

### SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Les actions Santé publique France en prévention et promotion de la santé en matière d'alcool p.2 Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque p.2 Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France p.4 Consommation d'alcool à La Réunion p.9 Morbidité aiguë liée à l'alcool à la Réunion p.14 Actions de prévention à La Réunion p.19 Conclusion et perspectives p.22 Sources des données p.22 Définition des variables p.24 Effectifs régionaux des enquêtes p.26 Bibliographie p.26

### ÉDITO

L'alcool n'est pas un bien de consommation comme les autres : c'est une substance addictive, toxique et cancérigène dès le premier verre\*. Sa consommation est à l'origine d'une importante problématique de santé publique à La Réunion. Cette problématique est reconnue priorité régionale de santé depuis 1995. Elle présente plusieurs caractéristiques : une très nette surmortalité régionale, principalement masculine, qui place La Réunion aux premiers rangs régionaux et le plus haut taux régional de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool en France.

Ces données peuvent paraître paradoxales compte-tenu de l'une des plus basses prévalences de consommateurs quotidiens, d'un taux réduit d'API (alcoolisations ponctuelles importantes) tant à l'âge adulte qu'à l'adolescence et d'une consommation moyenne d'alcool inférieure à la moyenne nationale\*.

Ce paradoxe apparent de consommations moindres permet de supposer l'existence d'une forte concentration des consommations dans une frange vulnérable de la population à l'origine de l'importante morbi-mortalité observée. En France métropolitaine, 10% des personnes âgées de 18 à 75 ans boivent 58% du volume total d'alcool consommé\*. Une étude sur la distribution des consommations et de ses liens avec la morbi-mortalité nécessiterait d'être menée à La Réunion.

Une autre spécificité régionale tient à l'analyse qualitative des consommations avec une part importante pour les spiritueux et la bière. La majeure partie de ces spiritueux sont des produits locaux\* : rhums et leurs dérivés issus de la filière canne qui bénéficient d'une fiscalité particulière, très réduite réservée aux DOM lorsque ces produits sont vendus sur place.

Cette situation est donc paradoxale : malgré une problématique majeure de santé publique, des spiritueux à haute teneur en alcool sont très disponibles, à bas prix, via un réseau de distribution très développé et bénéficient de l'appui d'une importante publicité en faveur des boissons alcoolisées. Les considérations d'ordre économique l'emportent sur la santé publique en opposition avec les recommandations de l'OMS\*.

La prévention du risque alcool repose sur des mesures de réduction des risques telles que la diffusion des nouveaux repères de consommation à moindre risque (voir p.2), le renforcement des compétences psycho-sociales mais aussi sur des mesures de régulation qui s'avèrent les plus efficaces, à condition qu'elles soient appliquées\*.

La situation spécifique et préoccupante de La Réunion appelle ainsi une évolution à plusieurs niveaux :

- l'alignement de la fiscalité locale sur la fiscalité nationale : une démarche initiée par le vote du PLFSS en 2018 qui prévoit l'alignement progressif de la CSS (cotisation sécurité sociale) à partir de 2020\*, mais une CSS qui pèse pour une part réduite dans la fiscalité des spiritueux.
- une régulation plus importante de la publicité : une mesure originale proposée par des députés de La Réunion a été adoptée par la LEROM (Loi Egalité Réelle Outre-Mer) en 2017\* : elle interdit la publicité pour l'alcool dans un périmètre de 200 mètres autour des établissements recevant des jeunes. Elle peine pourtant toujours à être appliquée fin 2019.

La problématique alcool, majeure dans notre région, pour être mieux contrôlée nécessite un engagement plus important et une meilleure coordination des différents services de l'Etat entre eux et avec les collectivités territoriales mais aussi une mobilisation politique et citoyenne face à des lobbies qui demeurent particulièrement influents en faisant valoir leurs intérêts au détriment de la santé publique. Ces actions doivent être menées dans la continuité et résister aux différentes alternances de responsabilité.

\* Références bibliographiques disponibles pages 26-27

Dr David MÉTÉ, Chef de Service, Addictologie - CHU Réunion Félix Guyon. Fédération Régionale d'Addictologie de La Réunion (FRAR)

### POINTS CLÉS

- En 2017, 22 **passages quotidiens aux urgences sont en lien direct avec l'alcool** dans les services d'urgences de l'île, soit **4,6% des passages annuels** aux urgences toutes causes confondues (1,4% France entière).
- Le taux brut de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool était le plus élevé chez les **hommes 46-60 ans** (16,8%).
- **L'intoxication éthylique** est la pathologie la plus fréquente dans les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool : **3,8% de l'ensemble de l'activité des urgences de la Réunion** (0,9% France entière) (Oscour®).
- Le **taux de mortalité** des principales pathologies en lien direct avec l'alcool est de **40% supérieur à celui de la métropole chez les hommes** (68,3 / 100 000 versus 49,2) (Cépi-Dc, Inserm).
- **La bière et les alcools forts sont plus fortement consommés à La Réunion qu'en métropole.**

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

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

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

**Ces dispositifs destinés à favoriser une prise de conscience, ou s'adressant à une population particulière, ne sont néanmoins pas suffisants pour enclencher des changements de comportements durables dans la population générale.** Sur la base de la littérature internationale, Santé publique France étudie la faisabilité d'un grand 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 comportement** et donc de réduire les risques associés à la consommation nocive d'alcool. Ces actions de marketing social s'inscrivent en complément des autres actions portées par l'agence, notamment dans le champ du développement des compétences psychosociales ou du soutien à la parentalité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

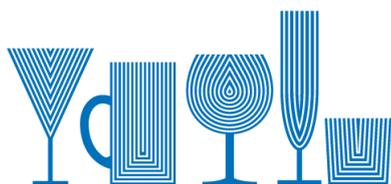
Références :

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

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

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

Parlez-en à  
votre médecin

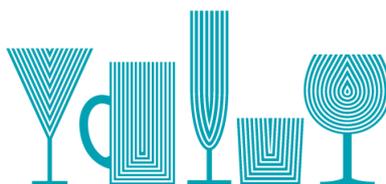


© 0 800 800 830  
ALCOOL.INFO-SERVICE.FR



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

Parlez-en à  
votre médecin



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



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

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



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



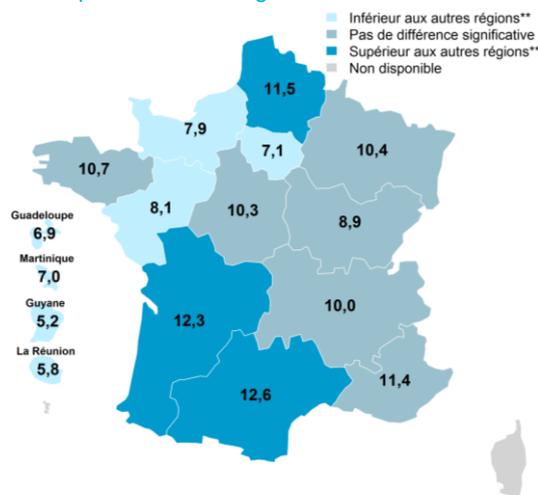
# COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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

Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la prévalence standardisée de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans était de 10,0 % en France métropolitaine, et variait selon les régions de 7,1 % à 12,6 % (figure 1, tableau 1). Les régions Île-de-France (7,1 %), Normandie (7,9 %) et Pays de la Loire (8,1 %) présentaient des prévalences significativement moins élevées ( $p < 0,05$ ) que la moyenne des autres régions métropolitaines, tandis que les régions Hauts-de-France (11,5 %), Nouvelle-Aquitaine (12,3 %) et Occitanie (12,6 %) se distinguaient par des prévalences plus élevées.

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

Figure 1 : Prévalences régionales standardisées\* de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18 à 75 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



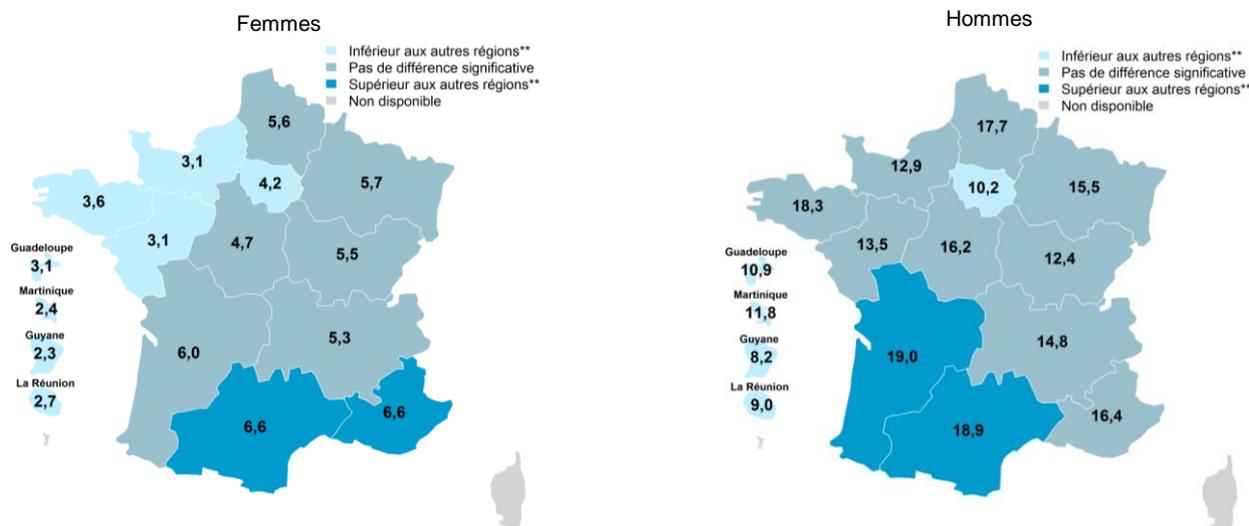
\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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



