

### SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Les action Santé publique France en prévention et promotion de la santé en matière d'alcool p.2 Focus sur les nouveaux repères de consommation à moindre risque p.2 Comparaisons régionales de la consommation d'alcool en France p.4 Consommation d'alcool dans la région Hauts-de-France p.11 Morbidité aiguë liée à l'alcool dans la région Hauts-de-France p.15 Morbidité et mortalité associées à l'alcool dans la région Hauts-de-France p.19 Prévention, accompagnement et prise en charge de la consommation d'alcool dans la région Hauts-de-France p.28 Conclusion et perspectives p.31 Sources des données p.31 Définition des variables p.33 Effectifs régionaux des enquêtes p.35 Bibliographie p.35

### ÉDITO

L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus répandue en France. Notre région est une de trois régions où la consommation d'alcool est la plus forte. Ces niveaux de consommation, fortement ancrés dans la culture française, sont parmi les plus élevés d'Europe et les dommages engendrés pour notre santé sont considérables. En effet, la consommation d'alcool constitue la deuxième cause évitable de mortalité par cancer après le tabac dans notre région.

C'est la raison pour laquelle l'Agence régionale de santé (ARS) s'est engagée en faveur de la réduction de la consommation d'alcool, qui constitue un enjeu primordial de santé publique. La prévention, l'accompagnement et la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives représentent une ambition forte du projet régional de santé des Hauts-de-France (PRS), qui définit pour les dix prochaines années la stratégie de santé en région.

Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, le schéma régional de santé est collectif, en inscrivant la santé dans toutes les politiques publiques. Ceci est particulièrement vrai pour la lutte contre les addictions, qui est une politique éminemment interministérielle.

Le schéma régional de santé est également sélectif, en ce qu'il priorise des territoires dans lesquels la situation socio-sanitaire est particulièrement défavorable ; et des publics tels que les femmes enceintes les jeunes, les personnes en situation de précarité et en situation de handicap, les personnes sous-main de justice.

Étienne Champion,  
Directeur général de l'ARS Hauts-de-France

### POINTS CLÉS

- En 2017 en Hauts-de-France, **11,5 %** des adultes de **18 à 75 ans** consommaient **quotidiennement de l'alcool** (prévalence significativement plus élevée que la moyenne des autres régions métropolitaines) et **15 %** consommaient **6 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois** (comparable à la prévalence moyenne de France métropolitaine). Ces prévalences de consommation étaient **plus élevées chez les hommes** que chez les femmes.
- Dans la région, **23,2 %** des adultes de **18 à 30 ans** consommaient **de l'alcool de manière** hebdomadaire (prévalence significativement plus faible que la moyenne des autres régions de France métropolitaine), et **6,7 %** étaient des **alcoolisations ponctuelles importantes** (6 verres ou plus en une seule occasion).
- Parmi les **jeunes de 17 ans**, **83,7 %** avaient déjà consommé de l'alcool **au moins une fois dans leur vie** (prévalence significativement inférieure à la moyenne de France métropolitaine) et **14,3 %** en consommaient **6 verres ou plus en une seule occasion** au moins 3 fois par mois. **Ces prévalences chez les jeunes de 17 ans en Hauts-de-France étaient significativement inférieures aux moyennes de France métropolitaine.** La consommation régulière d'alcool (au moins 10 usages au cours du dernier mois) chez ces jeunes de 17 ans s'élevait quant à elle à **7,8 %** ce qui ne diffère pas de la moyenne de France métropolitaine.
- En 2017, **22 363 passages aux urgences** étaient en lien direct avec l'alcool, soit en moyenne **61 passages quotidiens** ce qui représentait **1,86 %** des passages aux urgences toutes causes confondues en région Hauts-de-France (vs 1,38 % au niveau France entière). Le taux de passage était **plus élevé chez les hommes** (2,72 %) que chez les femmes (0,97 %) et était le **plus élevé chez les 46-60 ans**.
- Les taux **d'incidence et de mortalité des cancers associés à l'alcool** (lèvres-bouche-pharynx, œsophage et larynx) étaient **plus élevés chez les hommes et supérieurs à la moyenne nationale.** Ces différents taux étaient variables d'un département à l'autre de la région.
- Le taux de **mortalité cumulée** associée aux principales pathologies liées à la consommation d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme) était de 22,5 pour 100 000 habitants chez les femmes et de 77,0 chez les hommes. Ces taux étaient **supérieurs à ceux des autres régions.**

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

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

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

**Ces dispositifs destinés à favoriser une prise de conscience, ou s'adressant à une population particulière, ne sont néanmoins pas suffisants pour enclencher des changements de comportements durables dans la population générale.** Sur la base de la littérature internationale, Santé publique France étudie la faisabilité d'un défi fédérateur lancé à tous ceux qui souhaitent réduire leur risque. L'objectif est d'inviter chacun, sur une base volontaire, à faire le point sur sa propre consommation, tout en créant les conditions d'un effet d'entraînement et de solidarité, dans un esprit positif voire ludique. Les publications scientifiques démontrent les bienfaits à court et moyen terme pour tous de ce type de dispositif.

**En 2020**, Santé publique France poursuit et amplifie ainsi la **promotion des repères de consommation** et travaille sur l'opportunité de concevoir un nouveau **dispositif fédérateur susceptible de déclencher des changements de comportements** et donc de réduire les risques associés à la consommation nocive d'alcool. Ces actions de marketing social s'inscrivent en complément des autres actions portées par l'agence, notamment dans le champ du développement des compétences psychosociales ou du soutien à la parentalité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références :

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

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

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

Parlez-en à  
votre médecin

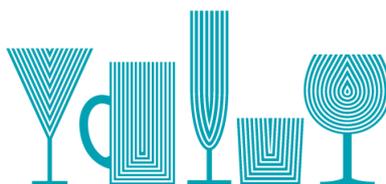


© 0 800 800 830  
ALCOOL.MED.SRV.FR



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

Parlez-en à  
votre médecin



© 0 800 800 830  
ALCOOL.MED.SRV.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.MED.SRV.FR



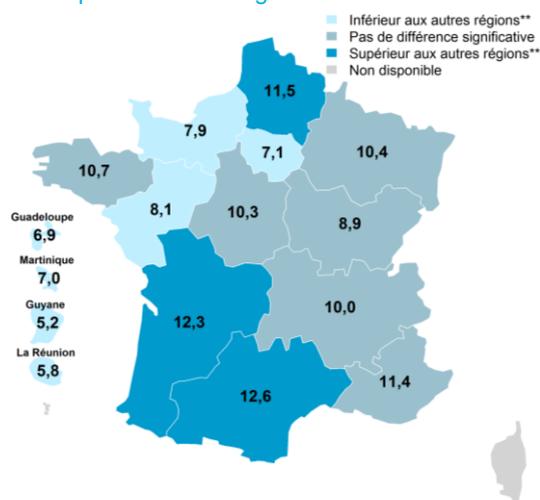
# COMPARAISONS RÉGIONALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

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

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

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

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



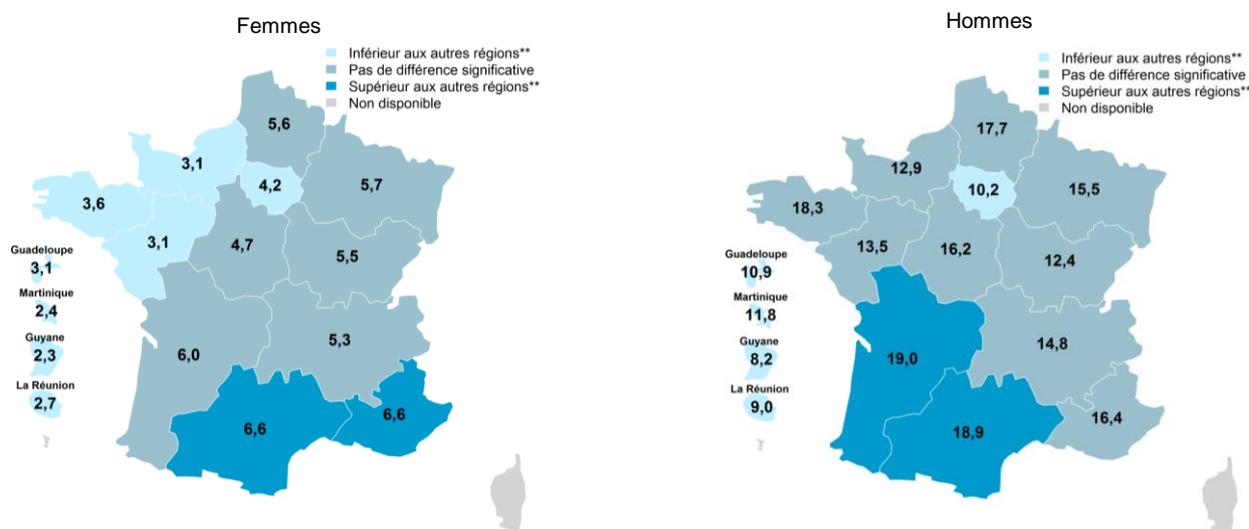
\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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

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



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

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

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

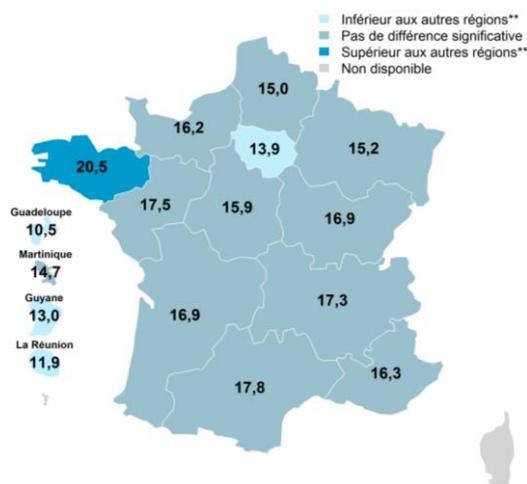
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en 2017, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 2). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 3,1 % (Pays de la Loire et Normandie) à 6,6 % (Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) chez les femmes et de 10,2 % (Île-de-France) à 19,0 % (Nouvelle-Aquitaine) chez les hommes. En région **Hauts-de-France** ces prévalences étaient de **5,6 % chez les femmes et de 17,7 % chez les hommes**. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en 2014, elle variait selon les régions de 2,3 % (Guyane) à 3,1 % (Guadeloupe) chez les femmes et de 8,2 % (Guyane) à 11,8 % (Martinique) chez les hommes.

La prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles variait selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne et la moyenne de la France métropolitaine était de 16,2 % (figure 3, tableau 1). Seule l'Île-de-France (13,9 %) affichait une prévalence significativement plus faible par rapport à la moyenne des autres régions, tandis que la Bretagne présentait une prévalence significativement plus élevée (20,5 %). La région **Hauts-de-France (15,0 %)**, ne différait pas de la moyenne des autres régions. Les prévalences en Guadeloupe (10,5 %), à La Réunion (11,9 %) et en Guyane (13,0 %) étaient significativement plus faibles que la moyenne de France métropolitaine.

Cette prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région (figure 4). En France métropolitaine, elle variait selon les régions de 6,1 % (Bourgogne-Franche-Comté) à 9,3 % (Occitanie) chez les femmes et de 21,4 % (Île-de-France) à 32,4 % (Bretagne) chez les hommes. En région **Hauts-de-France** ces prévalences étaient de **7,8 % chez les femmes et de 22,5 % 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 % (Guyane) à 24,3 % (Martinique) chez les hommes.

