était de 5,1 [4,9-5,4] verres par semaine.

Le nombre moyen de verres consommés par semaine était significativement plus important chez les hommes (7,6 [6,8-8,4]) que chez les femmes (2,3 [2,0-2,6]) (Figure 13).

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 Pays de la Loire, et selon le sexe et l'âge pour la région Pays de la Loire, 2017



(ns) différence non 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).

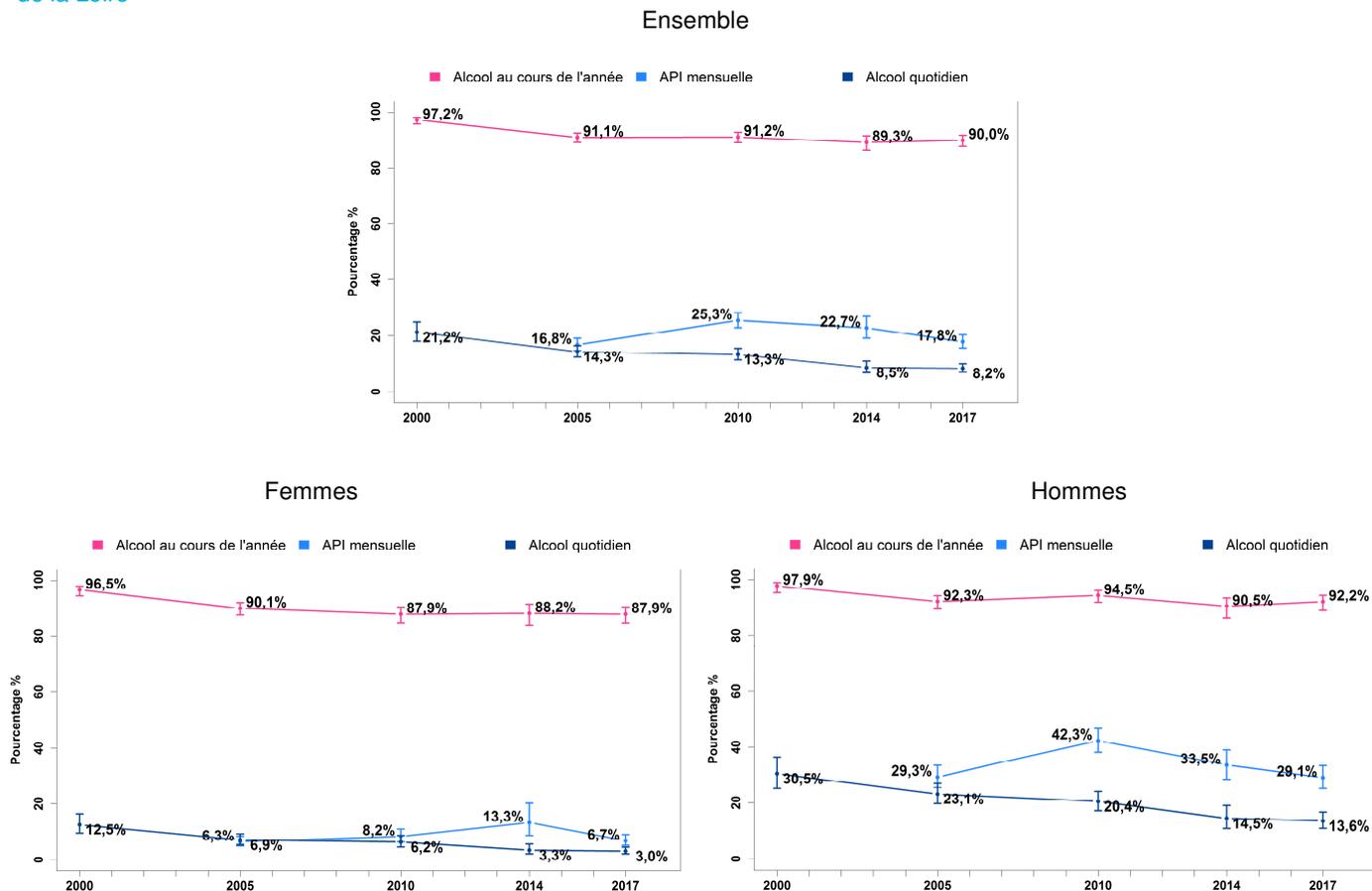
Évolutions

En Pays de la Loire, la prévalence de la consommation d'alcool dans l'année avait diminué entre 2000 et 2005 passant de 97 % à 91 %, depuis elle est restée stable, ce chez les hommes comme chez les femmes. Elle était de 90 % en 2017 (Figure 14).

Après avoir augmenté entre 2005 et 2010 (jusqu'en 2014 chez les femmes), la prévalence des API mensuelles a diminué progressivement. Elle était globalement de 18 % en 2017.

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool a diminué entre 2000 et 2014 (de 21,2 % à 8,5 %). Elle restait stable en 2017 avec 8%.

Figure 14 : Évolution des prévalences de la consommation d'alcool dans l'année et de la consommation quotidienne d'alcool entre 2000 et 2017 et des Alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles entre 2005 et 2017, et selon le sexe, Pays de la Loire



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 PAYS DE LA LOIRE

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. Les indicateurs présentés ici sont à interpréter avec prudence dans la mesure où il s'agit de données brutes, les pratiques de codage peuvent varier d'un établissement à l'autre.

Passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

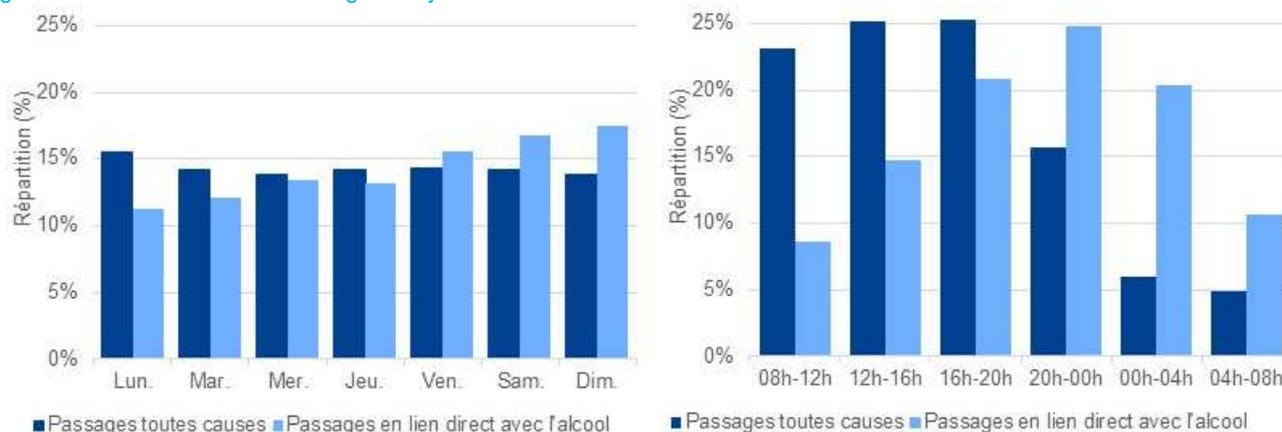
• Répartition journalière et horaires

Au total, en 2017, 11 089 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 30 services d'urgence (SU) de la région **Pays de la Loire** participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 30 passages par jour. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,8 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région en 2017 (vs 1,4 % au niveau France entière), équivalent au taux de 2016 (2015 : 1,9 %).