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

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

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

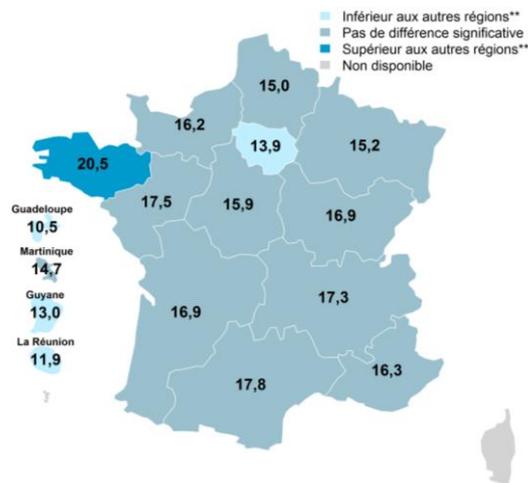
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à 6,6 % (Occitanie) chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en 2014, elle variait selon les régions de 2,3 % (Guyane) à 3,1 % (Guadeloupe) chez les femmes et de 8,2 % (Guyane) à 11,8 % (Martinique) chez les hommes. **A la Réunion**, ces prévalences étaient de **2,7 %** chez les femmes et de **9 %** chez les hommes.

La prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles variait selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne et la moyenne de la France métropolitaine était de 16,2 % (figure 3, tableau 1). Seule l'Île-de-France (13,9 %) affichait une prévalence significativement plus faible par rapport à la moyenne des autres régions, tandis que la Bretagne présentait une prévalence significativement plus élevée (20,5 %). Dans les DROM, **La Réunion (11,9 %)**, la Guadeloupe (10,5 %), et la Guyane (13,0 %) présentaient des prévalences significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine, tandis qu'en Martinique, la prévalence ne différait pas de la moyenne nationale

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 4). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 6,1 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 9,3 % (Occitanie) chez les femmes et de 21,4 % (Île-de-France) à 32,4 % (Bretagne) chez les hommes. Dans les DROM, elle variait selon les régions de **4,9 % (La Réunion)** à 6,9 % (Guyane) chez les femmes et de 15,6 % (Guadeloupe) à 24,3 % (Martinique) chez les hommes. A la Réunion, ces prévalences étaient de **4,9 %** chez les femmes et de **19,3 %** 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

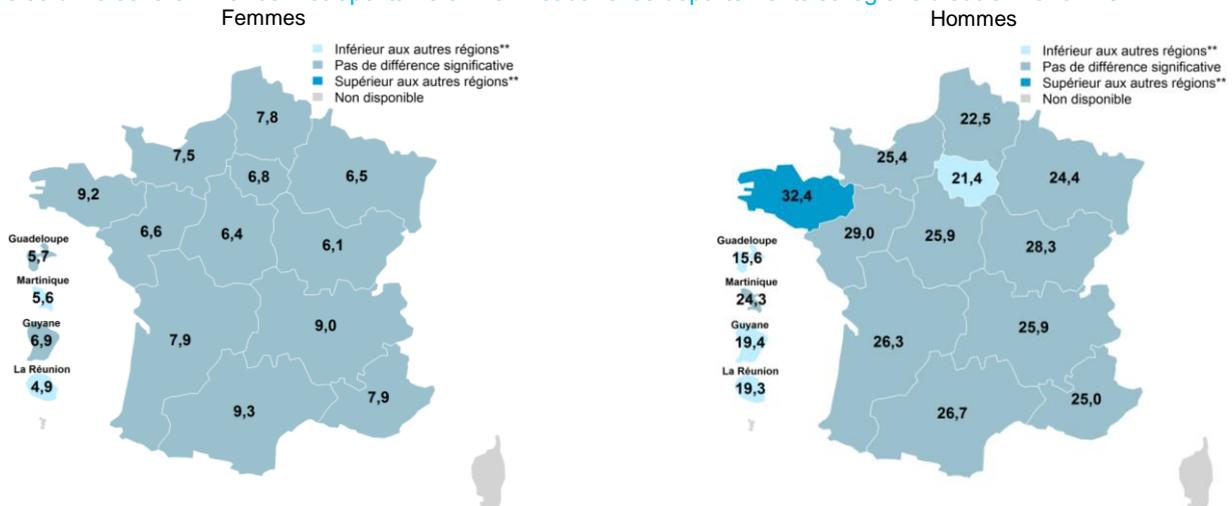


\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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



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

\*\* Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de 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, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

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

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

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

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

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

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

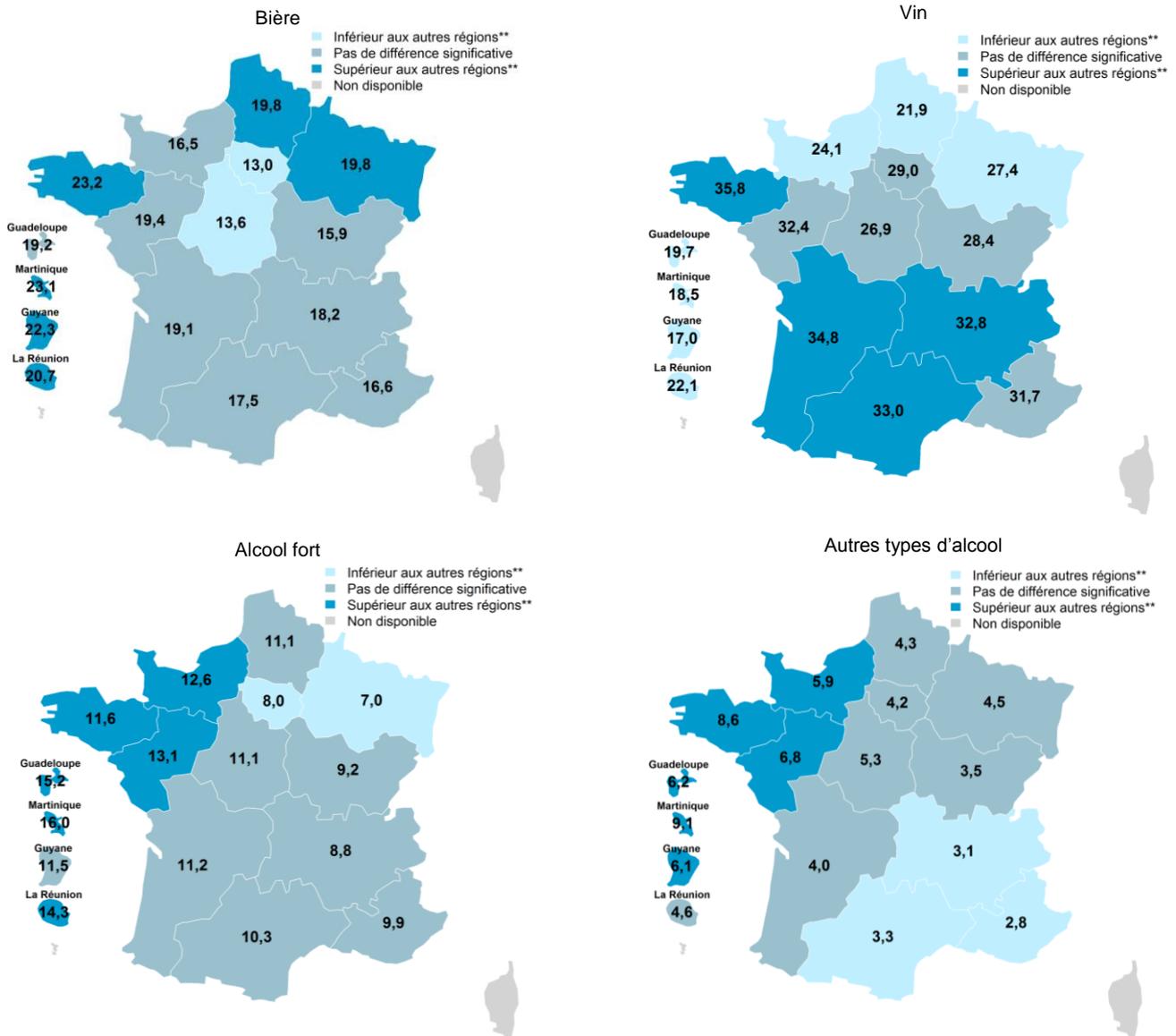
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de 21,9 % dans les Hauts-de-France à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine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

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

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

Selon le Baromètre santé DOM 2014, la consommation hebdomadaire de bière était significativement plus élevée que la moyenne de la France métropolitaine à **La Réunion (20,7 %)**, en Guyane (22,3 %) et en Martinique (23,1 %). La consommation hebdomadaire d'alcool fort était également significativement plus élevée à **La Réunion (14,3 %)**, en Guadeloupe (15,2 %), ainsi qu'en Martinique (16,0 %). La consommation hebdomadaire d'autres types d'alcool était significativement plus élevée en Guyane (6,1 %), en Guadeloupe (6,2 %) et en Martinique (9,1 %) que la moyenne de **La Réunion (4,6 %)** et de la France métropolitaine. En revanche, la consommation hebdomadaire de vin était significativement moins fréquente en Guyane (17,0 %), en Martinique (18,5 %), en Guadeloupe (19,7 %) et à **La Réunion (22,1 %)** comparées à la moyenne de France métropolitaine.