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

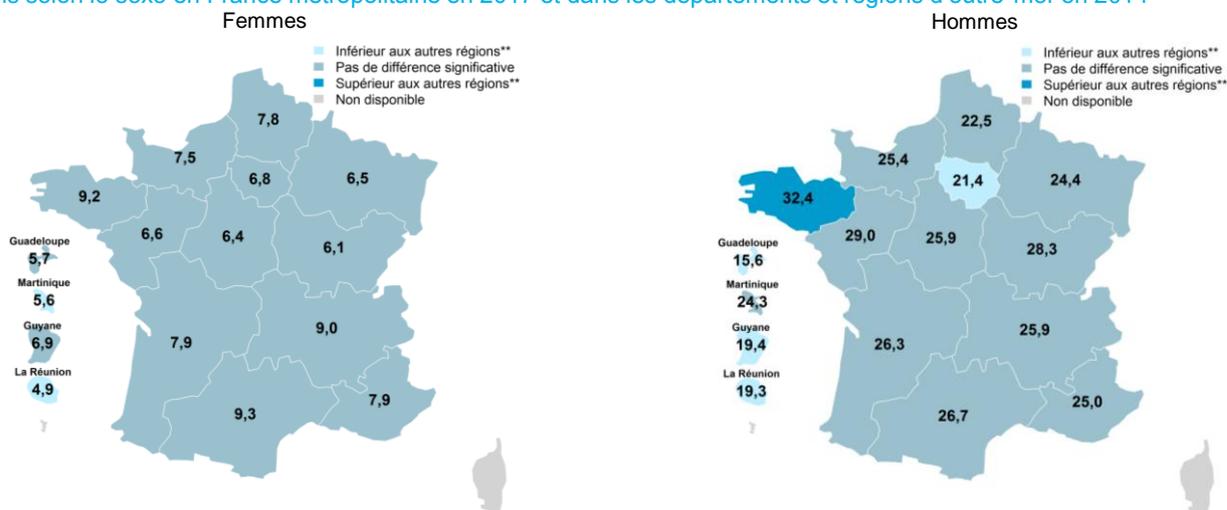


\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

\*\* Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre 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 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]
La Réunion	5,2 %	[4,1 - 6,5]	5,8 %	[4,6 - 7,2]	12,9 %	[11,2 - 14,9]	11,9 %	[10,3 - 13,8]
Ile-de-France	6,1 %	[5,3 - 6,9]	7,1 %	[6,3 - 8,1]	14,4 %	[13,2 - 15,8]	13,9 %	[12,7 - 15,2]
Guadeloupe	6,4 %	[5,2 - 7,8]	6,9 %	[5,6 - 8,4]	10,3 %	[8,8 - 12,0]	10,5 %	[9,0 - 12,3]
Martinique	6,5 %	[5,2 - 8,0]	7,0 %	[5,6 - 8,7]	13,9 %	[12,1 - 15,8]	14,7 %	[12,9 - 16,8]
Normandie	8,1 %	[6,4 - 10,2]	7,9 %	[6,2 - 10,0]	16,0 %	[13,7 - 18,7]	16,2 %	[13,8 - 18,9]
Pays de la Loire	8,2 %	[6,8 - 9,9]	8,1 %	[6,7 - 9,8]	17,8 %	[15,6 - 20,2]	17,5 %	[15,3 - 19,9]
Bourgogne-Franche-Comté	9,5 %	[7,7 - 11,8]	8,9 %	[7,1 - 11,0]	16,7 %	[14,3 - 19,6]	16,9 %	[14,4 - 19,8]
Auvergne-Rhône-Alpes	10,0 %	[8,8 - 11,3]	10,0 %	[8,8 - 11,3]	17,3 %	[15,7 - 18,9]	17,3 %	[15,7 - 18,9]
Grand-Est	10,4 %	[8,9 - 12,0]	10,4 %	[9,0 - 12,1]	15,2 %	[13,5 - 17,2]	15,2 %	[13,4 - 17,2]
Bretagne	10,8 %	[9,0 - 12,9]	10,7 %	[9,0 - 12,8]	20,3 %	[17,9 - 23,0]	20,5 %	[18,0 - 23,2]
Centre-Val de Loire	11,1 %	[8,8 - 13,9]	10,3 %	[8,2 - 12,9]	15,5 %	[12,8 - 18,7]	15,9 %	[13,2 - 19,1]
<b>Hauts-de-France</b>	<b>11,2 %</b>	<b>[9,7 - 13,0]</b>	<b>11,5 %</b>	<b>[9,9 - 13,3]</b>	<b>15,2 %</b>	<b>[13,4 - 17,3]</b>	<b>15,0 %</b>	<b>[13,1 - 17,0]</b>
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. 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 %).

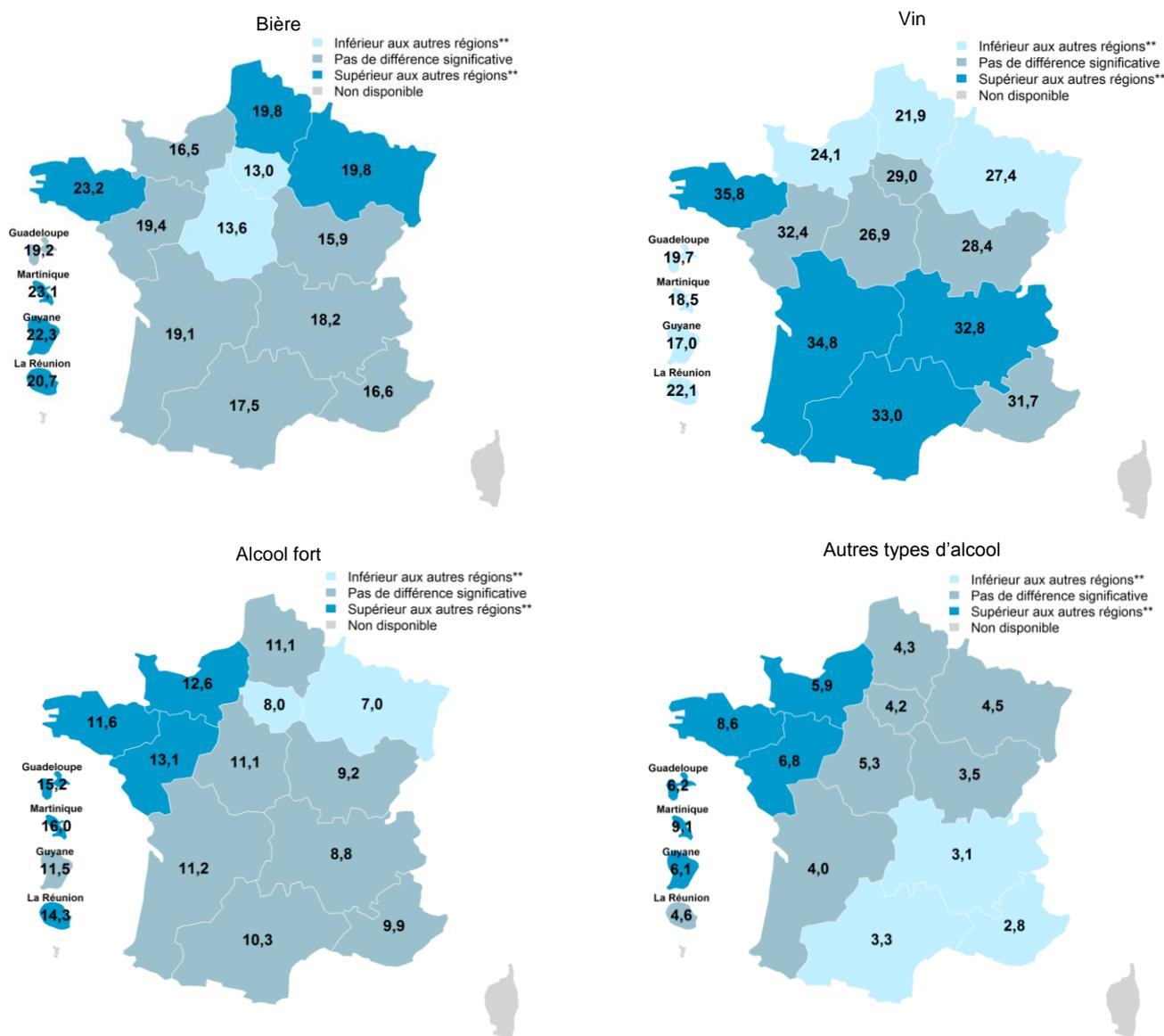
Pour le vin, la prévalence de la consommation hebdomadaire variait de **21,9 % dans les Hauts-de-France** à 35,8 % en Bretagne. La consommation hebdomadaire de vin était significativement plus fréquente dans les régions du sud de la France – Auvergne-Rhône-Alpes (32,8 %), Occitanie (33,0 %), Nouvelle-Aquitaine (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 métropolitaines, et significativement plus faible en Grand Est (7,0 %) et en Île-de-France (8,0 %). La région **Hauts-de-France (11,1 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions.

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 %). La région **Hauts-de-France (4,3 %)** ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.

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

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



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

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

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

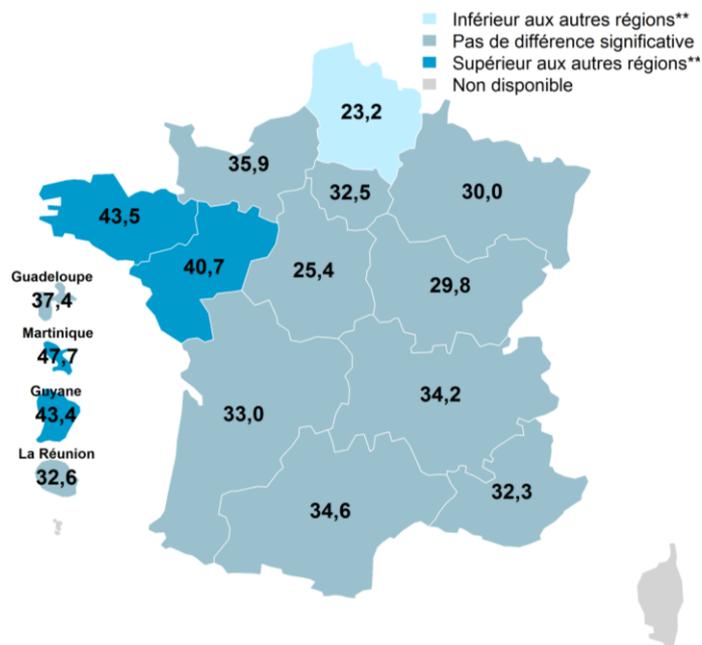
Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

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

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

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



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

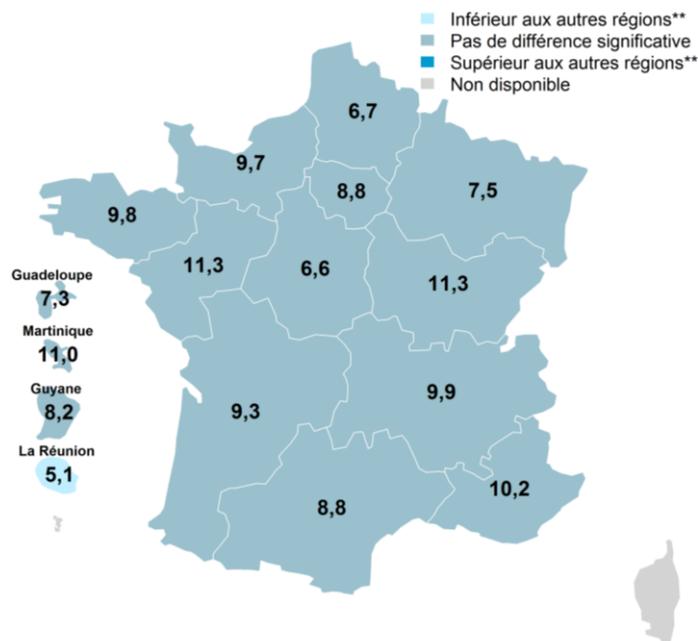
\*\* Différence significative entre la prévalence observée dans une région métropolitaine comparée à celle de l'ensemble des autres régions métropolitaines ou différence significative entre la prévalence observée dans un DROM comparée à celle de France métropolitaine. Le test utilisé est un chi deux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

Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 18 à 30 ans.

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

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

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



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

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

Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 18 à 30 ans.

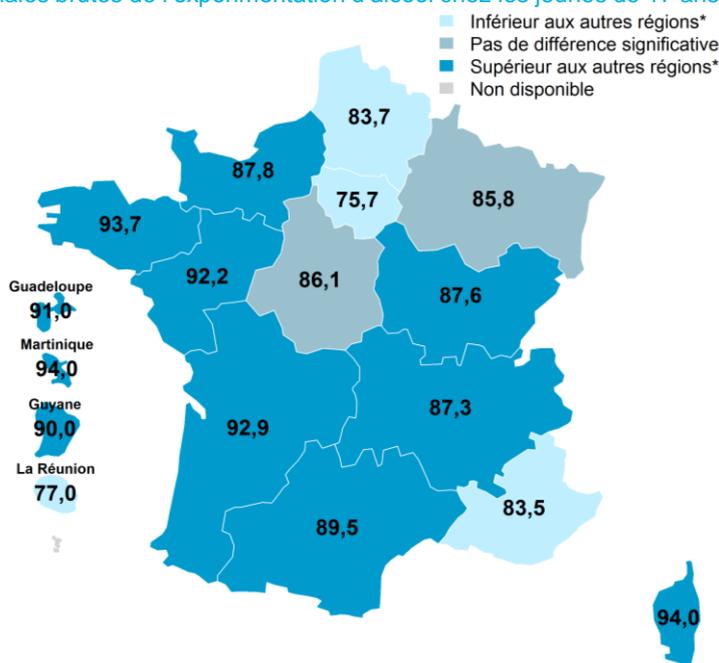
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