Les passages aux urgences toutes causes dans la région **Pays de la Loire** en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine, avec une activité légèrement plus élevée sur la journée du lundi. Pour les passages en lien direct avec l'alcool, on observait une répartition croissante au cours de la semaine allant de 11 % des passages hebdomadaires enregistrés le lundi jusqu'à 17 % le samedi et le dimanche. Sur ces 2 jours, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient plus de 2 % de l'activité totale des services d'urgence. La moitié des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentrait du vendredi au dimanche (Figure 15).

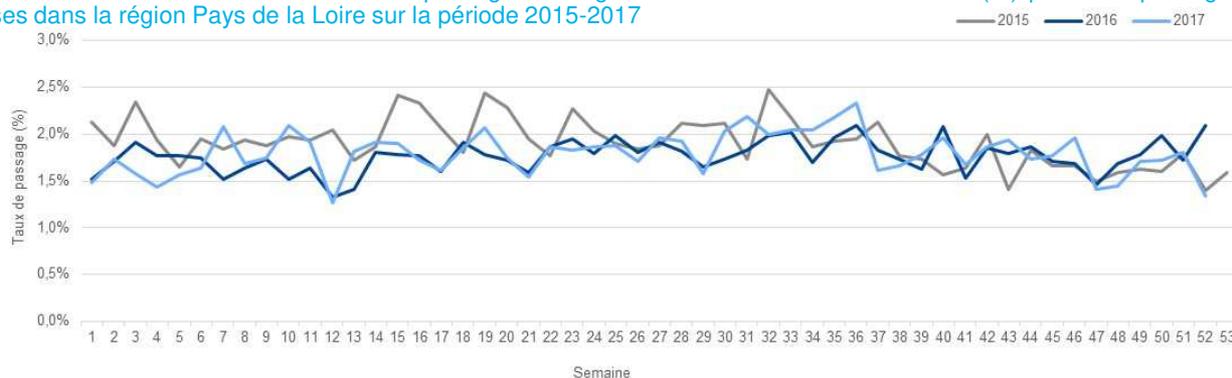
Si l'activité globale des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool étaient plus fréquents entre 16 heures et 4 heures, représentant les 2/3 des passages d'une journée (Figure 15). Entre minuit et 4 heures et entre 4 et 8 heures, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient 6,3 % et 3,8 % de l'ensemble des passages aux urgences.

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 Pays de la Loire en 2017



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

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

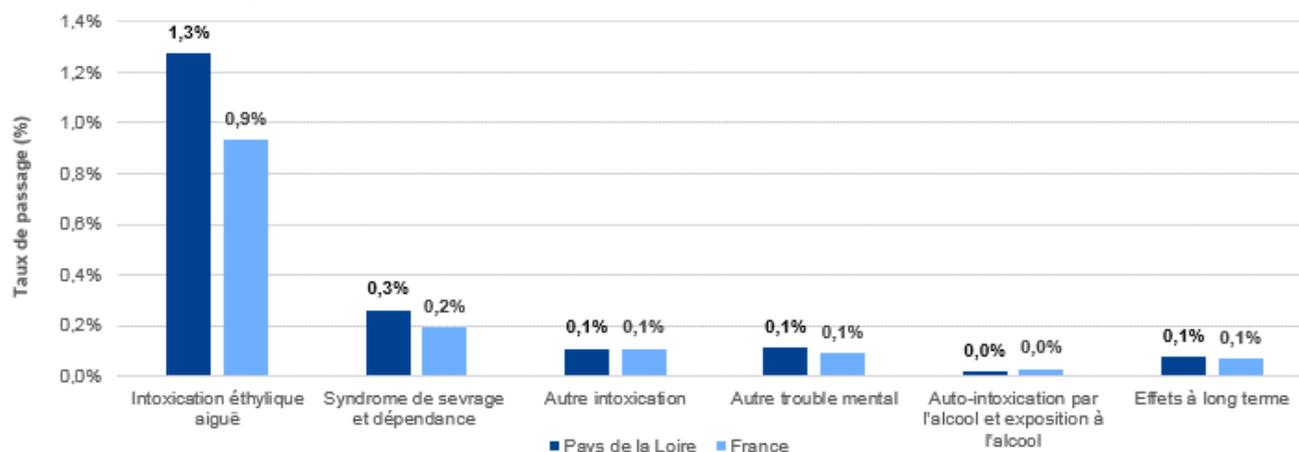


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.
Source : Oscour® (Santé publique France).

• Type de pathologie

Parmi les différentes pathologies pouvant être identifiées comme directement liées à l'alcool (Figure 17), l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, avec en 2017 en Pays de la Loire 1,3 % de l'ensemble des passages aux urgences et 71 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool (contre respectivement 0,9 % et 68 % au niveau national). Les autres pathologies étaient : syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, auto-intoxication par l'alcool et effets à long terme, représentant chacune entre moins de 0,0 % et 0,3 % de l'ensemble des passages aux urgences, valeurs comparables aux moyennes nationales.

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 Pays de la Loire en 2017



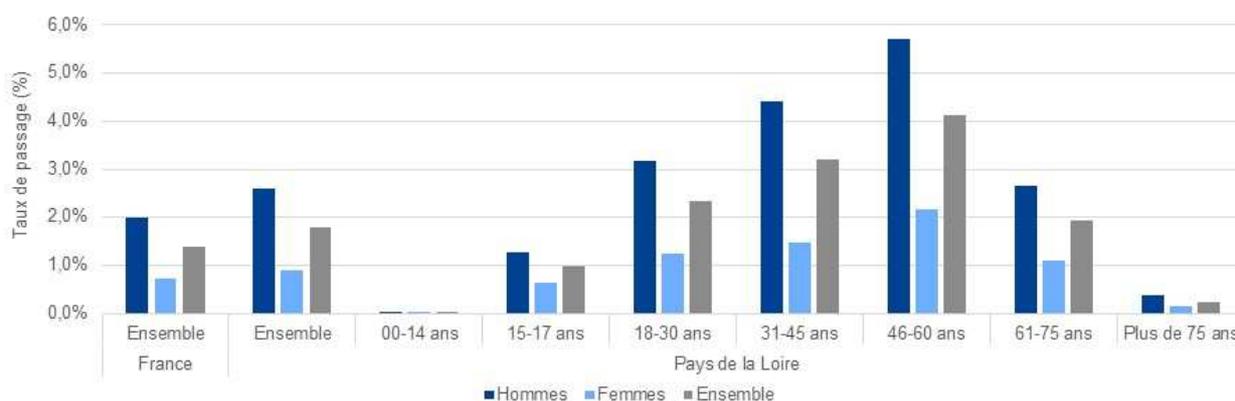
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.