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



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

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

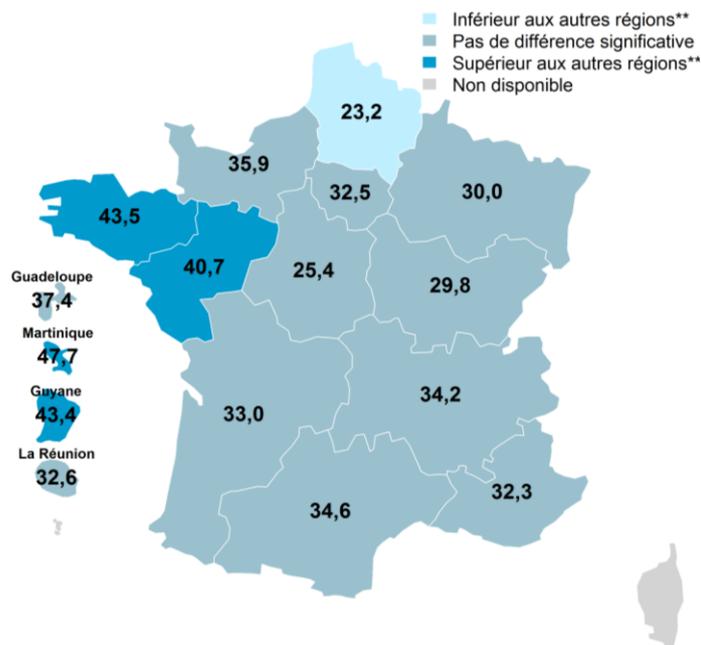
Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

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

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.

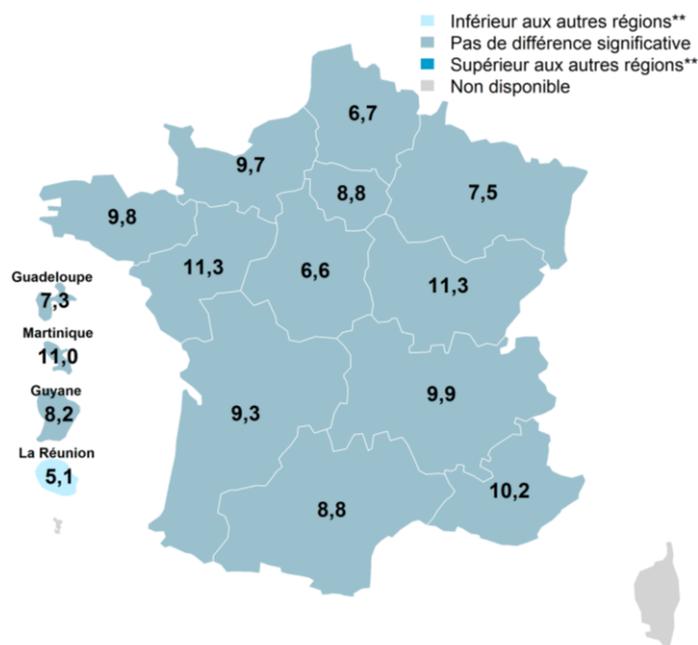
Figure 6 : Prévalences régionales standardisées\* de la consommation hebdomadaire d'alcool chez les adultes de 18 à 30 ans en France métropolitaine en 2017 et dans les départements et régions d'outre-mer en 2014



\* 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 entière (hors Mayotte), population âgée de 18 à 30 ans.  
 Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

D'après la même enquête, la prévalence standardisée des alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires chez les adultes de 18 à 30 ans était de 9,0 % en France métropolitaine. Celle-ci variait de 6,6 % (Centre-Val de Loire) à 11,3 % (Pays de la Loire et Bourgogne-Franche-Comté) selon les régions de France métropolitaine (figure 7), mais aucune d'entre elles ne différaient de la moyenne des autres régions métropolitaines. Pour les DROM, seule La Réunion (5,1 %) se distinguait par une prévalence significativement plus faible que la moyenne de la France métropolitaine.

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



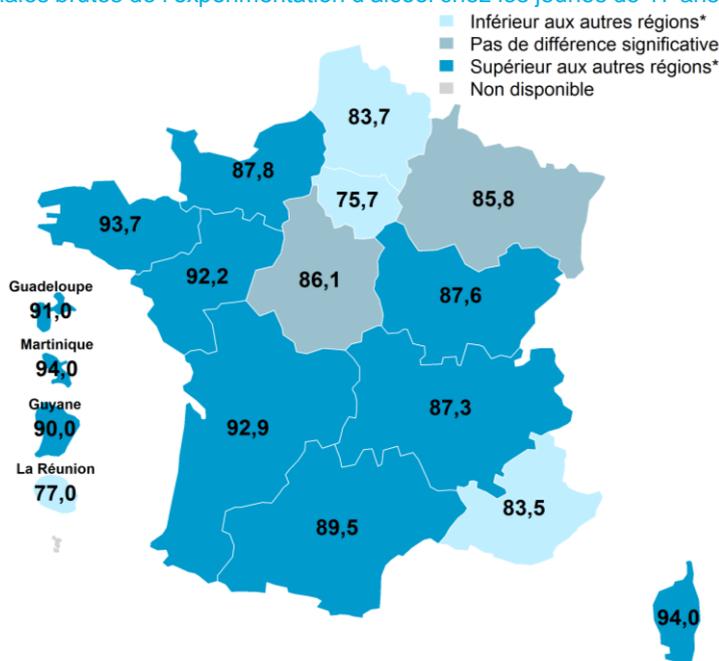
\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.  
 \*\* Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de la France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.  
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 18 à 30 ans.  
 Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

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

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

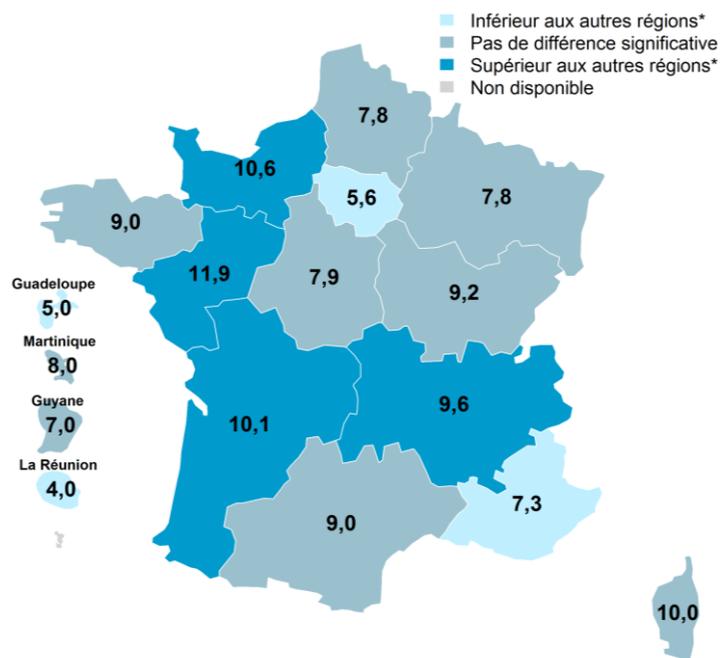
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



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

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

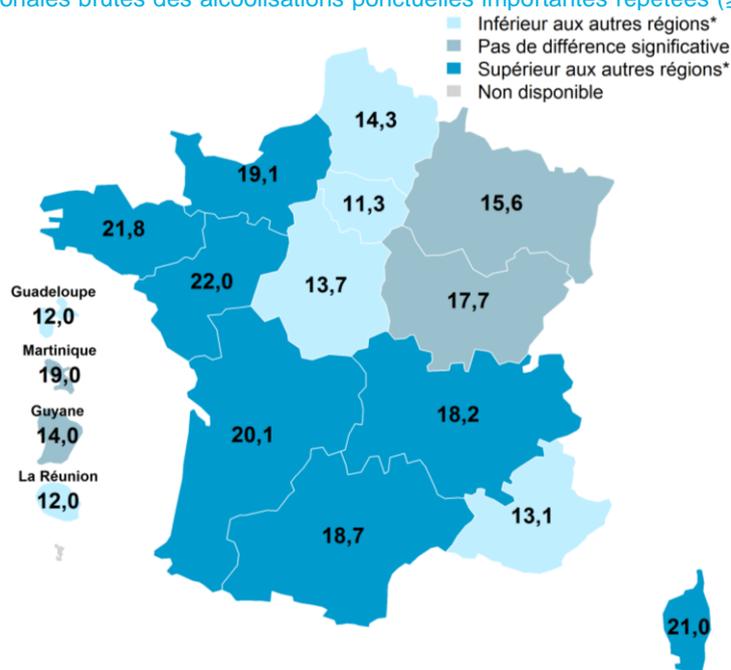
Au sein des DROM, **La Réunion (4,0 %)** et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différait pas de la moyenne France métropolitaine.