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

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

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

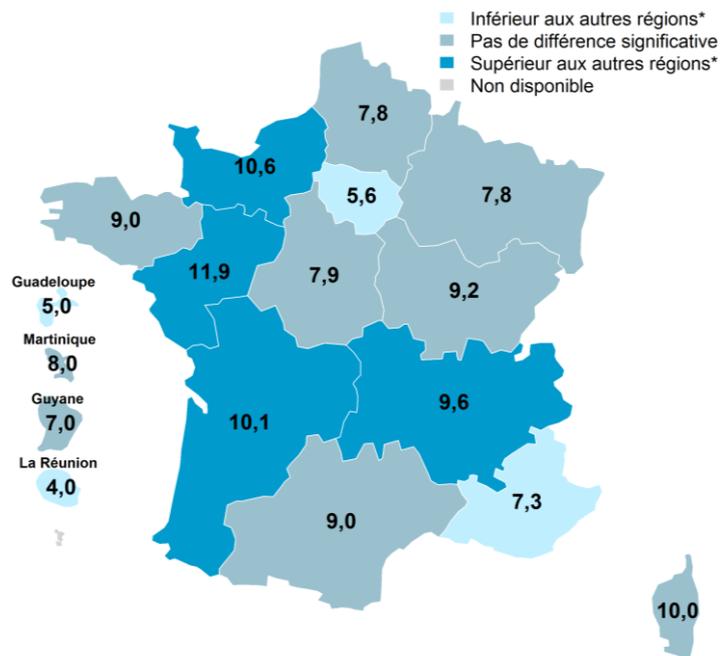
Figure 8 : Prévalences régionales brutes de l'expérimentation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en 2017



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

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

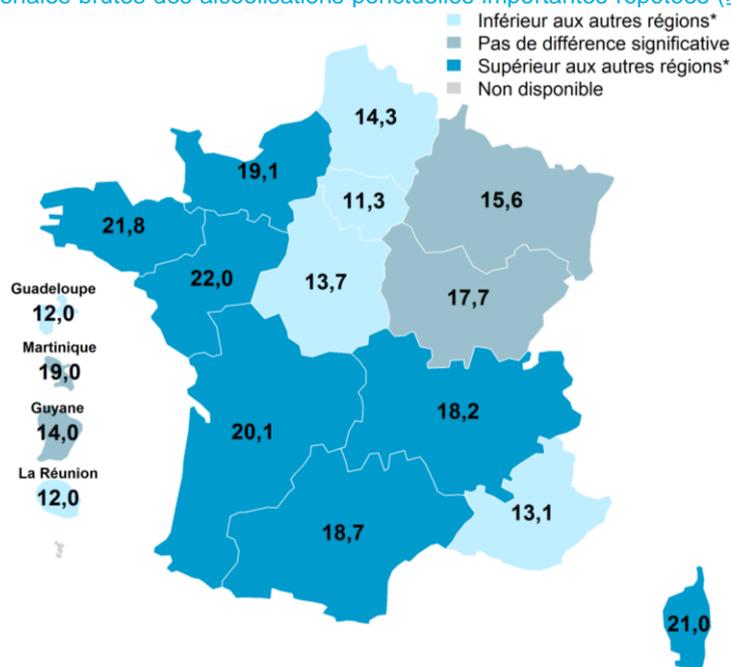
Au sein des DROM, La Réunion (4,0 %) et la Guadeloupe (5,0 %) présentaient des prévalences de l'usage régulier d'alcool significativement inférieures à la moyenne de France métropolitaine. La Guyane et la Martinique (8,0 %) ne différait pas de la moyenne de France métropolitaine.

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

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

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

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

Figure 10 : Prévalences régionales brutes des alcoolisations ponctuelles importantes répétées ( $\geq 3$  par mois) 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).

## CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

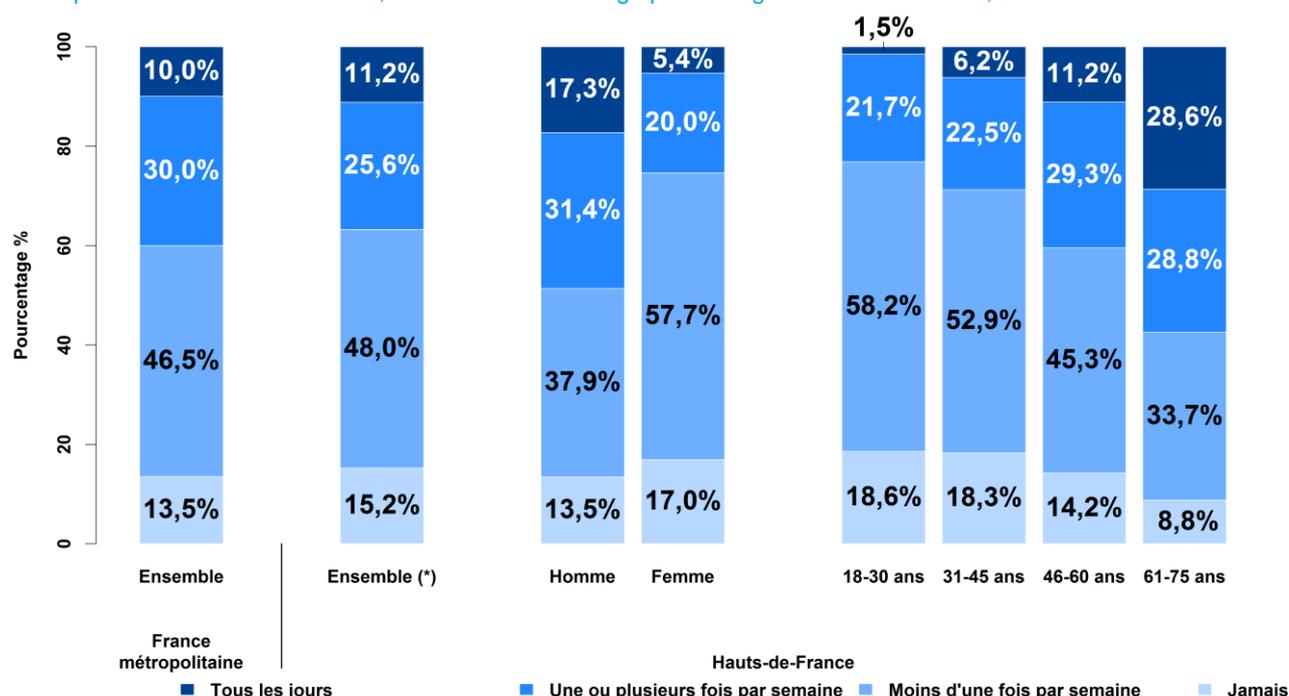
Les fréquences de consommation présentées dans cet article sont brutes, c'est-à-dire non standardisées sur les structures d'âge et de sexe de la France entière. Elles sont donc légèrement différentes de celles présentées dans l'article précédent.

### Fréquences de consommation

En 2017, en Hauts-de-France, 36,8 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine dont 11,2 % tous les jours au cours des 12 derniers mois. En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 40,0 % et 10,0 % (différence non significative avec celles de la région ; figure 11).

La consommation d'alcool variait en fonction du sexe et de l'âge en Hauts-de-France. Ainsi, 17,3 % des hommes consommaient de l'alcool quotidiennement contre 5,4 % des femmes. La consommation d'alcool quotidienne était plus fréquente à mesure que l'âge augmentait. Ainsi, la consommation d'alcool quotidienne était plus importante chez les 61-75 ans (28,6 %) que chez les 46-60 ans (11,2 %), les 31-45 ans (6,2 %) et les 18-30 ans (1,5 %).

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



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

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

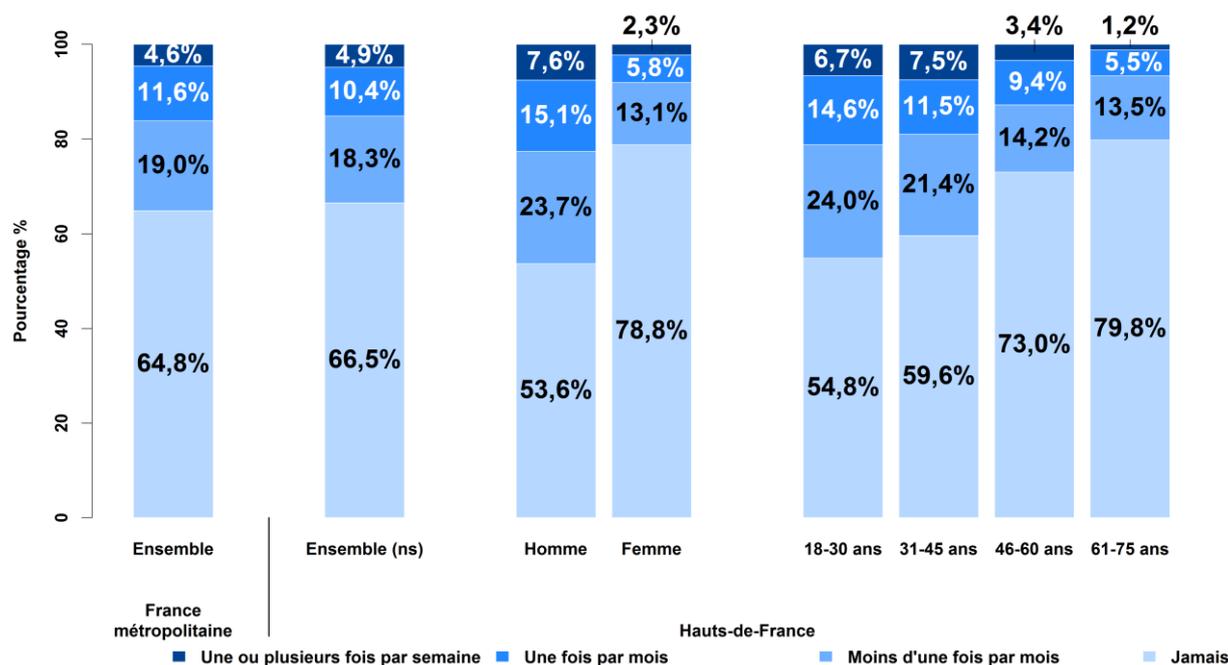
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

### Alcoolisation ponctuelle importante (API)

En 2017, en Hauts-de-France, 33,5 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient au moins une API (6 verres ou plus en une seule occasion) au cours des 12 derniers mois dont 15,2 % au moins une fois par mois et 4,9 % au moins une fois par semaine (figure 12). En France métropolitaine, ces proportions étaient respectivement de 35,2 %, 16,2 % et 4,6 % (différence non significative avec celles de la région).

En Hauts-de-France, l'API dans l'année était plus courante chez les hommes (46,4 % dont 22,7 % au moins une fois par mois et 7,6 % au moins une fois par semaine) que chez les femmes (21,2 % dont 8,1 % au moins une fois par mois et 2,3 % au moins une fois par semaine). La prévalence des API dans l'année était la plus importante chez les 18-30 ans (45,2 % dont 21,2 % au moins une fois par mois et 6,2 % au moins une fois par semaine) et elle diminuait ensuite avec l'âge.

Figure 12 : Fréquence des API au cours des 12 derniers mois des adultes de 18-75 ans en France métropolitaine et Hauts-de-France, et selon le sexe et l'âge pour la région Hauts-de-France, 2017.



(ns) différence non 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 Hauts-de-France, les niveaux de diplôme Bac et inférieur au Bac ou aucun diplôme, ainsi que le sexe masculin, étaient associés de façon significative à la consommation quotidienne d'alcool, indépendamment des autres variables. Les classes d'âge de 18 à 60 ans étaient toutes moins fréquemment associées à la consommation quotidienne d'alcool, en comparaison à la classe d'âge des 61-75 ans. Le niveau de revenu, quant à lui, n'était pas associé significativement à la consommation quotidienne d'alcool (tableau 2).

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

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***		
Homme (n=997)	17,3	4,8***	[3,5-6,6]
Femme (réf.) (n=1155)	5,4	1,0	
<b>Age en 4 classes (18-75 ans)</b>	***		
18-30 ans (n=402)	1,5	0,0***	[0,0-0,1]
31-45 ans (n=563)	6,2	0,1***	[0,1-0,2]
46-60 ans (n=686)	11,2	0,3***	[0,2-0,4]
61-75 ans (réf.) (n=501)	28,6	1,0	
<b>Terciles de revenus (pondéré)</b>	**		
1er tercile (faible) (n=730)	8,6	0,7	[0,5-1,1]
2e tercile (n=689)	10,6	0,8	[0,5-1,1]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=623)	15,5	1,0	
Refus/Nsp (n=110)	16,9	1,1	[0,6-2,1]
<b>Diplôme en 3 modalités</b>	***		
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=956)	14,6	2,0***	[1,3-2,9]
Bac (n=479)	7,5	1,9**	[1,2-3,0]
Supérieur au Bac (réf.) (n=712)	6,1	1,0	

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

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

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

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

**Le niveau de diplôme inférieur au Bac ou aucun diplôme, ainsi que le sexe masculin, étaient significativement associés aux API mensuelles en 2017 en Hauts-de-France.** Un gradient était observé pour la variable âge : les odds ratios (OR) associés aux API mensuelles augmentaient lorsque l'âge diminuait. Le niveau de revenu moyen (2<sup>ème</sup> tercile) était associé significativement à des API mensuelles moins fréquentes que le niveau de revenu élevé (tableau 3).