Source : Oscour® (Santé publique France).

• L'âge et le sexe

En 2017, en région **Pays de la Loire** comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (2,6 %) que chez les femmes (0,9 %, Figure 18). Le taux de passage augmentait progressivement avec la tranche d'âge jusqu'à chez les 46-60 ans avec 2,2 % chez les femmes et 5,7 % chez les hommes.

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 Pays de la Loire en 2017



Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.

Source : Oscour® (Santé publique France).

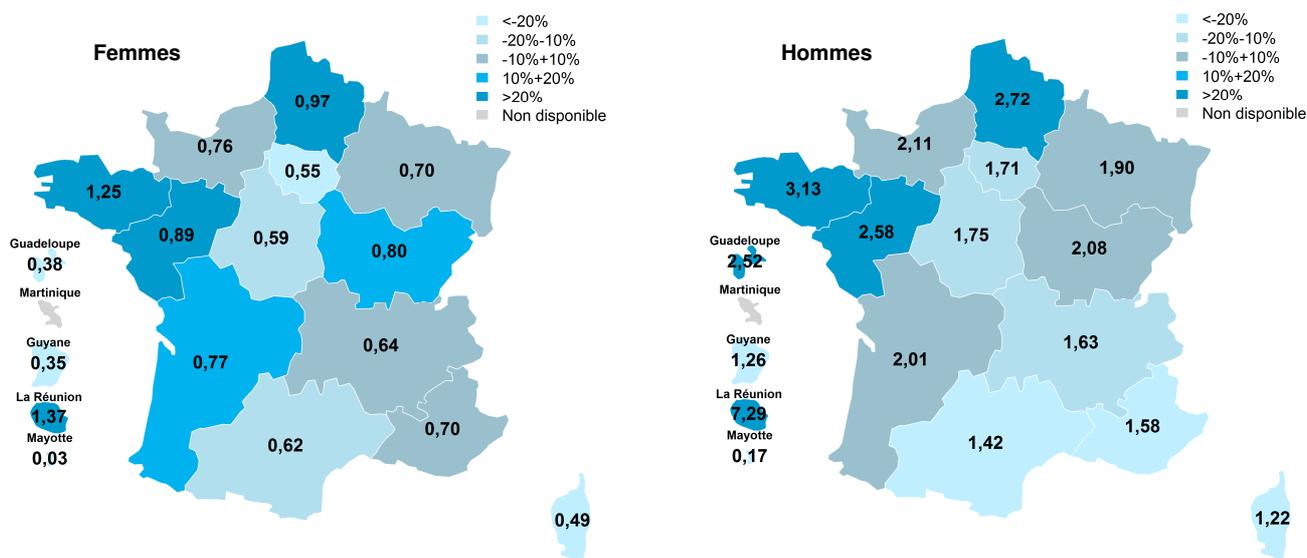
Comparaisons régionales et départementales

En 2017, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 0,7 % chez les femmes. À Mayotte, à Saint-Barthélemy, en Guyane, en Guadeloupe, en Corse, à Saint-Martin et en Île-de-France, les taux étaient inférieurs de plus de 20 % au taux national. A l'inverse, pour La Réunion, la Bretagne, les Hauts-de-France et les **Pays de la Loire (0,9 %)** les taux étaient supérieurs de plus de 20 % au taux national (Figure 19).

Chez les hommes, le taux national s'élevait à 2,0 %. À Mayotte, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, en Corse, en Guyane, en Occitanie et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, les taux étaient inférieurs de plus de 20 % au taux national. A l'inverse, pour la Guadeloupe, les **Pays de la Loire (2,6%)**, les Hauts-de-France, la Bretagne et à La Réunion, les taux étaient supérieurs de plus de 20 % au taux national.

Chez les hommes comme chez les femmes, les **Pays de la Loire** présentent les taux régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool les plus élevés de France métropolitaine, au 3^{ème} rang après les régions Bretagne et Hauts-de-France.

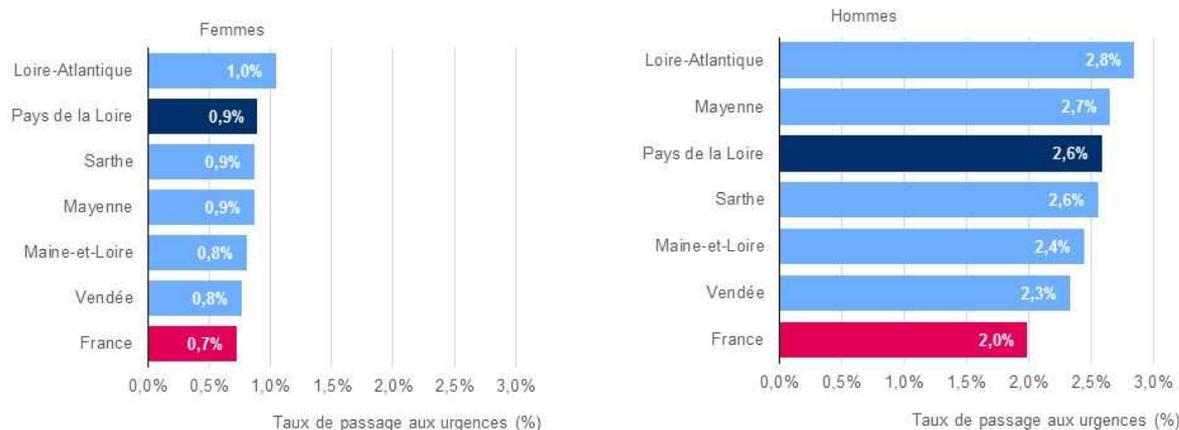
Figure 19 : Taux bruts régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool (%) et comparaison aux taux bruts nationaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017



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

En 2017 dans la région **Pays de la Loire**, les taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool chez les femmes étaient homogènes entre les 5 départements. Chez l'homme, ils variaient modérément allant de 2,3 % en Vendée à 2,8 % en Loire-Atlantique (Figure 20).

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



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 PAYS DE LA LOIRE

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.