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

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

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

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

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

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

## LA CONSOMMATION D'ALCOOL A LA RÉUNION

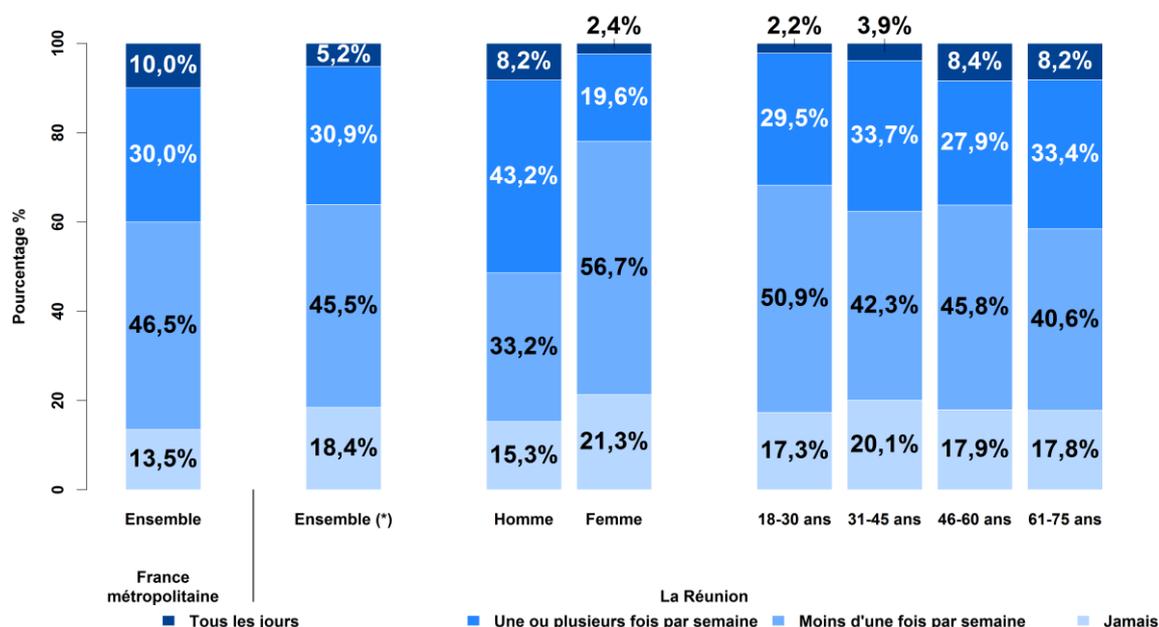
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

### Fréquences de consommation

En 2014, à La Réunion, **36,1 %** des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont **5,2 %** tous les jours au cours des 12 derniers mois (figure 11). Ces proportions étaient significativement inférieures à celles observées en France métropolitaine, respectivement de 40,0 % et 10,0 %.

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge à La Réunion. Ainsi, **8,2 % des hommes** consommaient de l'alcool quotidiennement contre **2,4 % des femmes**. La consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les **46-60 ans (8,4 %)** et chez les **61-75 ans (8,2 %)** que chez **31-45 ans (3,9 %)** et les **18-30 ans (2,2 %)**.

Figure 11 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et à La Réunion, et selon le sexe et l'âge pour la région Réunion, 2014.



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

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

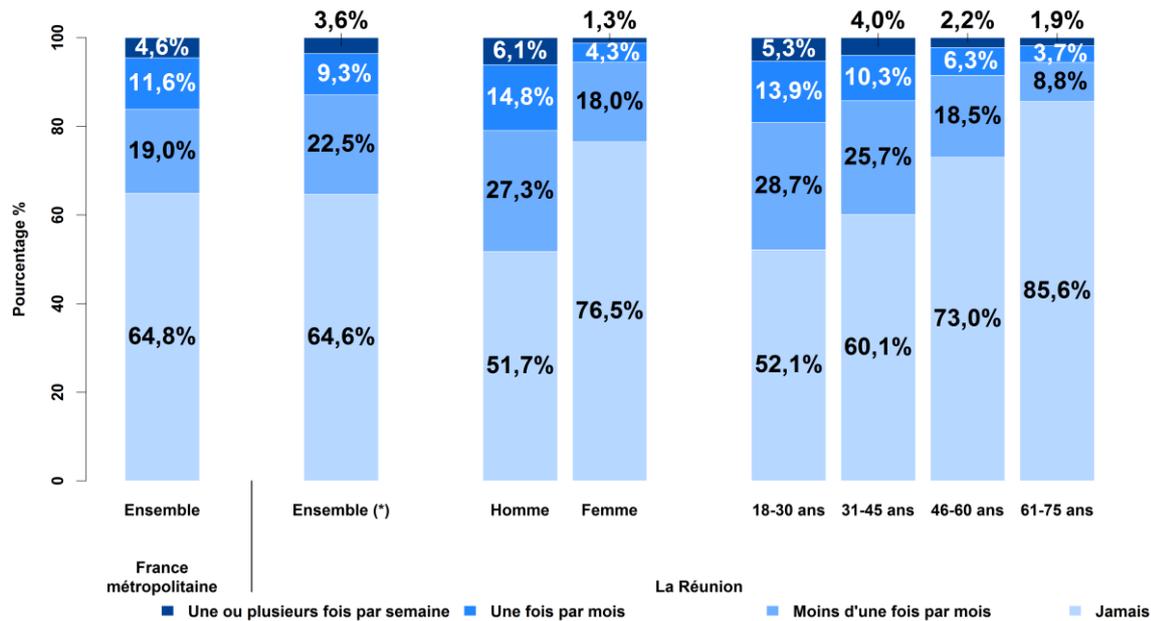
Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

### Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2014, à La Réunion, **35,4 %** personnes âgées de 18-75 ans déclaraient au moins une API (6 verres ou plus en une seule occasion) au cours des 12 derniers mois dont **12,9 %** au moins une fois par mois et **3,6 %** au moins une fois par semaine (figure 12). En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 35,2 %, 16,2 % et 4,6 % (différence significative avec celles de la région).

A La Réunion, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (**48,2 % dont 20,9 %** au moins une fois par mois et **6,1 %** au moins une fois par semaine) que chez les femmes (**23,6 % dont 5,6 %** au moins une fois par mois et **1,3 %** au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était inversement proportionnelle à l'âge : elle était plus importante parmi les 18-30 ans (**47,9 % dont 19,2 %** au moins une fois par mois et **5,3 %** au moins une fois par semaine), puis diminuait avec l'âge.

Figure 12 : Fréquence des API au cours des 12 derniers mois par les 18-75 ans en France métropolitaine et à La Réunion, et selon le sexe et l'âge pour la région Réunion, 2014.



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

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

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

## Facteurs associés

En 2014, à La Réunion, le diplôme et le niveau de revenu n'étaient pas associés à la consommation quotidienne d'alcool, contrairement à l'âge et au sexe pour lesquels il y avait une association significative indépendamment des autres variables (tableau 2).

Tableau 2 : Facteurs associés à la consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois pour la région Réunion, 2014.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***		
Homme (n=803)	8,2	3,4***	[2,2-5,1]
Femme (réf.) (n=1206)	2,4	1,0	
<b>Age en 4 classes (18-75 ans)</b>	***		
18-30 ans (n=505)	2,2	0,1***	[0,1-0,3]
31-45 ans (n=714)	3,9	0,4**	[0,2-0,7]
46-60 ans (n=574)	8,4	0,7	[0,4-1,3]
61-75 ans (réf.) (n=216)	8,2	1,0	
<b>Terciles de revenus (pondéré)</b>			
1er tercile (faible) (n=480)	3,5	0,5	[0,3-1,1]
2e tercile (n=614)	4,5	0,7	[0,4-1,2]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=780)	7,7	1,0	
Refus/Nsp (n=135)	4,8	1,1	[0,5-2,5]
<b>Diplôme en 3 modalités</b>			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1079)	4,8	0,8	[0,5-1,3]
Bac (n=383)	6,1	1,3	[0,8-2,4]
Supérieur au Bac (réf.) (n=544)	5,9	1,0	

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

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

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

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Le sexe et l'âge étaient significativement associés aux API mensuelles à La Réunion (tableau 3). Un gradient était observé pour l'âge : les odds ratios (OR) associés aux API mensuelles augmentaient lorsque l'âge diminuait. Les personnes du 2<sup>e</sup> tercile de revenus pratiquaient moins souvent une API mensuelle que les autres catégories de revenus ou que ceux n'ayant pas souhaité répondre (refus ou ne sait pas). Par contre, les personnes ayant déclaré un niveau d'étude égal au baccalauréat pratiquaient plus souvent une API mensuelle, que ceux avec un niveau inférieur ou supérieur au baccalauréat.

Tableau 3 : Facteurs associés aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Réunion, 2014.

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>			
	***		
Homme (n=802)	21,0	3,8***	[2,8-5,2]
Femme (réf.) (n=1206)	5,6	1,0	
<b>Age en 4 classes (18-75 ans)</b>			
	***		
18-30 ans (n=505)	19,2	3,2***	[1,7-6,2]
31-45 ans (n=713)	14,3	2,6**	[1,4-5,0]
46-60 ans (n=574)	8,5	1,3	[0,7-2,6]
61-75 ans (réf.) (n=216)	5,6	1,0	
<b>Terciles de revenus (pondéré)</b>			
1er tercile (faible) (n=480)	12,3	0,8	[0,6-1,3]
2e tercile (n=613)	12,4	0,7*	[0,5-1,0]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=780)	12,7	1,0	
Refus/Nsp (n=135)	18,6	0,9	[0,5-1,6]
<b>Diplôme en 3 modalités</b>			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=1078)	13,1	1,5	[1,0-2,2]
Bac (n=383)	15,4	1,6*	[1,0-2,5]
Supérieur au Bac (réf.) (n=544)	10,2	1,0	