**Tableau 3 : Facteurs associés aux API mensuelles au cours des 12 derniers mois pour la région Hauts-de-France, 2017.**

Variables explicatives	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>			
***			
Homme (n=996)	22,7	3,8***	[2,9-5,0]
Femme (réf.) (n=1155)	8,1	1,0	
<b>Age en 4 classes (18-75 ans)</b>			
***			
18-30 ans (n=401)	21,2	3,9***	[2,5-6,2]
31-45 ans (n=563)	19,0	3,1***	[2,0-4,7]
46-60 ans (n=686)	12,8	1,7*	[1,1-2,5]
61-75 ans (réf.) (n=501)	6,7	1,0	
<b>Terciles de revenus (pondéré)</b>			
1er tercile (faible) (n=729)	15,6	0,8	[0,6-1,2]
2e tercile (n=689)	13,8	0,7*	[0,5-1,0]
3e tercile (élevé) (réf.) (n=623)	17,8	1,0	
Refus/Nsp (n=110)	10,4	0,5*	[0,2-0,9]
<b>Diplôme en 3 modalités</b>			
Aucun diplôme ou inférieur au Bac (n=955)	15,3	1,6**	[1,1-2,2]
Bac (n=479)	14,8	1,1	[0,8-1,6]
Supérieur au Bac (réf.) (n=712)	15,3	1,0	

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

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

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

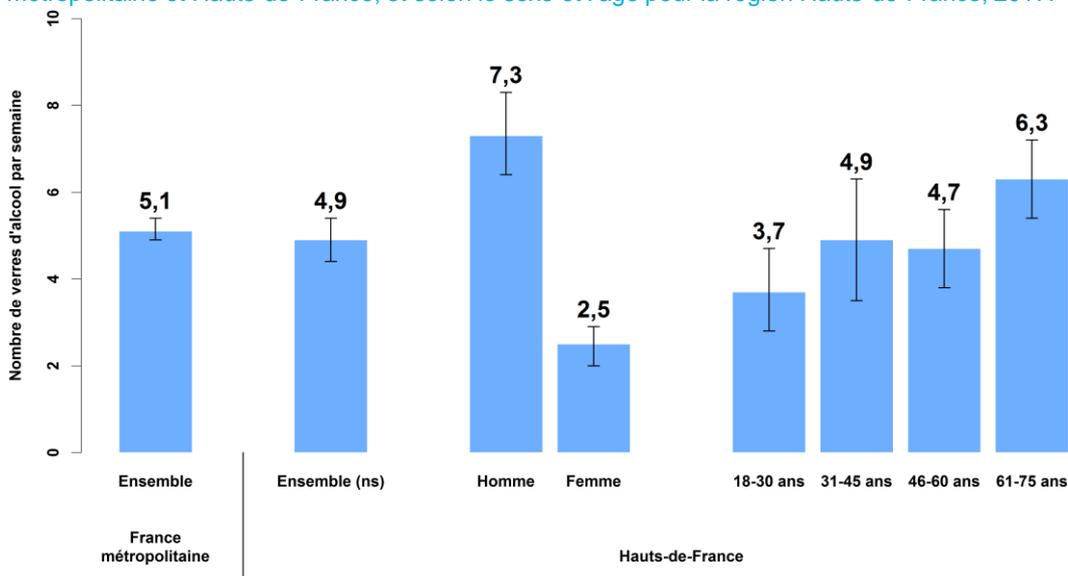
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

## Nombre de verres consommés

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

Le nombre moyen de verres consommés par semaine était significativement plus important parmi les hommes: 7,3 [6,4-8,3] contre 2,5 [2,0-2,9] parmi les femmes. Cet indicateur était similaire entre les 31-45 ans (4,9 [3,5-6,3] verres par semaine) et les 46-60 ans (4,7 [3,8-5,6]) mais un peu plus faible chez les 18-30 ans (3,7 [2,8-4,7]) et plus élevé chez les 61-75 ans (6,3 [5,4-7,2]).

**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 Hauts-de-France, et selon le sexe et l'âge pour la région Hauts-de-France, 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.

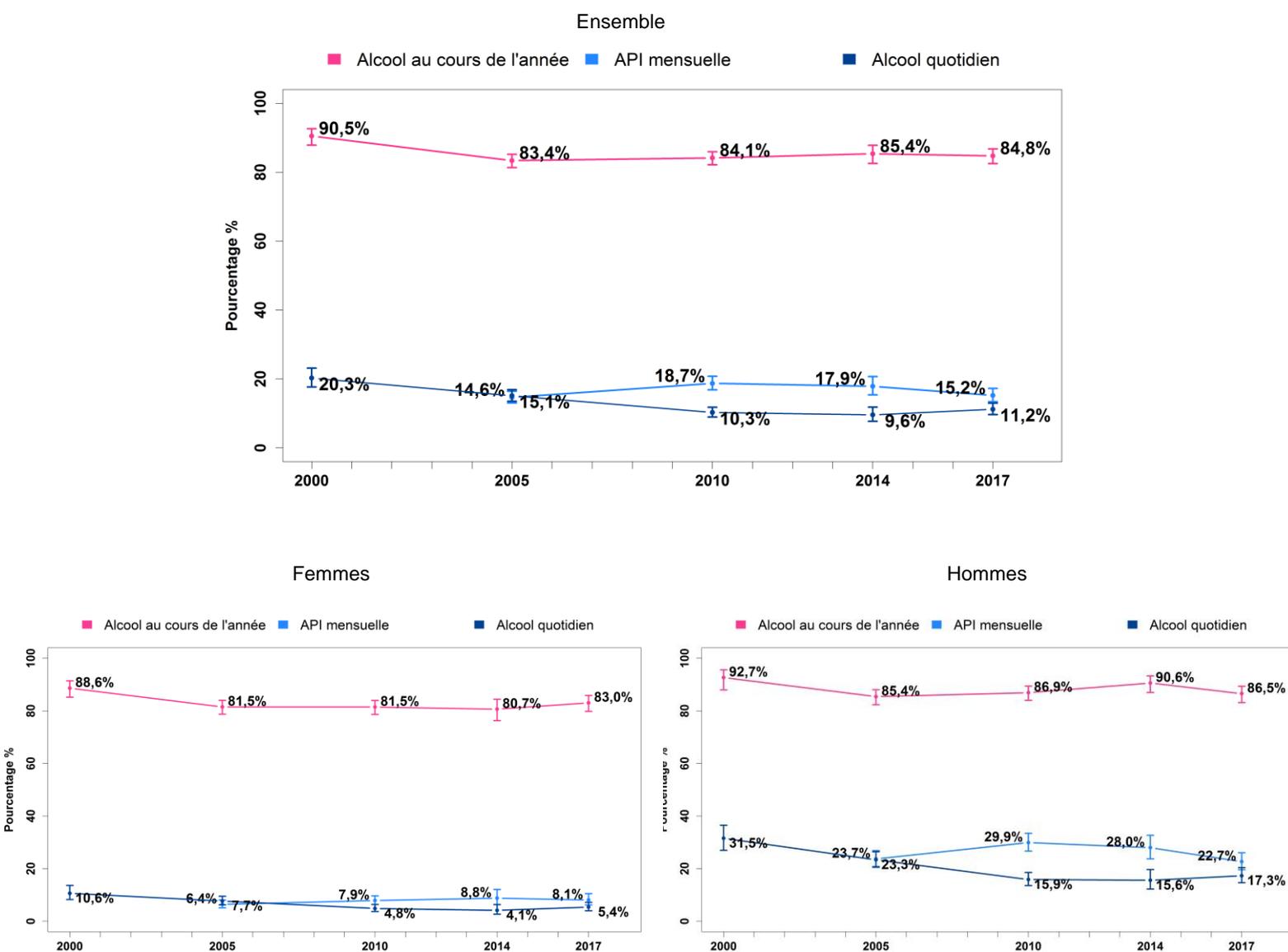
Source : Baromètre de Santé publique France, 2017 (Santé publique France).

## Évolutions

En Hauts-de-France, la prévalence annuelle de la consommation d'alcool a diminué entre 2000 et 2005 puis est restée stable entre de 84 et 85 % de 2005 à 2017. Entre 2000 et 2017, elle est passée de 92,7 % à 86,5 % chez les hommes et de 88,6 % à 83,0 % chez les femmes, avec une légère augmentation entre 2014 et 2017 pour ces dernières (figure 14).

Après avoir augmenté de 14,6 % à 18,7 % entre 2005 et 2010, la prévalence des API mensuelles a ensuite diminué en 2014 (17,9 %) et 2017 (16,2 %). La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool, était en diminution entre 2000 et 2014 (de 20,3 % à 9,6 %) et a légèrement réaugmenté en 2017 mais sans atteindre le niveau observé en 2000. Ces évolutions sont également retrouvées chez les hommes et chez les femmes pour ces deux indicateurs avec des tendances plus marquées chez les hommes.

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



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 HAUTS-DE-FRANCE

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.

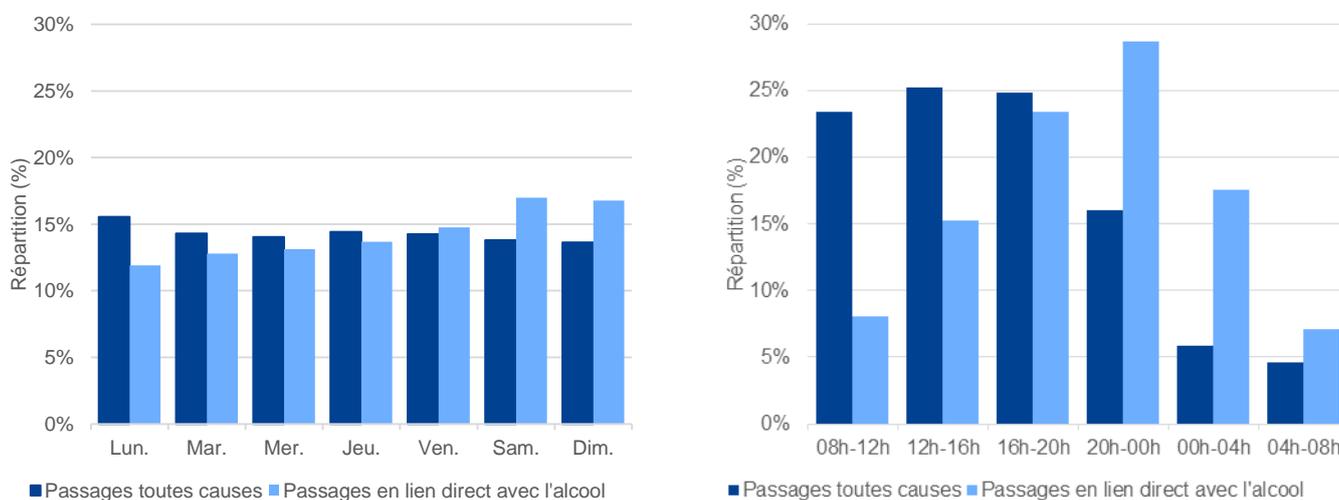
### Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool

Au total, en 2017, 22 363 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été repérés dans l'ensemble des résumés de passages aux urgences (RPU) des 52 services d'urgence (SU) de la région Hauts-de-France participant au réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), soit en moyenne 61 passages quotidiens. Les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool représentaient ainsi 1,86 % 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 Hauts-de-France en 2017 étaient répartis de manière quasiment homogène entre les différents jours de la semaine (figure 15), avec une activité légèrement plus élevée sur la journée du lundi. Pour les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool, on observait une répartition stable du mardi au jeudi (entre 12,8 % et 13,7 % des passages hebdomadaires) avec une nette augmentation en fin de semaine et une diminution le lundi. Près de la moitié (48,6 %) 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 2,29 % de l'activité toutes causes des SU.

Si l'activité toutes causes des urgences était la plus faible entre minuit et 8 heures (figure 15), les passages aux urgences en lien direct avec l'alcool se concentraient sur les plages horaires 16 – 20 heures, 20 heures – minuit et minuit – 4 heures (respectivement 23,4 %, 28,6 % et 17,5 % des passages de la journée). Sur ces plages horaires, les passages en lien direct avec l'alcool représentaient respectivement 1,76 %, 3,36 % et 5,50 % des passages aux urgences toutes causes.

Figure 15 : Répartition journalière et horaire des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool et des passages aux urgences toutes causes dans la région Hauts-de-France en 2017.