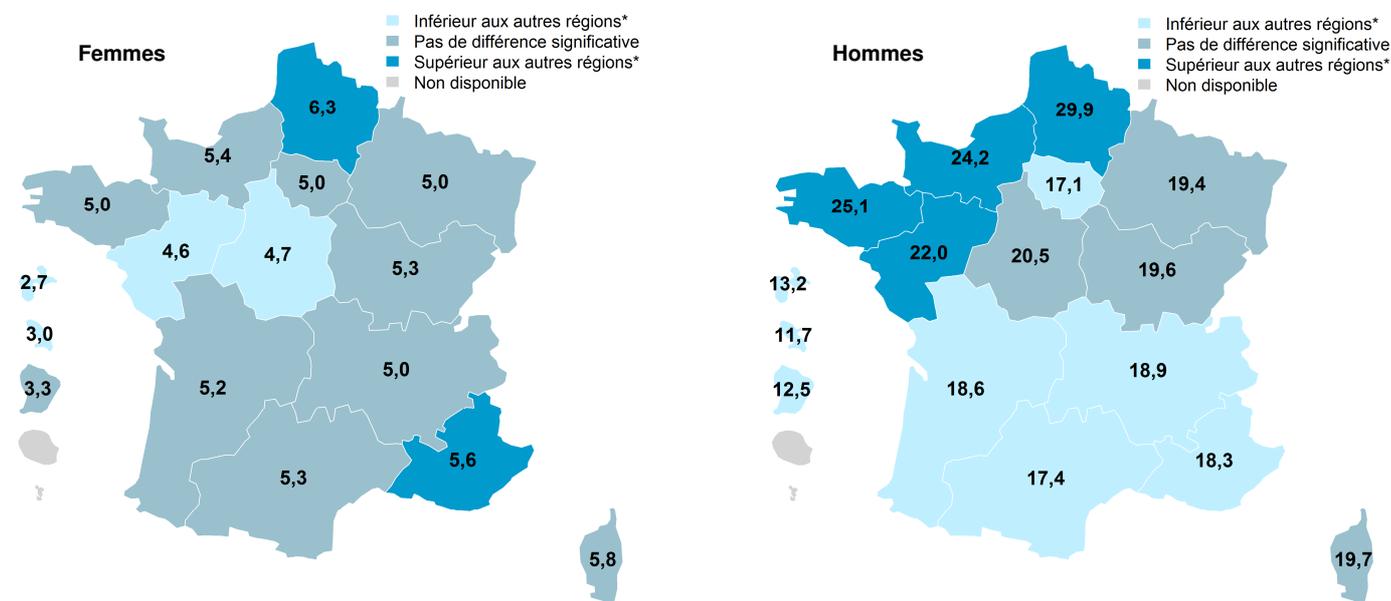
Le cancer des lèvres, de la bouche et du pharynx

• Incidence

En France métropolitaine pour la période 2007-2016, le taux annuel brut d'incidence de cancers des voies aérodigestives 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, les taux étaient respectivement de 5,2 [5,1-5,4] et 20,3 [19,9-20,7] /100 000.

Chez les femmes, la Guadeloupe, la Martinique, les **Pays de la Loire (4,6 [4,3-4,9] /100 000)** et le Centre-Val de Loire présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine ; les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France se distinguaient par des taux significativement plus élevés (Figure 21).

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



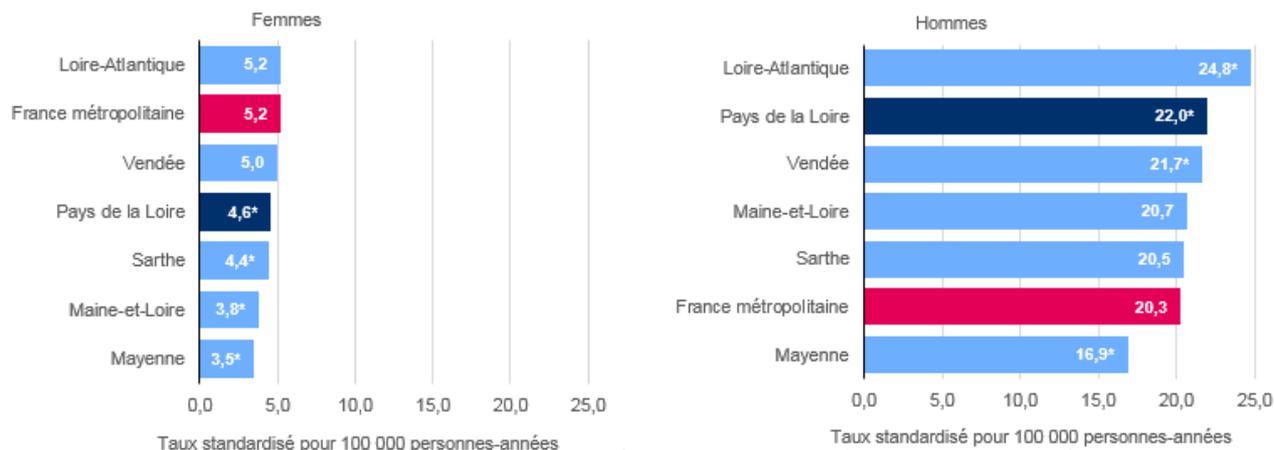
^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

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

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

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

Figure 22 : Taux départementaux standardisés^a d'incidence des cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx selon le sexe en 2007-2016 dans la région Pays de la Loire



^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, huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : Martinique, Guyane, Guadeloupe, Île-de-France, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes. Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine dont les **Pays de la Loire avec 22,0 [21,1-22,9]**.

Au sein de la région Pays de la Loire, les taux standardisés d'incidence chez les femmes variaient de 3,5 [2,8-4,6] pour 100 000 personnes-années en Mayenne à 5,0 [4,3-5,7] en Vendée et 5,2 [4,7-5,7] en Loire-Atlantique. Le taux de Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire étaient significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine (Figure 22).

Chez les hommes, les taux variaient de 16,9 [15,0-19,1] pour 100 000 personnes-années en Mayenne à 24,8 [23,3-26,5] en Loire-Atlantique. La Vendée et la Loire-Atlantique présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine (inférieur pour la Mayenne) (Figure 22).