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

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

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

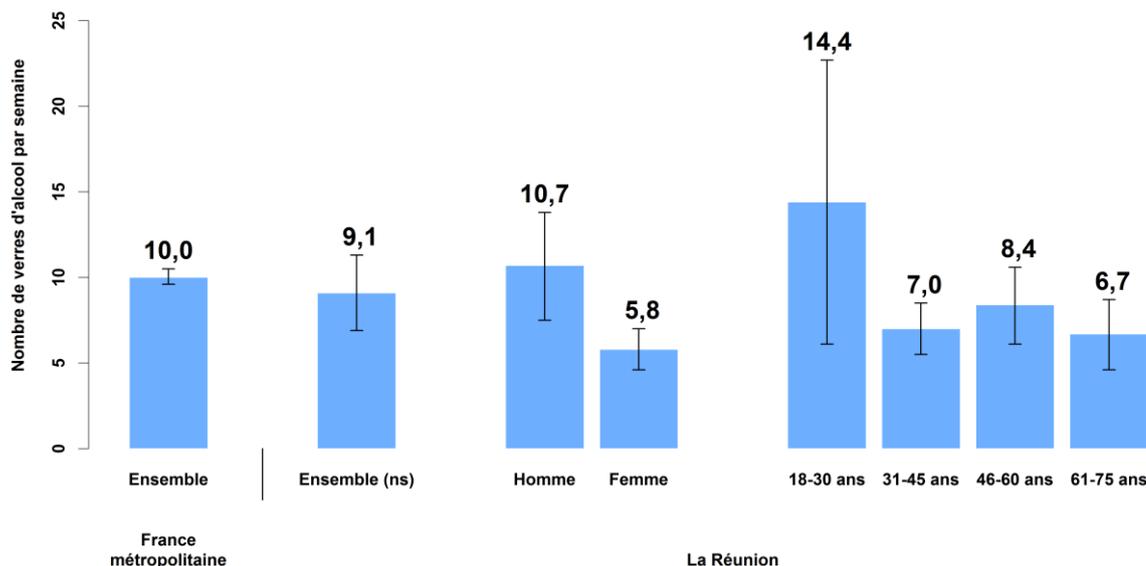
Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

## Nombre de verres consommés

En 2014, à La Réunion, les personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois buvaient en moyenne **9,1 [6,9-11,3]** verres par semaine, sans différence significative la moyenne des régions métropolitaines (figure 13). La moyenne métropolitaine était de 10,0 [9,6-10,5] verres par semaine.

Le nombre moyen de verres consommés par semaine n'était pas significativement différent chez les hommes et chez les femmes (respectivement de 10,7 [7,5-13,8] et 5,8 [4,6-7]). Il était plus élevé chez les 18-30 ans (11,4 [6,1 – 22,7] verres par semaine) que chez les 46-60 ans (8,4 [6,1-10,6]).

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 à La Réunion, et selon le sexe et l'âge pour la région Réunion, 2014.



(ns) différence non significative ; \* différence significative (comparaison avec la moyenne de France métropolitaine).

Champ : DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire et déclarant consommer de l'alcool de manière hebdomadaire au cours des 12 derniers mois.

Source : Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

## MORBIDITÉ AIGUË LIÉE À L'ALCOOL DANS LA RÉGION RÉUNION

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

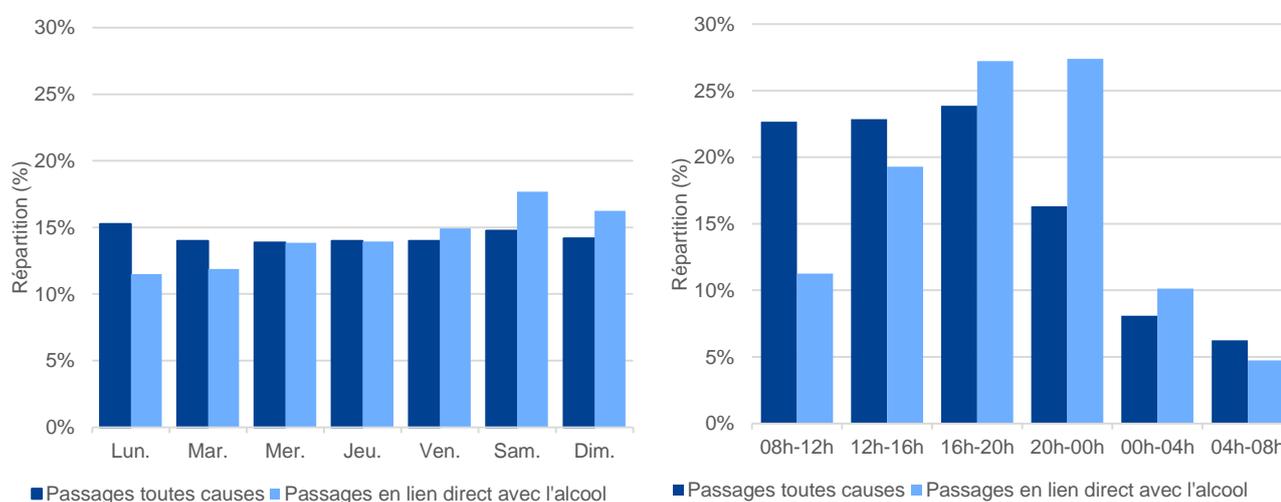
### Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, **8 047** passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 6 services d'urgence (SU) de la région **Réunion** participant au réseau **Oscour®** (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne **22** passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi **4,56 %** des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).

Les passages aux urgences toutes causes dans la région **Réunion** en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine (figure 14), avec une activité légèrement plus élevée sur la journée du lundi. Pour les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, on observait une augmentation au fil des jours de la semaine (de 11,5 % des passages hebdomadaires le lundi à un maximum de **17,7%** le samedi), avec un diminution pour la journée du dimanche (**16,2 %**). Près de la moitié (**48,8 %**) des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient du vendredi au dimanche. Le dimanche, les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient en moyenne **5,22 %** de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 14), les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires 16 – 20 heures, 20 heures – minuit et minuit – 4 heures (respectivement **27,2 %**, **27,4 %** et **10,1 %** des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement **5,19 %**, **7,64%** et **5,73%** des passages aux urgences toutes causes.

Figure 14 : Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool et des passages aux urgences toutes causes La Réunion en 2017



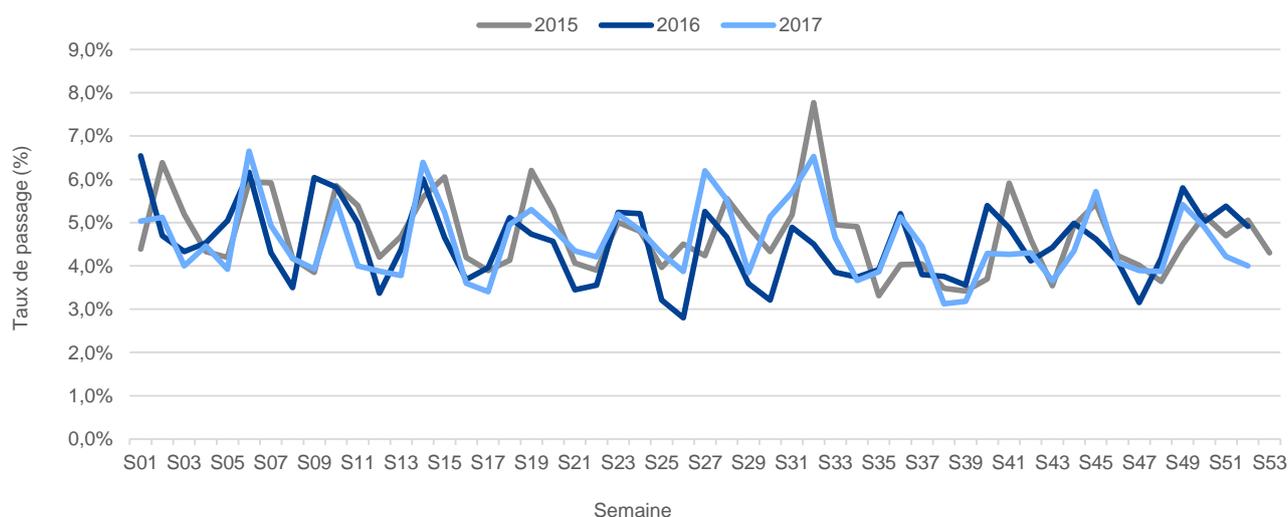
Champ : Structures d'urgence participant au réseau **Oscour®**, population tous âges.  
Source : **Oscour®** (Santé publique France).

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

La figure 15 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool à **La Réunion** de 2015 à 2017. A part l'année 2015 pour laquelle on observe des pics à **6,2 %**, **7,8 %**, **5,9%** respectivement aux semaines 19, 32 et 41, il n'est pas observé de différences d'une année à l'autre et l'évolution sur une année montre peu de variations.

Le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de **4,71% en 2015** à **4,56 % en 2017**.