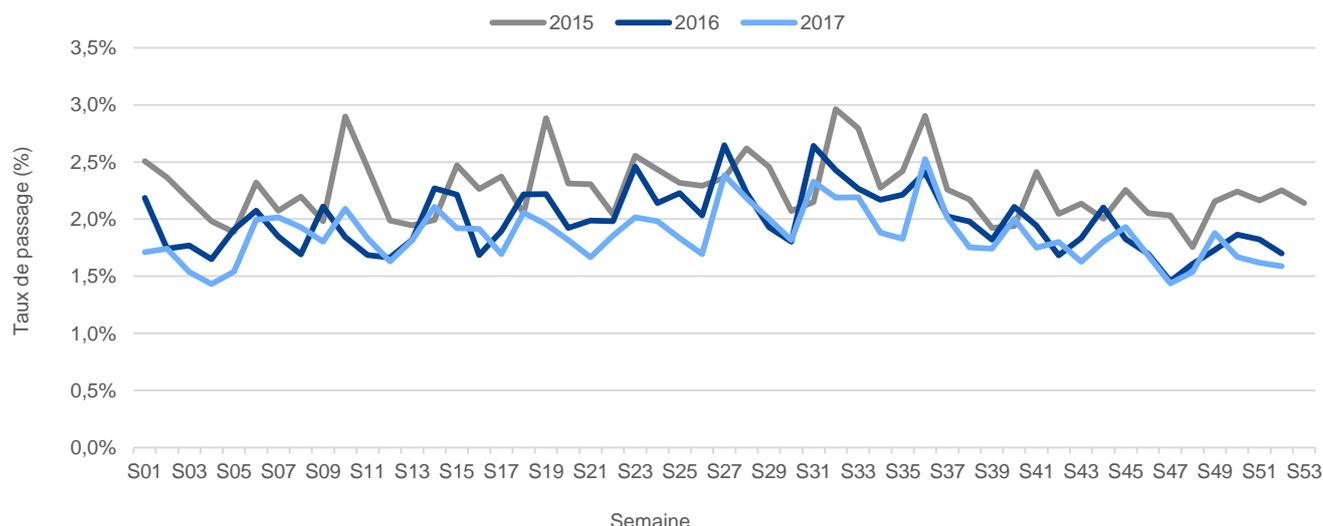


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.  
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

La figure 16 présente le taux hebdomadaire de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool dans la région Hauts-de-France de 2015 à 2017. Bien que l'évolution sur une année montre peu de variations, l'année 2015 présentait des taux légèrement supérieurs à ceux des années 2016 et 2017. En effet, le taux annuel de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool est passé de 2,26 % en 2015 à 1,86 % en 2017.

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

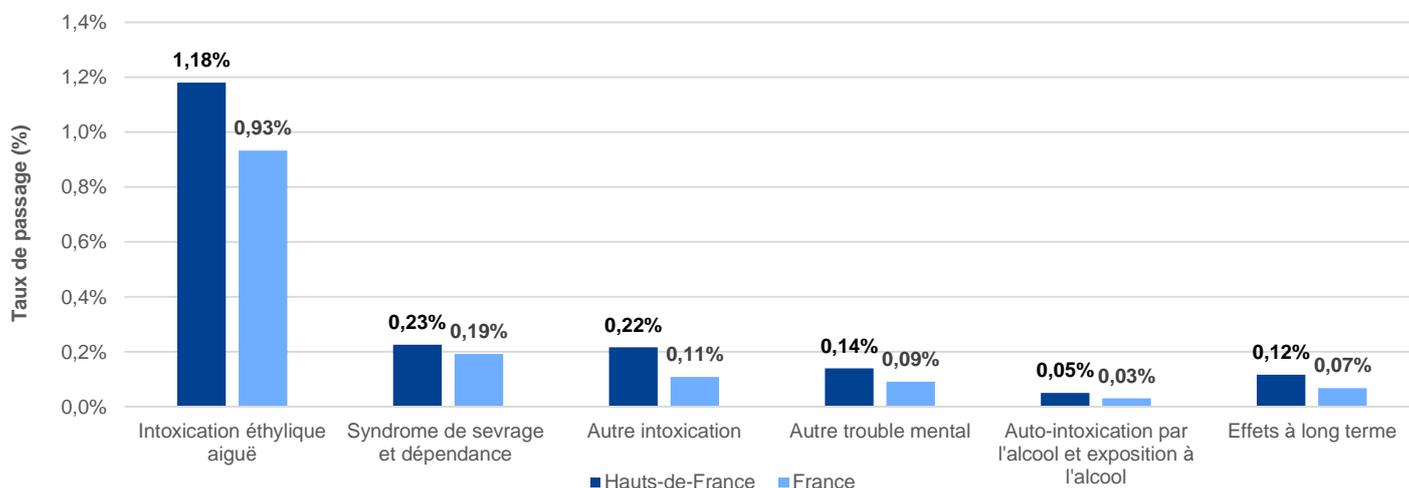


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.  
Source : Oscour® (Santé publique France).

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

Différentes pathologies peuvent être identifiées comme directement liées à l'alcool (figure 17). Dans la région Hauts-de-France en 2017, l'intoxication éthylique aiguë était la plus représentée, représentant 1,18 % de l'ensemble des passages aux urgences et 63,3 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool. Les autres pathologies (syndrome de sevrage, autre intoxication, autre trouble mental, auto-intoxication et effets à long terme) représentaient chacune entre 0,05 % et 0,23 % de l'ensemble des passages aux urgences. La distribution de ces pathologies dans la région Hauts-de-France était légèrement supérieure à celle observée au niveau national.

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



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

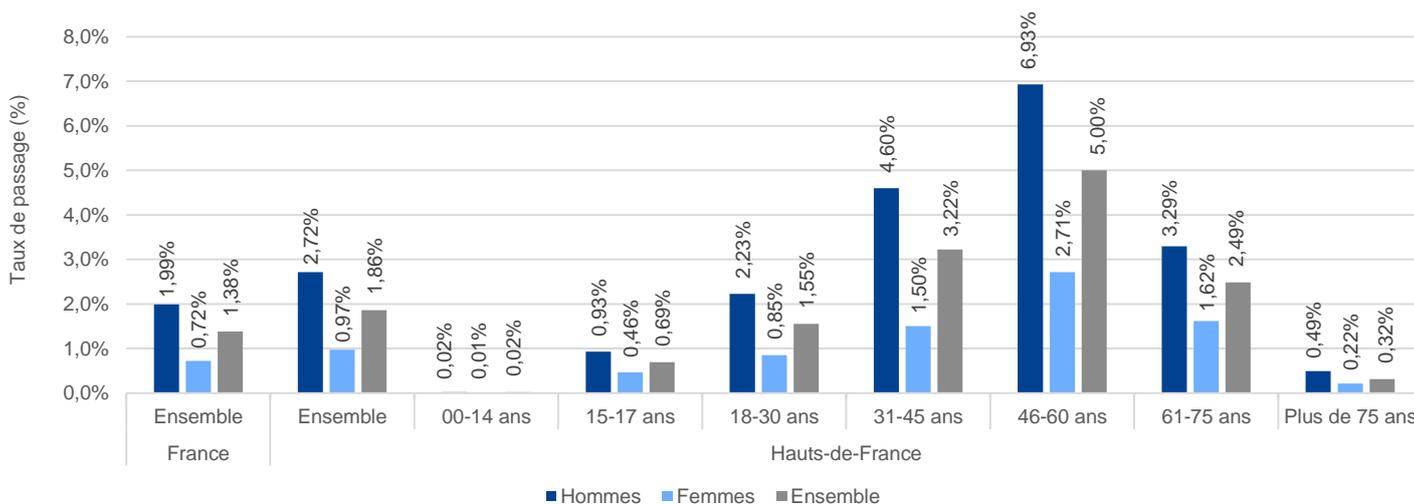
## Taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe

En 2017, en région Hauts-de-France comme au niveau national, le taux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus élevé chez les hommes (2,72 %) que chez les femmes (0,97 %) (figure 18).

Chez les hommes, le taux de passage était faible mais non nul avant l'âge de 15 ans (0,02 % de l'activité). Il augmentait progressivement avec l'âge pour atteindre son maximum (6,93 %) chez les 46-60 ans et diminuer ensuite jusqu'à atteindre 0,49 % chez les plus de 75 ans.

Chez les femmes, les tendances étaient similaires. Pour les moins de 14 ans, le taux de passage aux urgences pour pathologies en lien direct avec l'alcool était de 0,01 %. Il augmentait ensuite progressivement avec l'âge, pour atteindre 2,71 % chez les 46-60 ans. Le taux diminuait ensuite jusqu'à atteindre 0,22 % chez les plus de 75 ans.

Figure 18 : Taux bruts de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool selon l'âge et le sexe parmi les passages toutes causes dans la région Hauts-de-France en 2017.



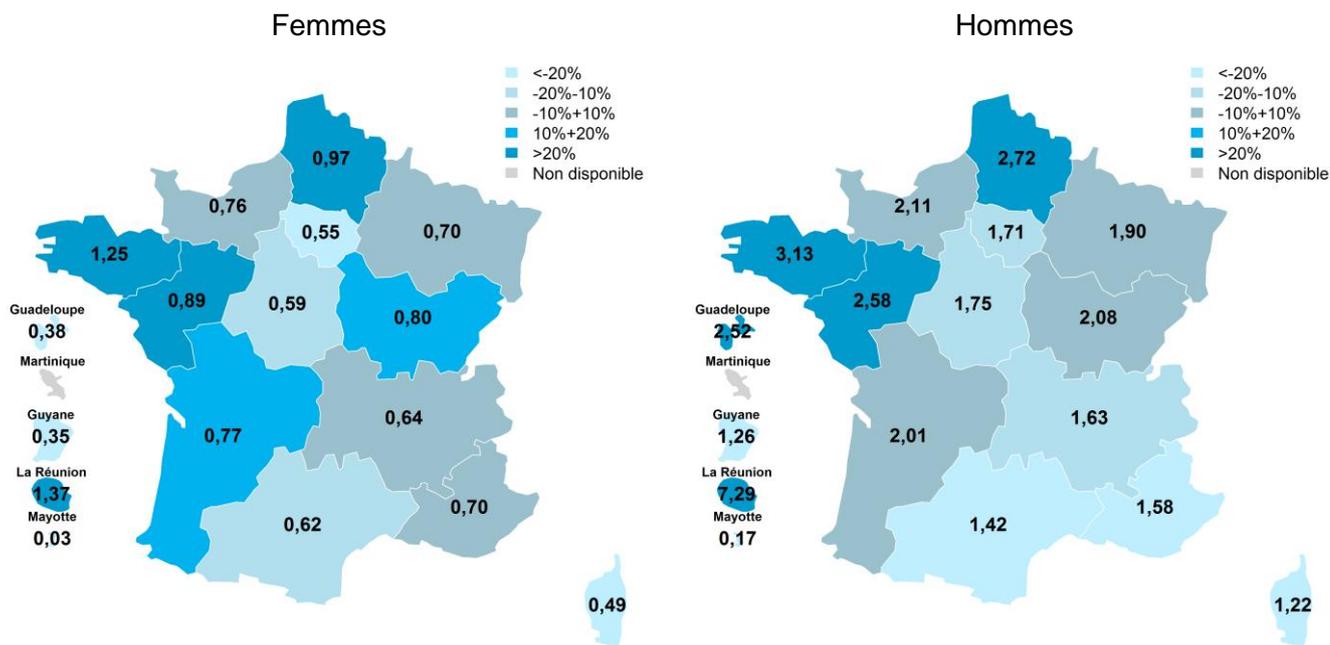
Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.  
 Source : Oscour® (Santé publique France).

## Comparaisons régionales et départementales

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

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

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

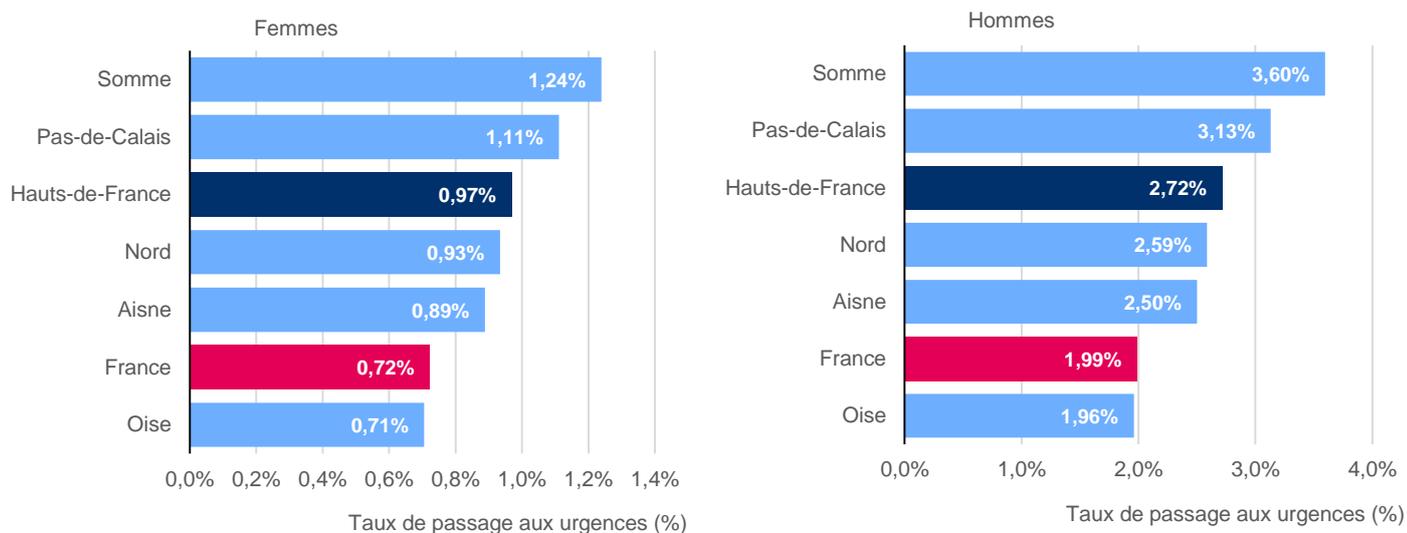


Champ : Structures d'urgence participant au réseau Oscour®, population tous âges.  
 Source : Oscour® (Santé publique France).