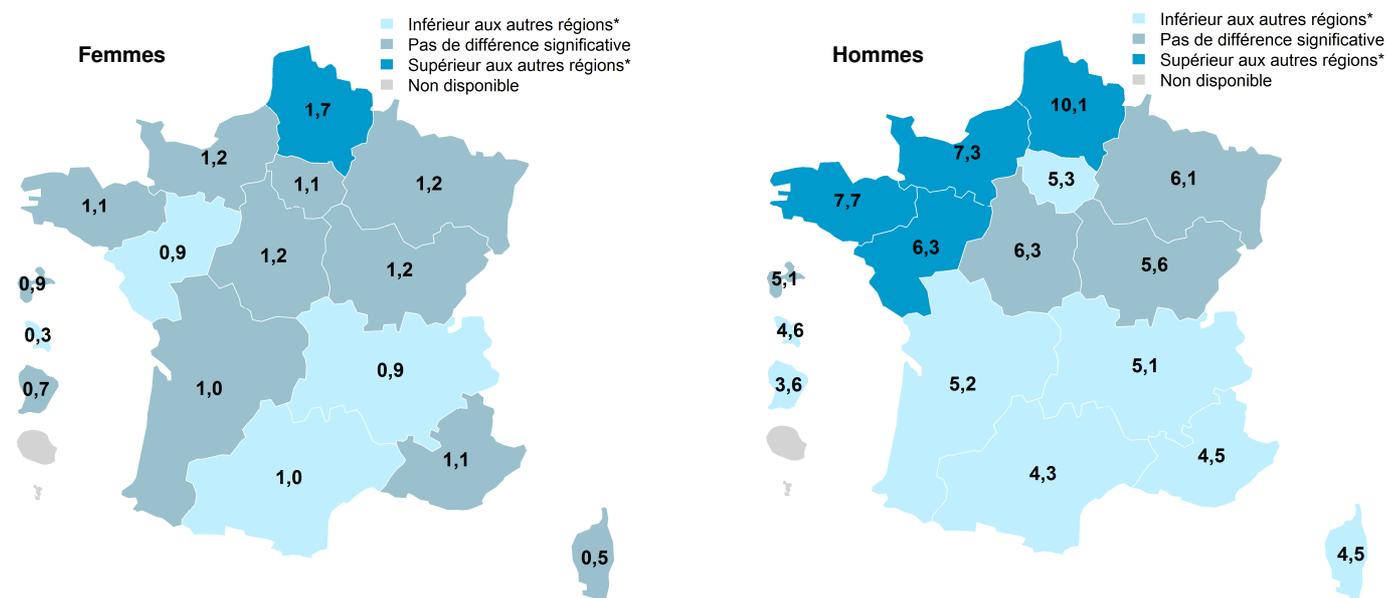
• Mortalité

En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancers 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, les taux étaient respectivement de 1,1 [1,1-1,2] et 5,9 [5,9-6,0] /100 000.

Chez les femmes, les régions Martinique, Auvergne-Rhône-Alpes, **Pays de la Loire (0,9 [0,8-1,1] /100 000)** et Occitanie présentaient des taux 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 métropolitaine (Figure 23).

Chez les hommes, huit régions se distinguaient par des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : Guyane, Martinique, Île-de-France et les régions de la moitié sud du pays ; les régions **Pays de la Loire (6,3 [5,9-6,6] /100 000)**, Normandie, Bretagne et Hauts-de-France présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus élevés.

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



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

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

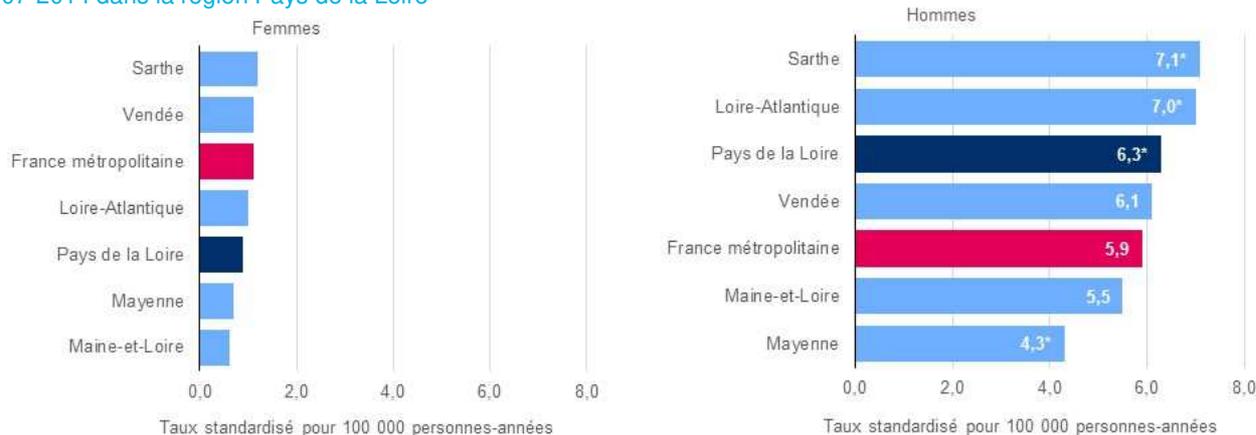
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Au sein de la région **Pays de la Loire**, les taux standardisés de mortalité chez les femmes, variaient de 0,6 [0,7-1,4] en Maine-et-Loire (valeur significativement inférieure à la moyenne de France métropolitaine) à 1,2 [0,8-1,7] dans la Sarthe (Figure 24).

Chez les hommes, le taux était le plus bas de la région en Mayenne avec 4,3 [3,4-5,5], et significativement inférieur à la moyenne française, et les taux atteignaient 7 en Sarthe et Loire-Atlantique et étaient significativement plus élevés que le niveau national.

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 Pays de la Loire



^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

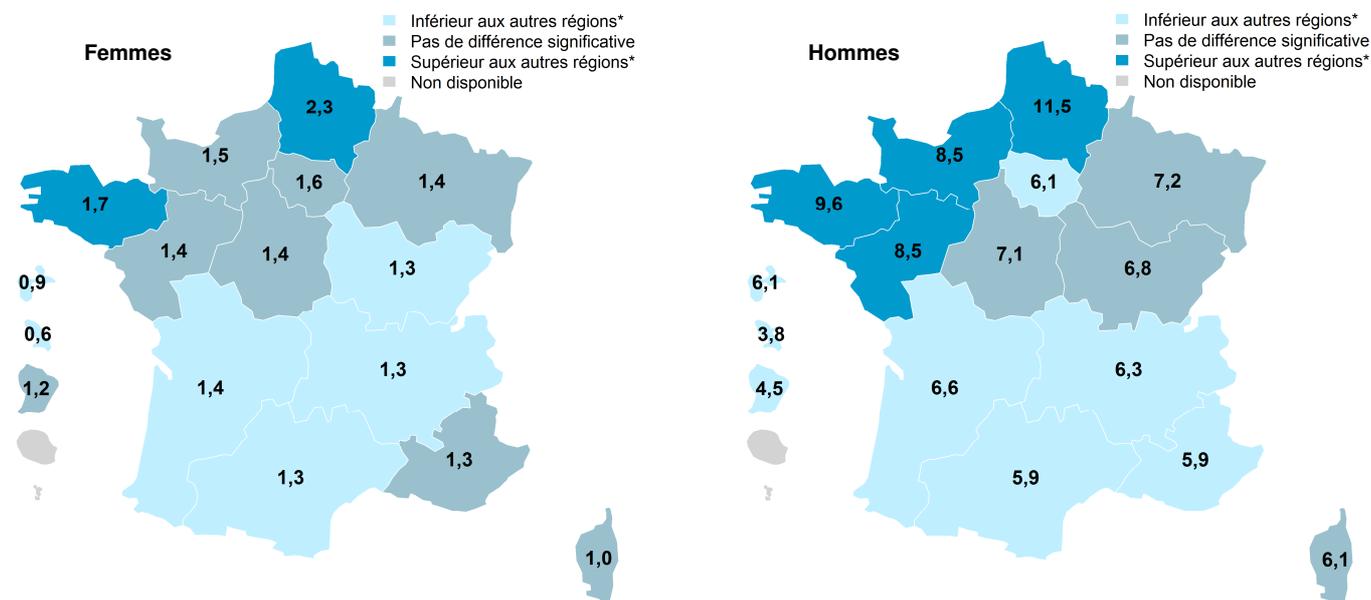
• Incidence

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, les taux étaient respectivement de 1,5 [1,4-1,6] et de 7,2 [7,0-7,5] /100 000.