Figure 15 : Taux bruts hebdomadaires de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool parmi les passages toutes causes dans la région Réunion sur la période 2015-2017

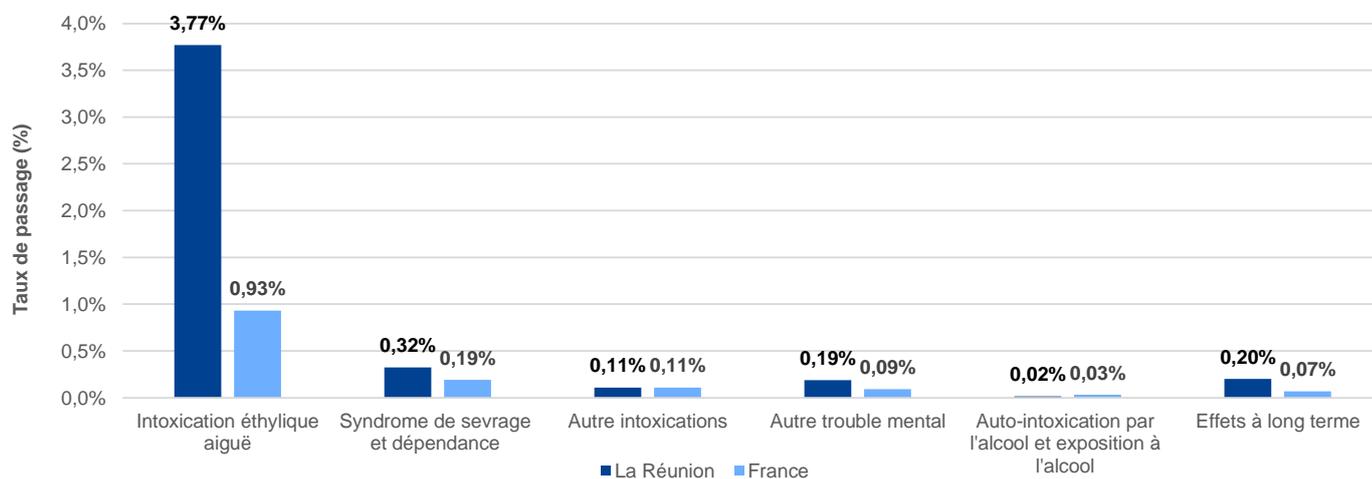


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.  
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

Différentes pathologies peuvent être identifiées comme directement liées à l'alcool (figure 16). **A La Réunion** en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus fréquente, représentant **3,77 %** de l'ensemble des passages aux urgences et **82,7 %** des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les autres pathologies (syndrome de sevrage et dépendance, autre trouble mental, auto-intoxication à l'alcool et effets à long terme) représentaient chacune entre **0,02 % et 0,32 %** de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies à **La Réunion** était comparable à celle observée au niveau national, sauf pour les intoxication éthylique aiguë (**3,77 %** La Réunion versus 0,93 % France).

Figure 16 : 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 Réunion en 2017



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

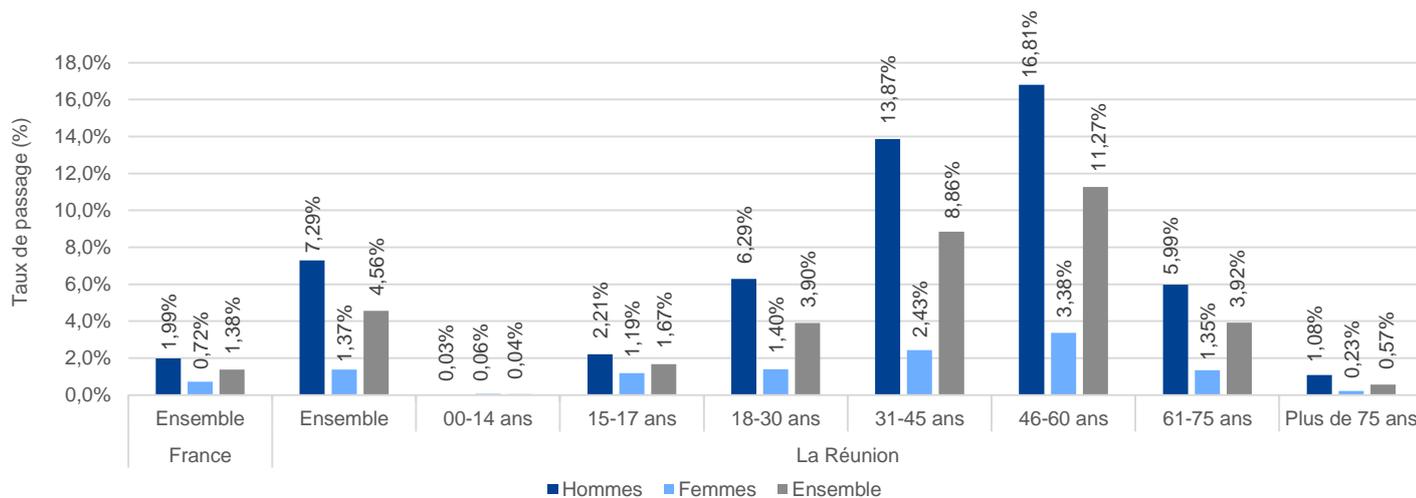
## Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, La Réunion comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (**7,29 %**) que chez les femmes (**1,37 %**) (figure 17).

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (**0,03 % de l'activité**). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (**16,81 %**) chez les 46-60 ans puis diminuait chez les 61-75 ans (**5,99%**). Il représentait **1,08 %** chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires. Le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool les moins de 15 ans était faible, de l'ordre de **0,06 %**. Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (**3,38 %**) chez les 46-60 ans et diminuait ensuite pour atteindre chez les 61-75 ans (**1,35 %**) et **0,23 %** chez les plus de 75 ans.

Figure 17 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe parmi les passages toutes causes à La Réunion en 2017



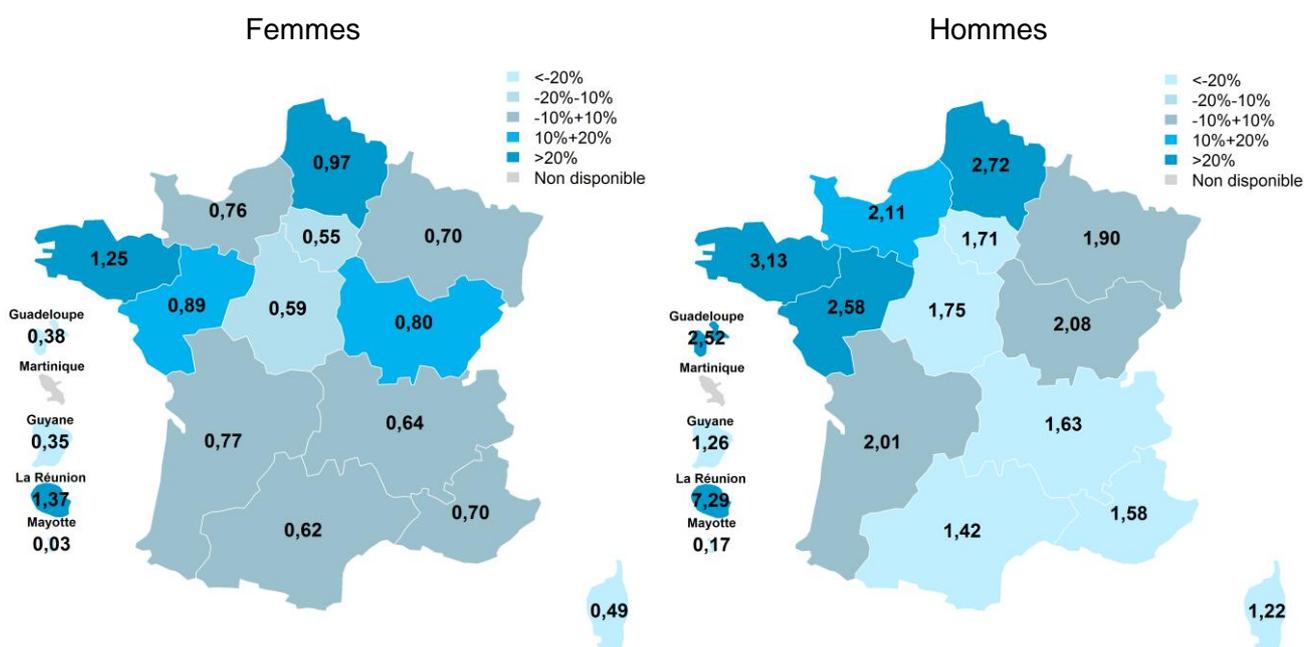
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.  
Source : Oscour® (Santé publique France).

## Comparaisons régionales et départementales

En 2017, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 0,70 % chez les femmes (figure 18). À Mayotte (0,03 %), à Saint-Barthélemy (0,32 %), en Guyane (0,35 %), en Guadeloupe (0,38 %), en Corse (0,49 %), à Saint-Martin (0,50 %) et en Île-de-France (0,55 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. A l'inverse, La Réunion (1,37 %), la Bretagne (1,25 %), les Hauts-de-France (0,97 %) et les Pays de la Loire (0,89 %), avaient des taux supérieurs de plus de 20 % à celui du national.

Chez les hommes, le taux national de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool s'élevait à 1,99 % (figure 18). À Mayotte (0,17 %), à Saint-Barthélemy (0,94 %), à Saint-Martin (1,07 %), en Corse (1,22 %), en Guyane (1,26 %), en Occitanie (1,42 %) et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (1,58 %), les taux étaient inférieurs de plus de 20 % à celui du national. Par contre, en Guadeloupe (2,52 %), dans les Pays de la Loire (2,58 %), en Hauts-de-France (2,72 %), en Bretagne (3,13 %) et à La Réunion (7,29 %), les taux régionaux étaient supérieurs de plus de 20 % à celui du national.