En 2017 dans la région **Hauts-de-France**, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool chez les femmes était plus de 20 % inférieur au taux régional dans le département de l'Oise (0,71 %) (figure 20). Ce taux était en revanche plus de 10 % supérieur au taux régional dans le département du Pas-de-Calais (1,11 %), et plus de 20 % supérieur au taux régional dans le département de la Somme (1,24 %).

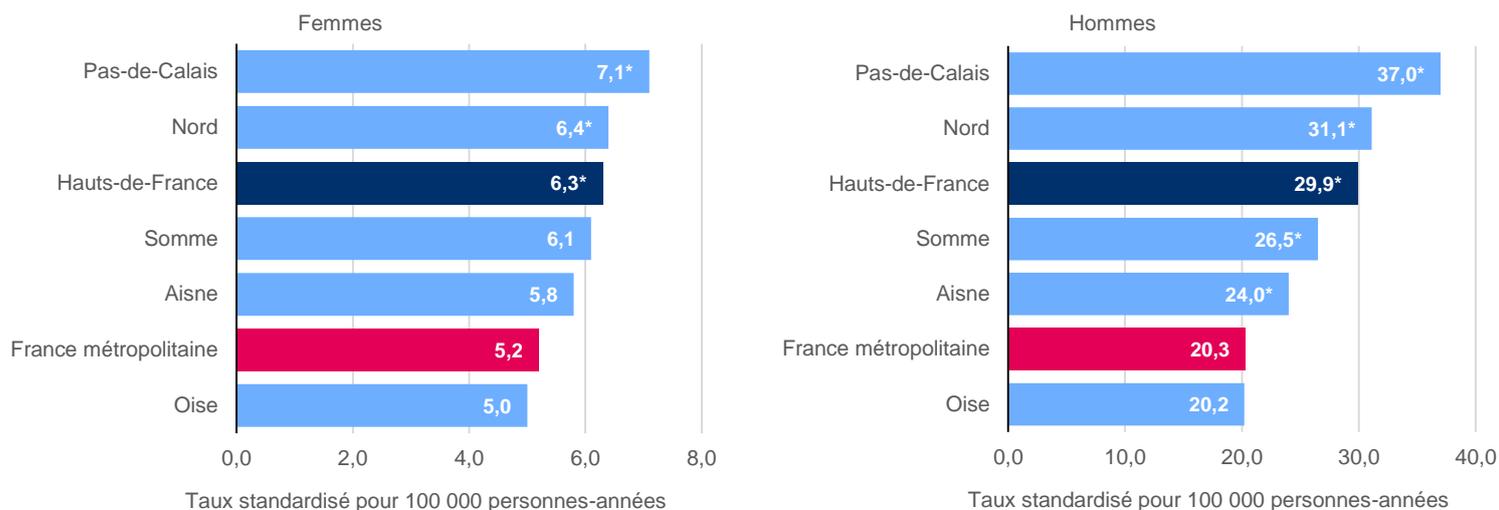
Les mêmes tendances sont observées chez les hommes (figure 20). En effet, le taux départemental de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était plus de 20 % inférieur au taux régional dans le département de l'Oise (1,96 %). Ce taux était plus de 10 % supérieur au taux régional dans le Pas-de-Calais (3,13 %), et plus de 20 % supérieur au taux régional dans le département de la Somme (3,60 %).

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



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



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

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

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

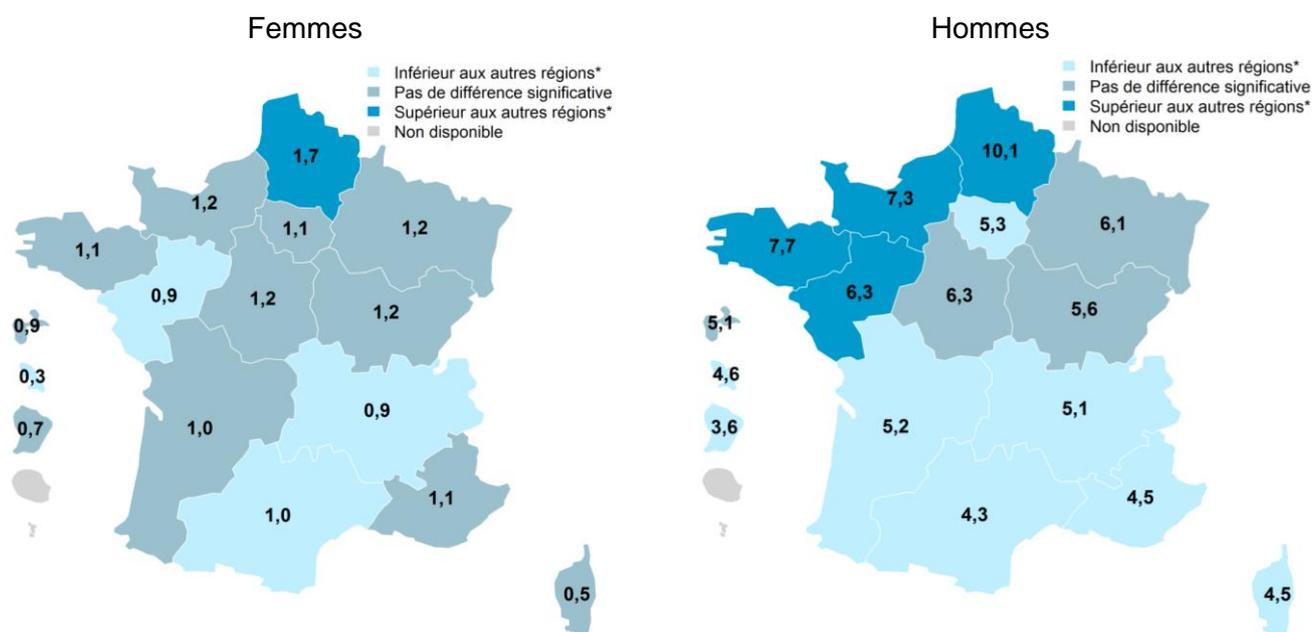
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

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

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

Chez les femmes (figure 23), les régions Martinique (0,3 pour 100 000 personnes-années), Auvergne-Rhône-Alpes (0,9), Pays de la Loire (0,9) et Occitanie (1,0) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine. **Seule la région Hauts-de-France (1,7 [1,60-1,88]) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine.**

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

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

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

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

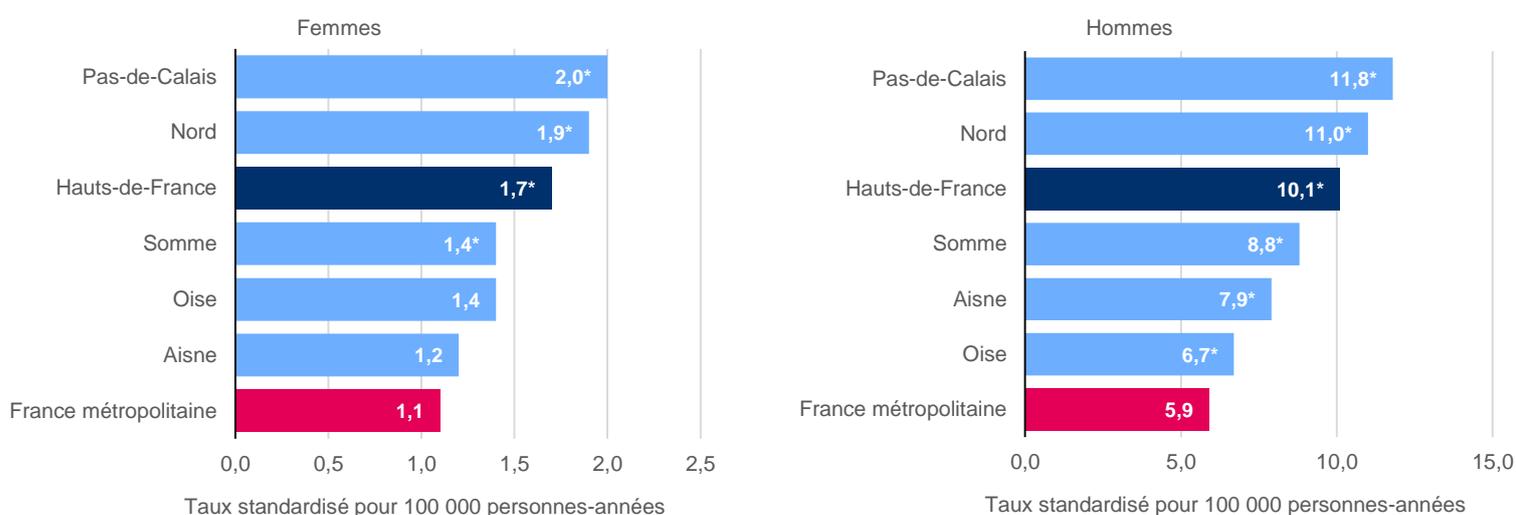
Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Chez les hommes (figure 23), huit régions se distinguaient par des taux standardisés de mortalité significativement plus bas : la Guyane (3,6 pour 100 000 personnes-années), l'Occitanie (4,3), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,5), la Corse (4,5), la Martinique (4,6), Auvergne-Rhône-Alpes (5,1), la Nouvelle-Aquitaine (5,2) et l'Île-de-France (5,3). À l'inverse, les régions Pays de la Loire (6,3), Normandie (7,3), Bretagne (7,7) et **Hauts-de-France (10,1 [9,73-10,41])** présentaient des taux standardisés de mortalité significativement plus élevés.

Au sein de la région **Hauts-de-France** (figure 24), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes, variaient de 1,2 [0,8-1,7] dans l'Aisne à 2,0 [1,7-2,3] dans le Pas-de-Calais. En plus du Pas-de-Calais, les départements du Nord (1,9 [1,7-2,1]) et de la Somme (1,4 [1,1-2,0]) présentaient des taux significativement supérieurs à la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité étaient tous significativement supérieurs à la moyenne de France métropolitaine. Ils étaient de 6,7 [6,0-7,5] dans l'Oise, 7,9 [7,0-9,0] dans l'Aisne, 8,8 [7,8-9,9] dans la Somme, 11,0 [10,5-11,6] dans le Nord et de 11,8 [11,0-12,5].

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



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

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

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

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

## Le cancer de l'œsophage

### • Incidence du cancer de l'œsophage

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

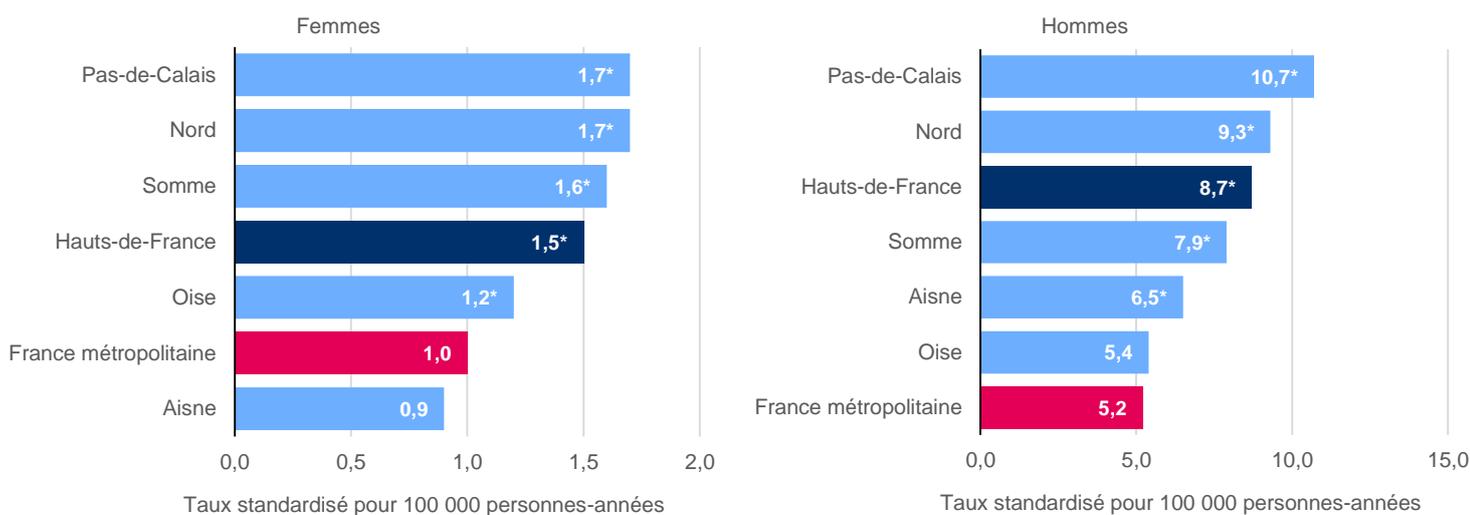
Chez les femmes (figure 25), six régions présentaient des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,6 pour 100 000 personnes-années), la Guadeloupe (0,9), Auvergne-Rhône-Alpes (1,3), l'Occitanie (1,3), la Bourgogne-Franche-Comté (1,3) et la Nouvelle-Aquitaine (1,4). Les régions Bretagne (1,7) et **Hauts-de-France (2,3 [2,06-2,53])** se distinguaient par des taux d'incidence standardisés significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine.