Chez les femmes, six régions présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : Martinique, Guadeloupe, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté et Nouvelle-Aquitaine. 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 ; le taux pour la région **Pays de la Loire (1,4 [1,3-1,6])** n'en différait pas (Figure 25).

Chez les hommes, huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : Martinique, Guyane, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Île-de-France, Guadeloupe, Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine. Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : Normandie, **Pays de la Loire (8,5 [7,8-9,2])**, Bretagne et Hauts-de-France.

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



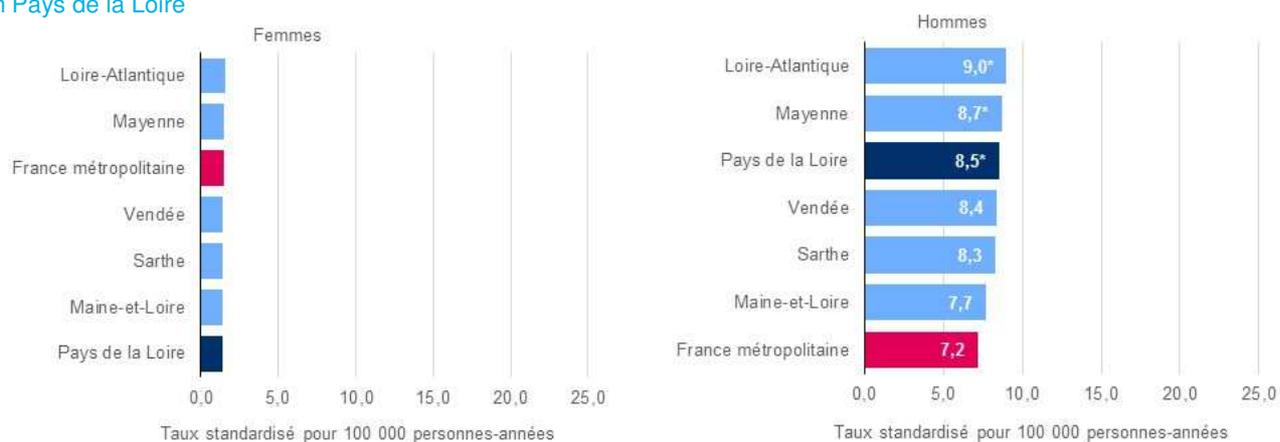
^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

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

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

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

Figure 26 : Taux départementaux standardisés^a d'incidence du cancer de l'œsophage selon le sexe en 2007-2016 dans la région Pays de la Loire



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

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

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

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

Au sein de la région **Pays de la Loire**, les taux standardisés d'incidence chez les femmes ne variaient pas entre les cinq départements (Figure 26). Quant aux taux chez l'homme, ils variaient de 7,7 [6,6-9,1] en Maine-et-Loire à 8,7 [7,2-10,6] et 9,0 [7,8-10,5] en Mayenne et Loire-Atlantique où ils étaient significativement supérieurs à la moyenne nationale.

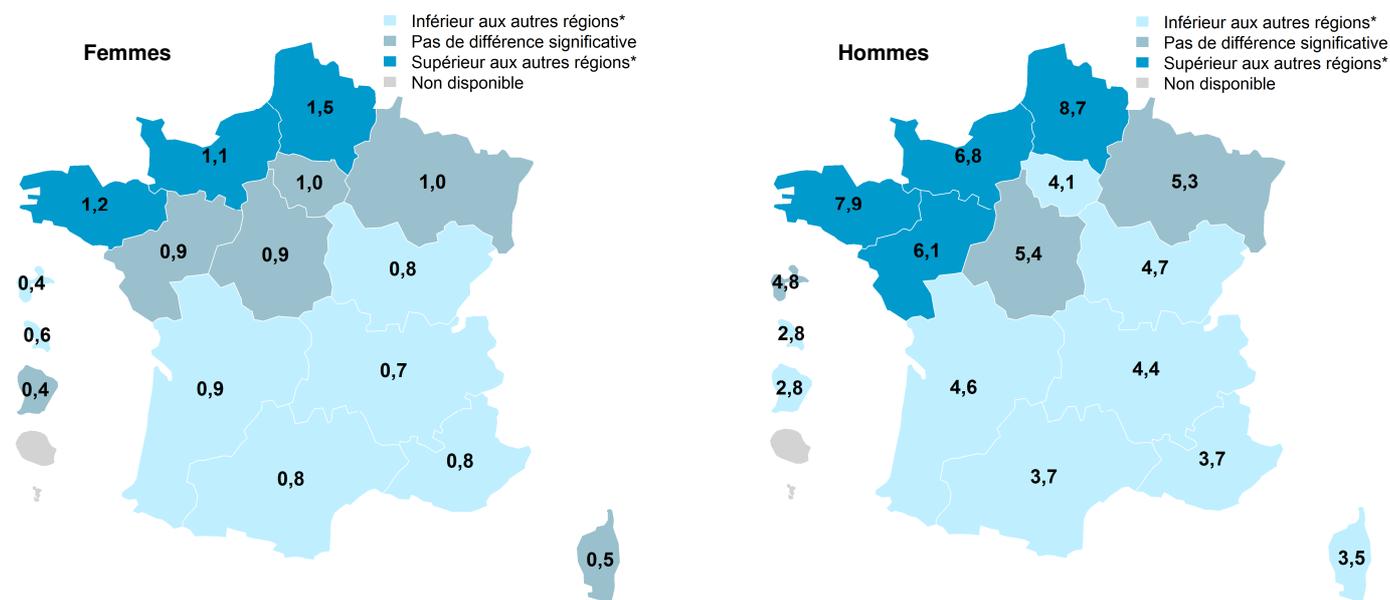
• Mortalité

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, les taux étaient respectivement de 1,0 [0,9-1,0] et 5,2 [5,1-5,2] /100 000.

Chez les femmes, sept régions présentaient des taux significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : Guadeloupe, Martinique, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté et Nouvelle-Aquitaine. Trois régions du Nord-Ouest se distinguaient par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine : Normandie, Bretagne et Hauts-de-France (Figure 27).

Chez les hommes, neuf régions présentaient des taux significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : Martinique, Guyane, Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Bourgogne-Franche-Comté. 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 : **Pays de la Loire (6,1 [5,8-6,5])**, Normandie, Bretagne et Hauts-de-France.