Figure 18 : Taux bruts régionaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2017



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

## MORTALITÉ ASSOCIÉES À L'ALCOOL LA RÉGION RÉUNION

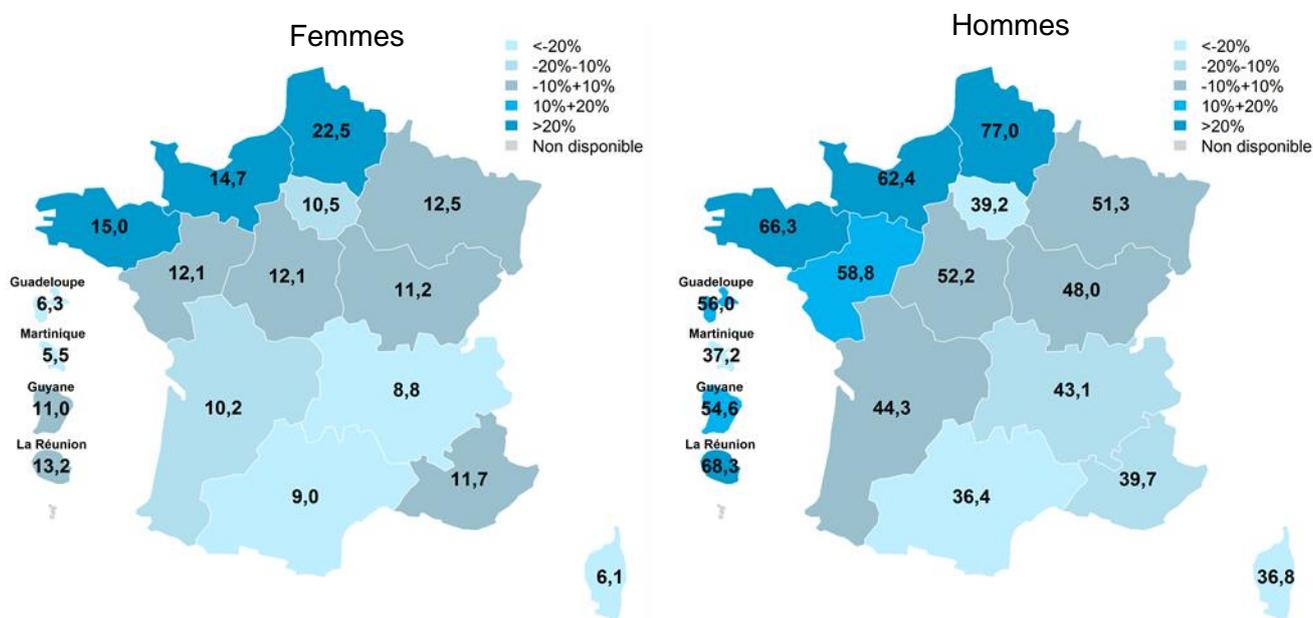
### Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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

Chez les femmes (figure 19 et 20), ce taux standardisé de mortalité était de 12,0 pour 100 000 habitants en France entière. Les régions Hauts-de-France, Bretagne et Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur à celui des autres régions, tandis qu'en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Guadeloupe, en Corse et en Martinique ces taux étaient plus de 20 % inférieurs à celui des autres régions. **A La Réunion**, le taux de mortalité était de **13,2 pour 100 000 habitants**, soit 10,0 % de plus que les autres régions.

Chez les hommes (figure 19 et 20), le taux standardisé de mortalité était de 49,2 pour 100 000 habitants en France entière. Les Hauts-de-France, **La Réunion**, la Bretagne et la Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur à celui des autres régions, tandis qu'en Île-de-France, en Martinique, en Corse et en Occitanie ces taux étaient plus de 20 % inférieurs à celui des autres régions. A La Réunion, le taux de mortalité était de **68,3 pour 100 000 habitants**, soit 38,8 % de plus que les autres régions.

Figure 19 : Taux régionaux standardisés\* de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015

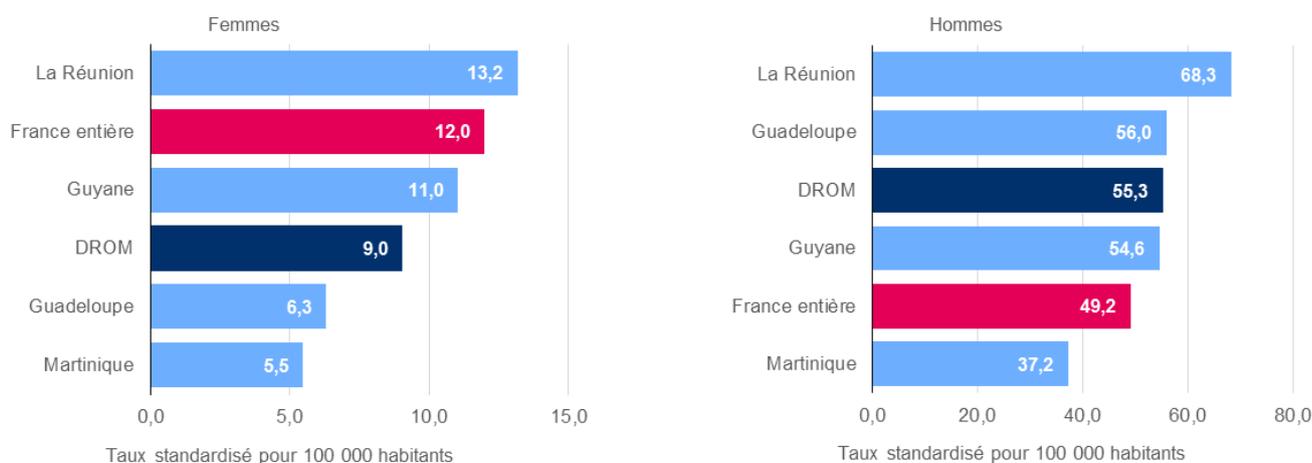


\* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).  
 Champ : France entière (hors Mayotte).  
 Source : Certificats de décès (CépiDC);, exploitation Santé publique France.

Dans les départements et régions d’Outre-Mer (DROM), chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies liées directement à l’alcool varient de 5,5 pour 100 000 habitants en Martinique à **13,2 pour 100 000** habitants à **La Réunion** (figure 20). En Guadeloupe et en Martinique, ces taux étaient plus de 20 % inférieurs à celui de la moyenne de l’ensemble des DROM tandis qu’ en Guyane et à La Réunion, ils étaient plus de 20 % supérieurs à la moyenne des DROM.

Chez les hommes, le taux standardisés de mortalité par les principales pathologies liées directement à l’alcool varient de 37,2 pour 100 000 habitants en Martinique à **68,3 pour 100 000** habitants à **La Réunion** (figure 20). Ce taux était plus de 20 % inférieur à celui de la moyenne de l’ensemble des DROM en Martinique et plus de 20 % supérieur à La Réunion, tandis qu’ en Guadeloupe et en Guyane, cette variation se situait entre – 10 % et + 10 %.

Figure 20 : Taux départementaux standardisés<sup>a</sup> de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l’alcool selon le sexe en 2013-2015 dans les départements et régions d’Outre-Mer



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

## ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LA RÉGION RÉUNION

Roselyne Coppens, Directrice adjointe de l'animation territoriale et des parcours de santé (DATPS), ARS Réunion

Afin de prévenir les conduites addictives : notamment la consommation d'alcool (âge plus tardif à l'expérimentation, prévention des consommations nocives, dont les API), l'ARS Réunion soutient la mise en œuvre de programmes de développement des compétences psychosociales (CPS) auprès des enfants, des adolescents et jeunes adultes. Il s'agit de programmes ayant fait preuve de leur efficacité et soutenus par Santé publique France (SpFrance) et approuvés par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Ils sont déclinés à La Réunion par les opérateurs locaux (IREPS, ANPAA, SAOME) et en partenariat avec le Rectorat, le RSMA et les collectivités.

### Le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP)

PSFP est un programme international aujourd'hui opérationnel dans 35 pays au monde, la France étant le 10ème pays en Europe à l'avoir adapté et mis en place.

Ses résultats, évalués scientifiquement, dénotent un impact significatif chez les parents comme chez les enfants :

- augmentation des habiletés parentales et du sentiment d'auto-efficacité parentale ;
- réduction de la consommation et de l'initiation de substances psychoactives chez les jeunes et leurs parents ;
- diminution des problèmes comportementaux et psychiques : troubles des conduites, agitation, anxiété, dépression ;
- amélioration du climat familial et diminution des conflits familiaux ;
- amélioration des résultats scolaires.

PSFP 6-11 est **destiné aux familles avec des enfants de 6 à 11 ans**, et accueille parents et enfants dans 14 ateliers de 2 heures aux objectifs complémentaires ; c'est l'une de ses originalités et de ses forces.

Ses résultats sur l'ambiance familiale sont observables dès ses premières semaines d'application, et de nombreuses recherches ont montré que son efficacité se maintenait à long terme.

Développé depuis 2016 à La Réunion par SAOME sur les territoires du Tampon et de La Possession, c'est désormais l'IREPS qui assure la mise en œuvre de ce programme en partenariat avec les communes volontaires dans le cadre de leur contrat local de santé.

En 2020, PSFP va être adapté et expérimenté pour les **jeunes de 12-16 ans** avec la Fédération Addiction qui est à l'initiative de cette extension du public cible en métropole. L'initiative d'une expérimentation du PSFP 12-16 ans dans un département d'Outre-Mer viendra renforcer l'expérimentation nationale.

### Le programme Unplugged

Unplugged est un programme de prévention en milieu scolaire avec un accent particulier sur **l'alcool, le tabac et le cannabis**, mais aussi **l'usage des écrans**, destiné à des **adolescents de 12 à 14 ans**.

Les objectifs sont les suivants :

- Protéger les jeunes en prévenant des conduites addictives et des conduites à risque, dans le but aussi d'améliorer le climat scolaire et de contribuer au bien-être et à la réussite des élèves ;
- Prévenir les comportements à risques (consommation de drogues, risques liés à la sexualité), les comportements violents et favoriser l'adoption d'habitudes saines à la santé ;
- Consolider le travail effectué dès l'enfance, à savoir le développement de la santé et du bien-être global ;
- Renforcer les aptitudes des professionnels intervenant auprès des jeunes à mettre en œuvre des programmes de développement/renforcement des CPS ;
- Développer le partenariat avec les professionnels des addictions pour mieux accompagner les élèves.