Chez les hommes (figure 25), huit régions se distinguaient par des taux standardisés d'incidence significativement plus bas que la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (3,8 pour 100 000 personnes-années), la Guyane (4,5), Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,9), l'Occitanie (5,9), l'Île-de-France (6,1), la Guadeloupe (6,1), Auvergne-Rhône-Alpes (6,3) et la Nouvelle-Aquitaine (6,6). Les quatre régions du Nord-Ouest présentaient des taux significativement plus élevés que la moyenne de France métropolitaine : la Normandie (8,5), les Pays de la Loire (8,5), la Bretagne (9,6) et les **Hauts-de-France (11,5 [10,63-12,49])**.





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



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

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

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

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

## Le cancer du larynx

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

### • Mortalité par cancer du larynx

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

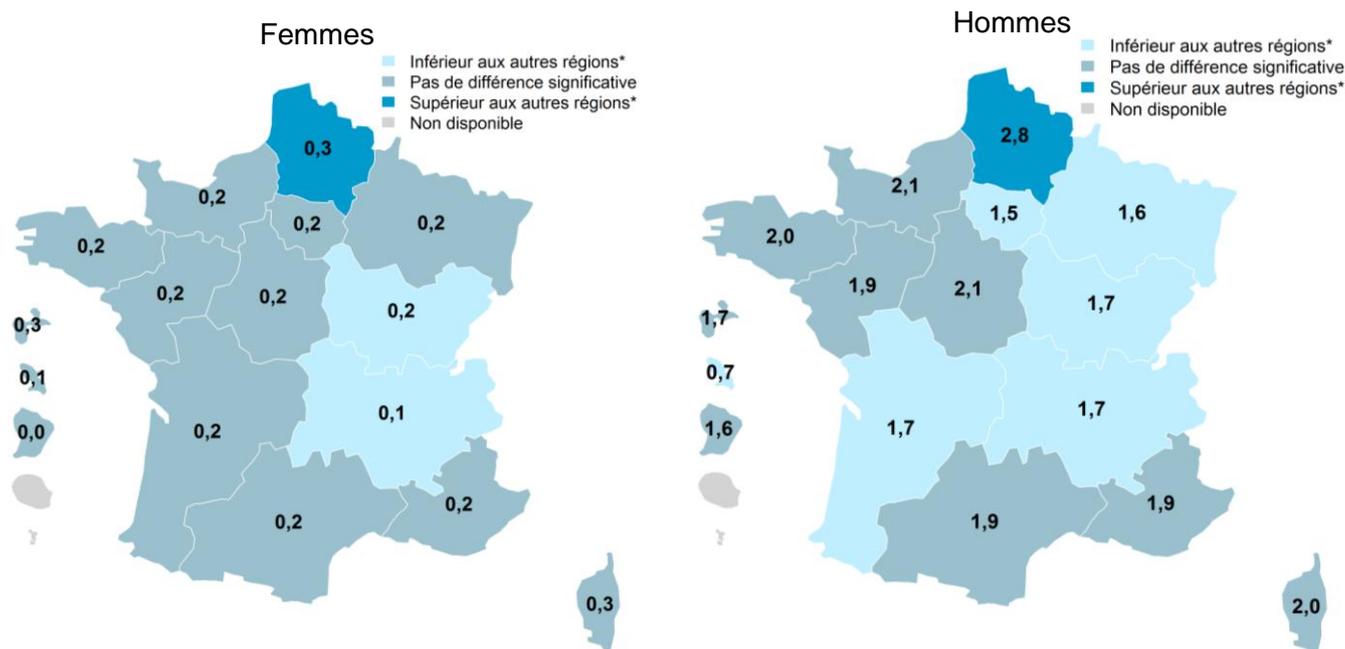
Chez les femmes (figure 29), les régions Auvergne-Rhône-Alpes (0,1 pour 100 000 personnes-années) et Bourgogne-Franche-Comté (0,2) présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine, tandis que **ce taux était significativement supérieur dans les Hauts-de-France (0,3 [0,22-0,34])**.

Chez les hommes (figure 29), six régions présentaient des taux standardisés de mortalité significativement inférieurs à la moyenne de France métropolitaine : la Martinique (0,7 pour 100 000 personnes-années), l'Île-de-France (1,5), le **Grand Est (1,6)**, l'Auvergne-Rhône-Alpes (1,7), la Nouvelle-Aquitaine (1,7) et la Bourgogne-Franche-Comté (1,7). **Seule la région Hauts-de-France (2,8 [2,58-2,94]) se distinguait par un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne de France métropolitaine.**

Au sein de la région **Hauts-de-France** (figure 30), les taux départementaux standardisés de mortalité chez les femmes variaient selon les départements de 0,2 [0,1-0,5] dans l'Oise à 0,3 pour 100 000 personnes-années dans les autres départements. Aucun département ne présentait un taux significativement différent de la moyenne de France métropolitaine.

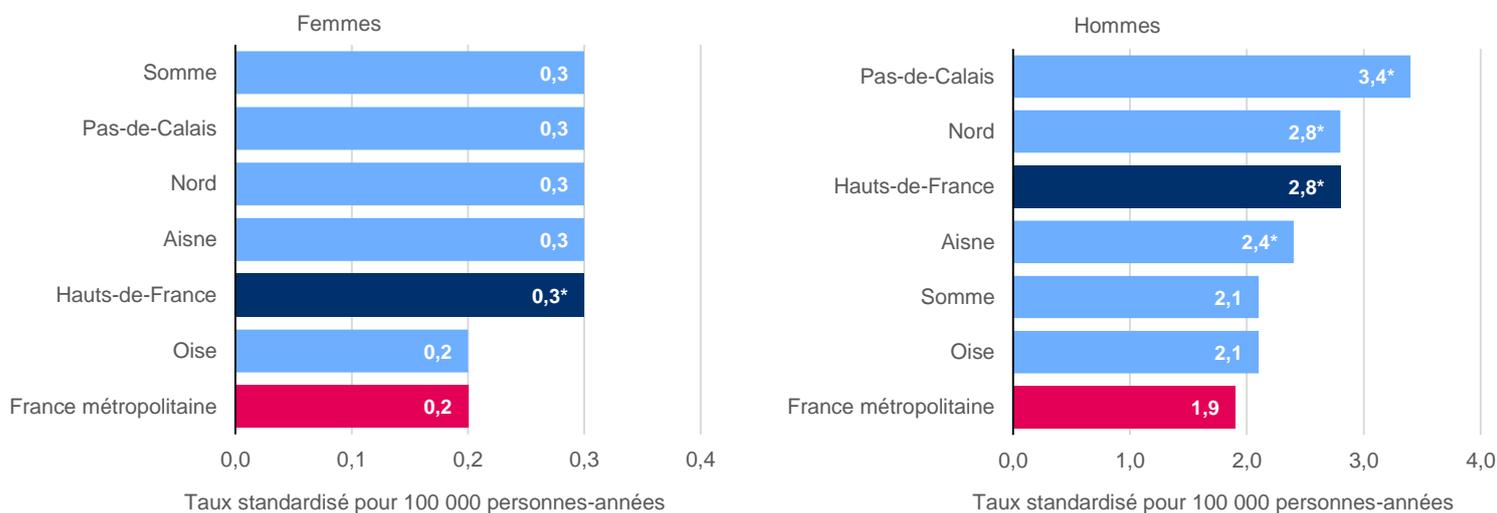
Chez les hommes, les taux départementaux standardisés de mortalité variaient de 2,1 [1,7-2,6] et (2,1 [1,6-2,7]) dans l'Oise et la Somme à 3,4 [3,0-3,8] pour 100 000 personnes-années dans le Pas-de-Calais. Les départements de l'Aisne (2,4 [1,9-3,1]), du Nord (2,8 [2,6-3,1]) et du Pas-de-Calais présentaient des taux standardisés de mortalité significativement supérieurs à la moyenne de France métropolitaine.

Figure 29 : Taux régionaux standardisés<sup>a</sup> de mortalité par cancer du larynx selon le sexe en 2007-2014



<sup>a</sup> Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.  
 \* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.  
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).  
 Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Figure 30 : Taux départementaux standardisés<sup>a</sup> de mortalité par cancer du larynx selon le sexe en 2007-2014 dans la région Hauts-de-France



<sup>a</sup> Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.  
 \* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé et celui de la France métropolitaine au seuil de 5 %.  
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).  
 Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

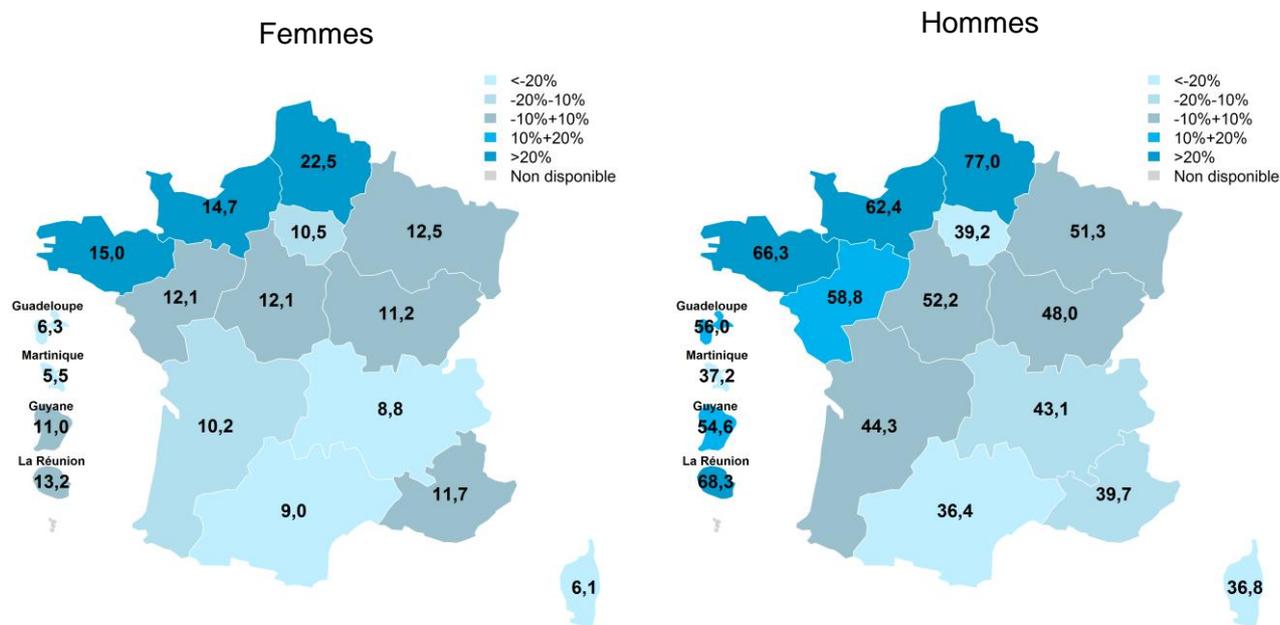
## Les effets sanitaires cumulés : la mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool

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

Chez les femmes (figure 31), ce taux standardisé de mortalité était de 12,0 pour 100 000 habitants en France entière. Les régions **Hauts-de-France (22,5 pour 100 000 habitants)**, Bretagne et Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur au taux national, tandis qu'en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Guadeloupe, en Corse et en Martinique, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions.