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



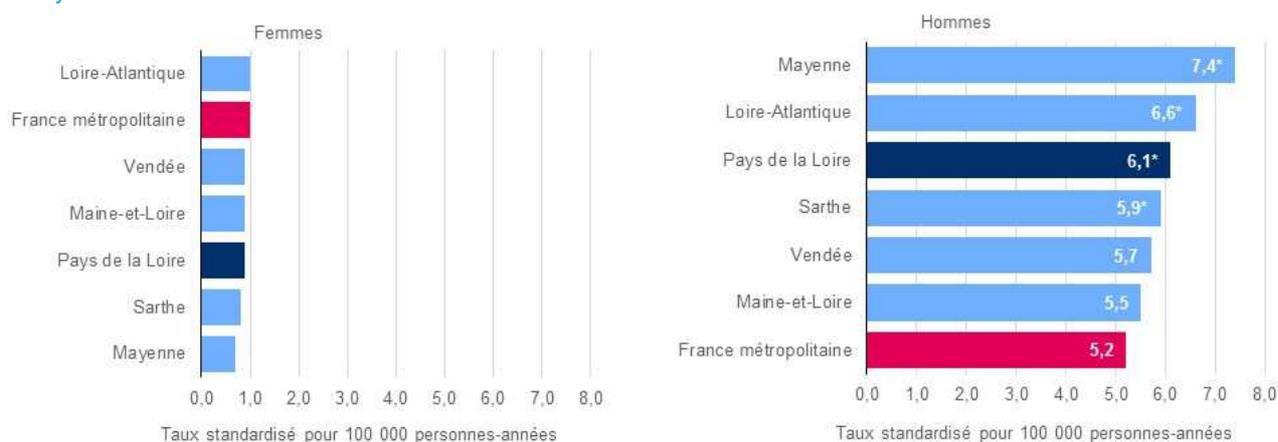
^a Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

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

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

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

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



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

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

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

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

Au sein de la région **Pays de la Loire**, les taux départementaux standardisés de mortalité de cancer de l'oesophage chez les femmes variaient de 0,7 [0,4-1,4] en Mayenne à 1,0 [0,8-1,2] /100 000 en Loire-Atlantique (Figure 28), sans différence avec la moyenne nationale

Chez les hommes, ils variaient de 5,5 [4,9-6,3] en Maine-et-Loire à 7,4 [6,2-8,8] /100 000 en Mayenne. Les taux pour les départements Sarthe, Loire-Atlantique et Mayenne étaient significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine.

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

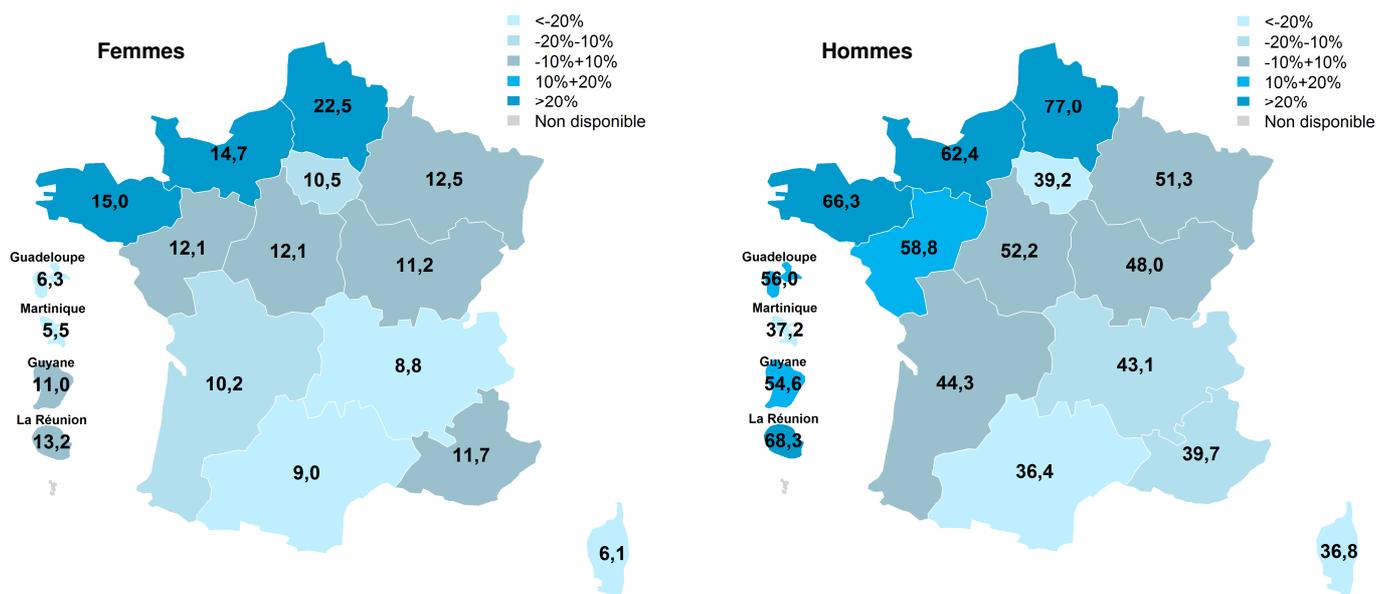
En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer du larynx était de 0,4 [0,4-0,4] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 3,5 [3,4-3,5] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, les taux étaient respectivement de 0,2 [0,2-0,2] et 1,9 [1,8-1,9] /100 000.

Chez les femmes, les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine, tandis que le taux dans les Hauts-de-France était significativement supérieur. La région **Pays de la Loire (0,2 [0,1-0,2] /100 000)** ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine (Figure 29).

Chez les hommes, six régions présentaient des taux significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine : Martinique, Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Bourgogne-Franche-Comté. Seule la région Hauts-de-France (2,8) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé moyenne de France métropolitaine. Le taux pour la région **Pays de la Loire était de 1,9 [1,7-2,1] /100 000.**

Au sein de la région Pays de la Loire, les taux standardisés de mortalité chez les hommes variaient de 1,4 [0,9-2,2] en Mayenne à 1,9-2,0 dans les quatre autres départements. Ils ne différaient pas de la moyenne nationale (Figure 30).

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



^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.

Martinique, Corse et Occitanie, ce taux était plus de 20 % inférieur ; en **Pays de la Loire (58,8)** il était entre 10 et 20% supérieur.

Entre les départements des **Pays de la Loire** chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool variaient de 10,2 en Mayenne à 13,7 pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique, département pour lequel le taux était entre 10 et 20 % supérieur au taux régional (Figure 32).

Chez les hommes, ces taux standardisés variaient d'environ 49 pour 100 000 habitants en Mayenne et Maine-et-Loire à environ 66 en Sarthe et Loire-Atlantique. Dans le département Loire-Atlantique, il était entre 10 et 20 % supérieur au taux régional.

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



^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.

UNE MOBILISATION DE TOUS LES ACTEURS EN PAYS DE LA LOIRE SUR LA PRÉVENTION DES CONSOMMATIONS À RISQUE D'ALCOOL

Sophie Biacabe, médecin de santé publique, Département Promotion de la santé, Prévention ARS Pays de la Loire

L'analyse des données régionales du baromètre Santé publique France 2017 confirme un risque accru d'usage à risque de l'alcool dans la tranche d'âge 18-54 ans en Pays de la Loire, la région se situant 4 points au dessus de la moyenne nationale pour la consommation hebdomadaire d'alcool. Parmi les plus jeunes, 12 % des habitants de la région âgés de 17 ans déclarent un usage régulier d'alcool et 22 % des comportements répétés d'alcoolisation ponctuelle importante (API), contre respectivement 8,4 % et 16,4 % en moyenne en France. En outre, les premières ivresses apparaissent plus précoces dans la région qu'au plan national.