Porté par l'IREPS depuis 2018, le programme Unplugged s'est déployé dans 3 collèges identifiés avec le Rectorat.  
⇒Unplugged 974

Il va être adapté en 2020 pour un déploiement auprès des jeunes adultes en situation d'insertion professionnelle du Régiment du Service Militaire Adapté de la Réunion (RSMA).

## Le programme Good Behaviour Game (GBG)

Le programme Good Behavior Game, ou GBG, est un programme de prévention américain fondé sur des preuves scientifiques. Il est destiné aux **enfants de l'école élémentaire (CP au CM2)** et a pour but de **développer leurs compétences psychosociales**. Les études publiées dans la littérature internationale ont montré qu'il a un impact bénéfique de long terme sur les plans psychologique, social et sanitaire : les jeunes adultes qui ont bénéficié de GBG dans leur enfance souffrent moins de conduites addictives, de troubles de la personnalité anti-sociale et sont mieux insérés socialement. Initialement conçu par un enseignant pour améliorer la gestion du comportement en classe, GBG a également des effets positifs immédiats sur le climat scolaire.

Le programme GBG a été expérimenté et adapté pour la France durant deux années scolaires (de septembre 2015 à juillet 2017) par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (Association GRVS) et les Services départementaux de l'Education Nationale dans les Alpes-Maritimes, sous la supervision de l'American Institutes for Research (AIR), qui porte le développement du programme GBG au niveau mondial. Le GRVS propose désormais un transfert de compétences pour les structures de prévention travaillant en partenariat avec les services de l'Education Nationale sur leur territoire, afin de permettre un déploiement progressif du programme sur le territoire national.

**Ce programme sera décliné à La Réunion par l'ANPAA avec l'appui du GRVS, à partir de 2020.** L'objectif est de déployer GBG par

- une 1ère phase d'implantation du programme dans 4 écoles en 2020-2021,
- une 2ème phase d'implantation de 4 nouvelles écoles en 2021-2022,
- en assurant la formation des conseillers pédagogiques et des enseignants.

## Masanté.re : l'information et la prévention en santé pour tous les réunionnais

Financé par l'Agence de Santé Réunion et mis en œuvre par le GCS TESIS, le site [masante.re](http://masante.re) diffuse des contenus en santé attractifs, médicalement vérifiés et adaptés aux problématiques de santé locales.

**En tant que PATIENT :** Je trouve des informations sur ma santé accessibles et adaptées à mon mode de vie, et des conseils pour mieux prendre en main ma santé.

**En tant que PROFESSIONNEL DE SANTÉ :** J'ai accès à des supports pédagogiques (infographies, vidéos, dossiers de santé vulgarisés...) sur lesquels m'appuyer pour dialoguer avec mes patients.

Sur le site 23 thématiques sont déjà traitées, dont **l'Addiction**, qui inclut un [dossier complet](#) sur la problématique de l'alcool à la Réunion, dont quelques exemples vous sont présentés ci-dessous :

### Ressources locales



#### ALCOOL, TABAC ET ADDICTIONS À LA RÉUNION : QUI PEUT M'AIDER ?

Adultes, jeunes, femmes enceintes : des accompagnements sur mesure existent à La Réunion pour toutes les personnes souffrant d'une dépendance ou de celle d'un proche.

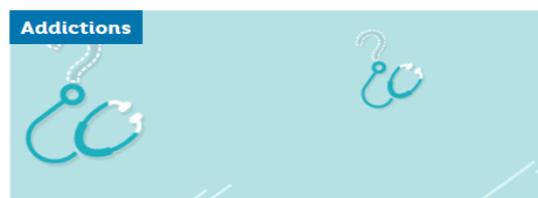
#### Quizz



#### QUIZZ — QUELS SONT LES MÉFAITS DE L'ALCOOL ?

Vous pensez tout savoir sur l'alcool ? Testez vos connaissances en 10 questions.

#### Test



#### ALCOOL — SUIS-JE DÉPENDANT ?

Evaluez votre consommation d'alcool en moins d'une minute en répondant au questionnaire AUDIT, l'outil de référence.

## Informations et conseils



### ALCOOL, TABAC, ZAMAL : COMMENT J'EN PARLE À MON ADO ?

Conduites addictives : quand dois-je m'inquiéter, et comment aborder la question à la maison ? Les réponses de Jacques Navon, psychologue spécialiste des addictions.



### QUELS SONT LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR MON CORPS ?

Vidéo — Perte de réflexes, baisse des facultés intellectuelles, troubles de la vision et du comportement : l'alcool a de nombreux effets sur notre corps.



 Le 28 mars 2019

### L'ALCOOL, C'EST 2 VERRES PAR JOUR MAXIMUM ET PAS TOUS LES JOURS !

Alcool : face aux dangers pour la santé, les médecins adaptent leurs recommandations pour limiter les dégâts. Homme ou femme, c'est 2 verres par jour et pas tous les...



### COMMENT RÉDUIRE SA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

220 morts par an : l'abus d'alcool est l'une des premières causes de mortalité à La Réunion. Si vous ou l'un de vos proches buvez trop, des solutions...

## Une aide précieuse pour sensibiliser et accompagner les Réunionnais, et les professionnels de santé.

- Après un audit positif de plus de **180 contenus**, masanté.re est désormais un émetteur certifié par santé.fr, le nouveau Service Public d'Information en Santé porté par le ministère.
- **22 000 visiteurs** uniques viennent chercher de l'information chaque mois sur le site.

## La journée sans alcool à La Réunion

A La Réunion, partant du constat qu'il n'existait pas de journée mondiale sans alcool malgré l'importance de cette problématique de santé publique, la FRAR (Fédération Régionale d'Addictologie de La Réunion) et l'association « Les Maillons de l'Espoir » ont lancé en octobre 2018 la journée sans alcool. Cette action a été saluée par les principaux acteurs nationaux pour son originalité (ANPAA, FA, FFA, SFA).

## 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.

## SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

Le Baromètre santé DOM 2014 a suivi la même méthodologie qu'en métropole. La collecte des données a été confiée à l'Institut Ipsos. Elle s'est déroulée du 29 avril au 27 novembre 2014. Le Baromètre santé DOM 2014 comprenait 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. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>)

## 2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

En région **Réunion**, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité des 6 structures d'urgences. En 2017, la couverture du réseau Oscour® en terme d'établissements participant est exhaustive, la complétude de codage des champs «diagnostic principaux et associés des RPU s'élevait à 94,8%.

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® à La Réunion, 2017

Départements	Couverture SU		% complétude diagnostique (DP ou DA)
La Réunion	6	/ 6	100%
			94,8%

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

## 4) Certificats de décès

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

## DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

### 1) Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

### 2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

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

### 3) Réseau Oscour®

Le regroupement syndromique « passages aux urgences en lien direct avec l'alcool », correspond aux codes diagnostics de la 10<sup>ème</sup> Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Passages en lien direct avec l'alcool », 2017

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

Sources : CIM-10 (classification internationale des maladies, 10<sup>ème</sup> révision) ; Oscour® (Santé publique France).

### 4) 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		Baromètre 2014	ESCAPAD 2017
Ile-de-France	4 404	6 662	Guadeloupe	1 952	435
Grand-Est	2 159	3 046	Martinique	1 945	351
Hauts-de-France	2 152	4 028	Guyane	1 904	430
Normandie	1 363	2 268	La Réunion	2 010	382
Centre-Val de Loire	988	1 867	Métropole	15 186	39 115
Centre-Val de Loire	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			

## 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](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html)]
- Article L758-1 du Code de la sécurité sociale modifié par la Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.
- Arrêté 1417/CAB/BPA en rapport avec la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique, notamment de son article 53. (Article L3323-5-1 du code de la Santé Publique).
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: no ordinary commodity : research and public policy. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):97-108. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html)]
- Ducimetiere P, Arwidson P. Focus. Évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):178-9. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019\\_10-11\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_1.html)]
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018 Aug 23. pii: S0140-6736(18)31310-2.
- L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V, Regnault N. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France : 2018. 16 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>].
- Mété D. Fiscalité des rhums traditionnels en Outre-mer et santé publique : l'exemple de l'île de La Réunion. Rev Epidemiol Sante Publique 2017 ; 65 : 443-452.

- Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_4.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html)]
- Observatoire Régional de la Santé Océan Indien. Les comportements addictifs à La Réunion : [<https://www.ors-oceanindien.org/tableau-de-bord-les-comportements-addictifs-a-la-reunion,134.html>]
- Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève (2010).
- Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):109-15. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_3.html](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-I-Inca>]
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017.-methode>]
- Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):89-97. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html)]
- Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête Escapad 2017.OFDT, 2018 [<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>]
- Velten M, Marrer E, Debreuve-Theresette A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Grand Est. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 173 p.

## COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL RÉUNION

### SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Raphael Andler, Frank A.G. 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, Elsa Balleydier

Avec la contribution de : Anne Fouillet, Guillemette Quatremere, Jalpa Shah.

**Autres auteurs :** Dr David Mété (CHU Réunion Félix Guyon – FRAR), Roselyne Coppens (ARS Réunion)

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

## REMERCIEMENTS

Le comité de rédaction remercie :

- 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, Inserm (CepiDc).
- les services d'urgences de la région participant à Oscore®.

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