Au vu de la situation épidémiologique défavorable en Pays de la Loire pour ce qui concerne la consommation régulière d'alcool, et ses conséquences en termes de morbi-mortalité (cancers, maladies hépatiques, accidents, violences domestiques, sexuelles etc..) l'ARS a intégré cet enjeu dans son Programme Régional de Prévention des Addictions (PRPA 2019-2022). Le programme développera trois objectifs principaux :

- i) renforcer la prévention dès le plus jeune âge en agissant auprès des jeunes et des parents ;
- ii) améliorer le repérage et l'orientation précoces, ainsi que le lien avec le soin, en s'appuyant sur les acteurs ressources ;
- iii) améliorer la synergie et le maillage territorial des dispositifs et des réseaux de prévention des addictions, en privilégiant une entrée par territoire/bassins de vie, et en veillant à réduire les inégalités d'accès.

La prévention concerne en priorité les plus jeunes : prévention précoce via le développement des compétences psycho sociales, interventions en milieu scolaire. Dans une approche d'universalisme proportionné, les publics vulnérables bénéficient d'interventions renforcées : il s'agit des jeunes suivis par l'ASE (en partenariat avec le Conseil départemental 44) ; des décrocheurs scolaires en partenariat avec la Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS), des jeunes en milieu rural, en partenariat avec la MSA ; des femmes enceintes et de leur entourage, en partenariat avec le Réseau Sécurité naissance et les professionnels de santé de premier recours (Médecins, pharmaciens, IDE). La prévention, le repérage et l'orientation concernent tous les âges, et les interventions sont déclinées dans les entreprises, en partenariat avec la DIRECCTE et les Services de santé au travail. Les actions de prévention sont aussi déployées vers les jeunes et les aînés en milieu festif, grâce à un réseau associatif ressource très développé et coordonné dans notre région. Les associations expertes ressources de la région, financées par l'ARS, sont mobilisées pour accompagner ces projets : il s'agit de l'IREPS/Promo santé pays de la Loire, des CSAPA, des associations comme l'ANPAA, Avenir Santé, Alcool Assistance et Techno Plus notamment.

Le second objectif se traduit par un renforcement et une extension de l'offre d'accompagnement des professionnels de santé et sociaux par des formations au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB).

Un groupe de travail portant spécifiquement sur la prévention et la Réduction des Risques et des dommages pour les usagers présentant des consommations à risque d'alcool, et notamment en milieu sportif, a été mis en place par l'ARS le 15 octobre 2019 : il regroupe des associations, des experts en addictologie, ainsi que des représentants des fédérations sportives régionales, dont le CROS, et la DRDJSCS : le groupe proposera des actions concrètes pour une mise en œuvre à partir du second semestre 2020.

Enfin, dans le cadre d'une collaboration avec l'Université de Nantes, une doctorante en sociologie débute une thèse sur les déterminants sociaux de la consommation d'alcool, et notamment sur leur initiation et sur les modes de consommations intra familiales.

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. L'ensemble des DROM (hors Mayotte) était couvert par l'étude. 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 8 163 individus dont 4 098 interrogés sur téléphone fixe et 4 065 sur mobiles. Le taux de participation variait de 48 % en Guadeloupe à 59 % à La Réunion. La passation du questionnaire a duré en moyenne 33 minutes. Le protocole complet de cette enquête est disponible par ailleurs. (Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires; 2015. 16 p. 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^{ème} 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 **Pays de la Loire**, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'ensemble des 30 structures d'urgences de la région et couvrait, en 2017 100% des 920 659 passages aux urgences de la région répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#).

Si la couverture régionale des établissements participants était exhaustive en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostics principaux et associés » des RPU transmis présente des disparités entre départements en 2017 (Tableau 4). Les codages des diagnostics dans les RPU offrent des marges d'amélioration notamment en Mayenne.

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 Pays de la Loire, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Loire-Atlantique	7/7 (100%)	74%
Maine-et-Loire	5/5 (100%)	66%
Mayenne	3/3 (100%)	22%
Sarthe	8/8 (100%)	71%
Vendée	7/7 (100%)	74%
Pays de la Loire	30/30 (100 %)	67%

SU: Structure d'urgences ; 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

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

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

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

5) Certificats de décès

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

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

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

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

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

EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

	Baromètre 2017	ESCAPAD 2017
Ile-de-France	4 404	6 662
Grand-Est	2 159	3 046
Hauts-de-France	2 152	4 028
Normandie	1 363	2 268
Centre-Val de Loire	988	1 867
Bourgogne-Franche-Comté	1 133	1 844
Bretagne	1 428	2 241
Pays de la Loire	1 597	2 410
Nouvelle Aquitaine	2 484	3 330
Auvergne-Rhône-Alpes	3 329	4 739
Occitanie	2 371	3 264
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 911	3 083
Corse	108	333
France métropolitaine	25 319	39 115
	Baromètre 2014	ESCAPAD 2017
Guadeloupe	1 952	435
Martinique	1 945	351
Guyane	1 904	430
La Réunion	2 010	382
Métropole	15 186	39 115

BIBLIOGRAPHIE

- Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>].
- Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):180-7. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html]

- Bournot MC, David S, Tallec A. Alcool dans les Pays de la Loire. Résultats du baromètre de Santé publique France 2017. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire. 28 p.
- Cowppli-Bony A, Molinié F, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Pays de la Loire. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 168 p.
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):97-108. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html]
- Ducimetiere P, Arwidson P. Focus. Évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(10-11):178-9. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_1.html]
- 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 foetale: 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. www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra.
- Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html]
- Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):109-15. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_3.html]
- 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 Epidémiol 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/epfxs9.pdf>]

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL PAYS DE LA LOIRE

Santé publique France

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

Avec la contribution de : Olivier Catelinois, Edouard Chatignoux, Florence de Maria, Anne Fouillet, Guillemette Quatremere, Jalpa Shah

Autres auteurs

Dr Sophie Biacabe, Département Promotion de la santé, Prévention, Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire

Sous la coordination de Dominique Jeannel, Viet Nguyen-Thanh, Jean-Baptiste Richard, Michel Vernay

REMERCIEMENTS

- le réseau Francim des registres des cancers, les Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut national du Cancer (INCa) et l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) pour l'autorisation de présenter dans ce BSP Alcool des indicateurs provenant de rapports et articles publiés.
- les services d'urgences de la région participant à Oscour® et l'Observatoire régional des urgences Pays de la Loire.

Contact : Santé publique France Pays de la Loire, cire-pdl@santepubliquefrance.fr