Chez les hommes (figure 31), ce taux standardisé de mortalité était de 49,2 pour 100 000 habitants en France entière. Les **Hauts-de-France (77,0 pour 100 000 habitants)**, La Réunion, la Bretagne et la Normandie présentaient un taux plus de 20 % supérieur à celui des autres régions, tandis qu'en Île-de-France, en Martinique, en Corse et en Occitanie, ce taux était plus de 20 % inférieur à celui des autres régions,

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

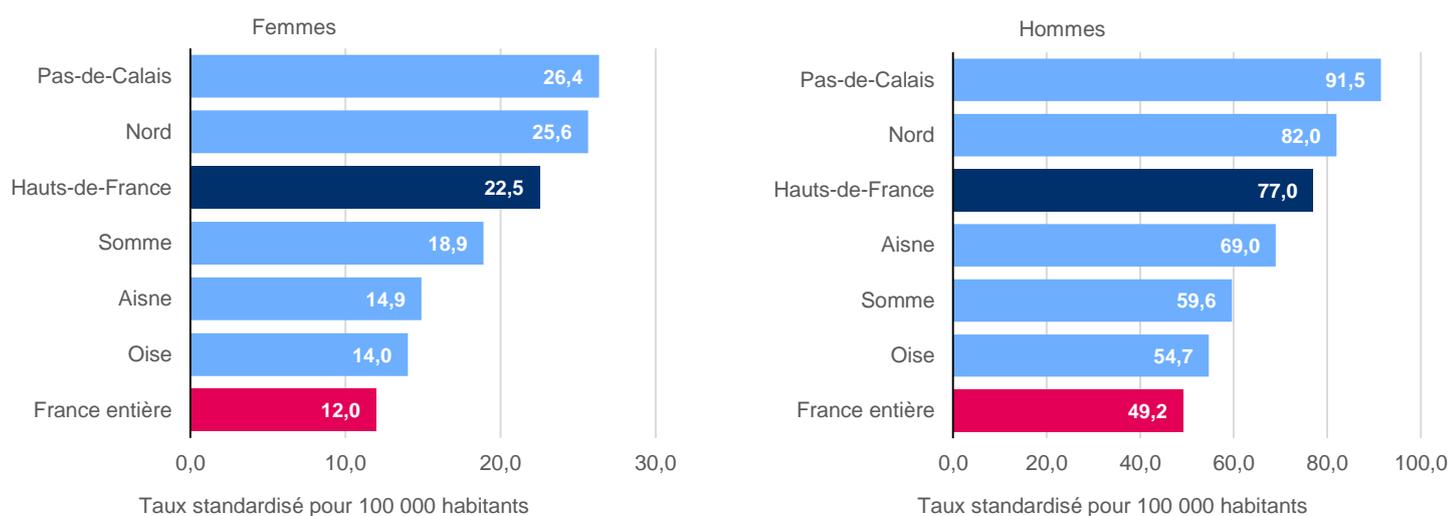


<sup>a</sup> Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013).  
Champ : France entière (hors Mayotte).  
Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

En région **Hauts-de-France**, chez les femmes (figure 32), les taux standardisés de mortalité pour les principales pathologies directement liées à l'alcool variaient de 14 pour 100 000 habitants dans l'Oise à 26,4 pour 100 000 habitants dans le Pas-de-Calais. Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région. Dans la Somme, ce taux était plus de 10 % inférieur à celui de la région, et dans les départements de l'Aisne et de l'Oise, il était plus de 20 % inférieur à celui de la région.

Chez les hommes (figure 32), les taux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool variaient de 54,7 pour 100 000 habitants dans l'Oise à 91,5 dans le Pas-de-Calais. Dans le département du Pas-de-Calais, le taux standardisé de mortalité était plus de 10 % supérieur à celui de la région. Dans l'Aisne, ce taux était plus de 10 % inférieur à celui de la région, et dans les départements de l'Oise et de la Somme il était plus de 20 % inférieur à celui de la région.

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



<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.

# PRÉVENTION, ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE



G. Cholet, Dr A. Joly et S. Maurice

## Introduction

L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus répandue en France. Elle jouit d'une bonne réputation : entre tradition et convivialité. Pour autant, ses effets sur la santé sont souvent mal connus ou sous-estimés. Le professeur Mickaël Naassila, rappelle dans le BEH du 29 mars 2019<sup>1</sup>, que l'alcool représente un risque pour la santé même à faible dose.

Dans les Hauts-de-France, les dommages socio-sanitaires liés à l'alcool demeurent bien supérieurs à la moyenne nationale. Ce constat nous rappelle la nécessité de poursuivre nos efforts pour promouvoir des comportements favorables à la santé, accompagner et soigner les personnes sujettes à des problématiques liées à la consommation d'alcool.

L'amélioration de l'accès à la prévention et à la prise en charge des conduites addictives et des conduites à risques est une priorité de notre Schéma Régional de Santé 2018-2023 (SRS). L'ARS Hauts-de-France porte l'ambition de constituer et de renforcer sur chaque territoire, un parcours cohérent, de la prévention et de la réduction des risques, à la prise en charge et aux soins, adapté à la diversité des usages.

## Prévention et réduction des risques et des dommages

Prévenir les conduites addictives et promouvoir les comportements favorables à la santé nécessitent d'agir de manière individualisée au travers des nouveaux repères de consommation à moindre risque, en donnant à chaque consommateur les outils de connaissance nécessaire pour lui permettre d'effectuer un arbitrage entre les risques encourus par sa consommation d'alcool et la satisfaction recherchée ; et de manière sélective, en tenant compte des problématiques spécifiques liées aux groupes sociaux les plus vulnérables aux regards de ces consommations. Enfin, tout particulièrement à l'égard de l'alcool dont les usages sont très répandus, il est nécessaire de développer une culture de réduction des risques et des dommages.

### • Agir de manière sélective auprès de publics prioritaires

Les motivations et les problématiques liées à la consommation d'alcool sont très diverses : il est nécessaire de prendre en considération ces spécificités pour adapter nos politiques de santé publique aux besoins des personnes concernées.

Le SRS 2018-2023 définit ainsi cinq publics prioritaires auprès desquels il convient de porter une attention toute particulière dans nos actions de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives. Il s'agit des jeunes ; des personnes en situation de précarité ; des personnes en situation de handicap ; des personnes sous-main de justice ; et des femmes.

A titre d'illustration, la campagne « 9 mois de bons moments »<sup>2</sup> réalisée par l'ANPAA Hauts-de-France, se propose ainsi d'accompagner les femmes enceintes et leur entourage dans les difficultés qu'elles pourraient rencontrer vis-à-vis de leurs consommations d'alcool.

A destination des collégiens, l'ARS finance pour les trois prochaines années, le déploiement d'un programme « UNPLUGGED » porté par la Fédération Addiction en collaboration avec l'Education Nationale, de prévention des risques liés à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis et à l'usage des écrans.

Enfin, le label « Quality Night »<sup>3</sup> porté dans la région par les associations SPIRITEK et LE MAIL vise à renforcer les compétences des professionnels et bénévoles du milieu festif en matière de réduction de risques liés à la consommation de produits psychoactifs.

### • Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool

Le développement d'une culture de réduction des risques et des dommages est l'un des cinq objectifs portés en matière d'addiction par le SRS.

En effet, l'alcool agit comme facteur de risque comportemental dans l'acquisition du VIH, du VHC et des Hépatites. En effet, l'alcoolisation favorise les prises de risques en matière sexuelle mais également en cas de consommation de drogues associées par injection ou par inhalation. Le risque d'infection est en outre augmenté par le rôle immunosuppresseur de l'alcool.

En dehors des campagnes de prévention et de promotion des comportements favorables à la santé, l'enjeu est ici de créer les conditions d'un dépistage des infections des VHC et VIH par les Tests Rapides à Orientation Diagnostique et d'un dépistage non invasif des fibroses hépatiques par le dispositif "fibroscan®", le plus tôt possible dans le développement de ces maladies, afin de proposer une prise en charge adaptée, d'en limiter les effets sur la santé et de contenir la contamination.

L'ARS investit également dans la recherche avec le lancement d'une étude régionale visant à parfaire la connaissance des parcours de vie des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff. Le diagnostic réalisé par le cabinet d'étude CEMKA devrait permettre d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes concernées.

<sup>1</sup> Naassila M. Éditorial. Alcool : un impact sur la santé, même à faibles doses. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10- 11): 176-7. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019\\_10-11\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_0.html)

<sup>2</sup> <http://9moisdebonsmoments.fr/>

<sup>3</sup> <https://www.spiritek-asso.com/nos-actions/actions-dans-espace-festif/le-label-quality-nights/>

## Améliorer l'accès et le recours aux dispositifs d'accompagnement des conduites addictives

Notre région compte parmi les taux de mortalité en lien direct avec l'alcool les plus élevés de France. Ce constat nous alerte sur la nécessité de poursuivre nos efforts pour améliorer l'accès et le recours aux dispositifs de soins et d'accompagnement des personnes concernées.

### • **Vers un accompagnement de proximité**

La priorité du SRS 2018-2023 est à l'évolution de l'offre médico-sociale de prise en charge des conduites addictives et des conduites à risques vers le déploiement de dispositifs « hors les murs ». Il s'agit de porter l'action et l'expertise des CSAPA et des CAARUD au plus près des populations concernées. L'objectif est de permettre un accompagnement le plus tôt possible des problématiques liées à la consommation de produits psychoactifs afin de limiter leurs conséquences sur la santé.

Par ailleurs, pour renforcer la place du médecin généraliste au centre de la prise en charge en addictologie, l'ARS soutient depuis 2012, l'intervention au sein de cabinets médicaux ou de maisons de santé pluriprofessionnelles, de professionnels spécialisés en addictologie, psychologue et / ou assistant social, en complément de la prise en charge assurée par le médecin généraliste des patients sujets à des problématiques liées à la consommation de produits psychoactifs. Ce dispositif va évoluer vers une expérimentation innovation en santé.

Enfin, en complémentarité, l'équipe mobile d'accompagnement VISAVIES intervient sur le territoire de la métropole Lilloise, au domicile des personnes très isolées, confrontées à des problématiques de consommation de produit, et qui ne trouvent pas les ressources d'engager une démarche de prise en charge. Elle permet ainsi de faciliter l'accès aux droits et à la santé, par un travail d'orientation et d'accompagnement vers les dispositifs de soins adaptés.

### • **Améliorer la coordination et la complémentarité : consultation maternité**

Le séjour en maternité et l'accompagnement proposé tout au long de la grossesse représente une opportunité de soin pour les femmes enceintes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives. L'alcool fait notamment l'objet d'une vigilance particulière en raison des risques aggravés pour la santé de l'enfant à naître dans le contexte de périnatalité.

Les femmes enceintes se trouvent souvent confrontées à des discours culpabilisant et stigmatisant à l'égard de leurs consommations de produits psychoactifs. Elles se trouvent de ce fait en difficulté pour parler des problématiques qu'elles rencontrent, les éloignant des ressources existantes pour leur accompagnement.

Cinq maternités ont été retenues pour expérimenter une consultation dédiée en addictologie pour les femmes enceintes et leur conjoint en vue d'une prise en charge immédiate, jusqu'à un an de l'enfant. Cette consultation est basée sur l'intervention brève et l'entretien motivationnel. Il s'agit des maternités de Lens, Saint Quentin, Denain, Valenciennes, et du Sambre-Avesnois.

### • **Le projet de parcours de prise en charge des jeunes admis aux urgences suite à une intoxication éthylique aigue**

Le phénomène du Binge drinking : une pratique notamment observée chez les jeunes, consistant à atteindre l'ivresse le plus rapidement possible. Les seuils sont de 4 à 5 verres d'alcool ou plus, en moins de deux heures. Mais les consommations sont en général beaucoup plus importantes.

Lorsqu'elle est répétée, cette pratique a des conséquences néfastes sur la santé : diminution des capacités d'apprentissage et de mémorisation à long terme, impulsivité accrue, impact sur l'apprentissage des émotions, l'anxiété et l'humeur, hypertension, dommages hépatiques, et augmentation des risques de dépendance par la suite.

Afin de proposer un accompagnement efficace des jeunes sujets à des comportements à risque, il est nécessaire d'inscrire chaque étape de la prise en charge, du repérage, jusqu'au suivi post soins lorsqu'ils sont nécessaires, dans un parcours cohérent, s'appuyant sur un réseau pluri-professionnel.

L'objectif est d'offrir un accompagnement suffisamment long pour leur permettre de trouver les ressources nécessaires pour conscientiser les difficultés auxquelles elles se trouvent confrontées et les dépasser. Il s'agit de se donner les moyens d'adopter de nouveaux comportements favorables à la santé, et de prévenir la survenue de nouveaux risques.

L'ARS Hauts-de-France s'est engagée cette année dans plusieurs expérimentations de la définition d'un parcours de prise en charge de l'intoxication éthylique aigue des jeunes admis aux urgences. Elles seront menées par le Centre Hospitalier de Fourmies, le Groupement Hospitalier de Territoire Artois, le Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne Noyon, le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, le Centre Hospitalier du Cateau-Cambresis et le Centre Hospitalier de Cambrai, le Centre Hospitalier Universitaire de Lille, le CSAPA du Centre Hospitalier d'Arras.

Ces projets ont l'ambition d'identifier les actions à mener en amont de l'arrivée aux urgences, d'établir un protocole de soin et d'accompagnement à la sortie, afin de prévenir un nouvel état d'alcoolisation aigüe.

## Conclusion

La diversité de ses usages et des problématiques liées à l'alcool appelle une réponse collective. Nous travaillons à ce que tous les professionnels susceptibles d'être en relation avec des personnes présentant des comportements à risque ou addictif puissent disposer des outils nécessaires à leur repérage, à leur orientation et à leur accompagnement. Le développement de l'intervention précoce, qui est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès au soin, ou l'organisation de journées d'échange et de pratiques thématiques, œuvrent à renforcer les liens entre les acteurs mobilisés sur les territoires, valorisent leur expertise, et contribuent à l'acquisition d'une culture commune en addictologie.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

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

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

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

## SOURCE DES DONNÉES

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

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

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

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

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

## 2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

En région Hauts-de-France, le réseau Oscour® repose actuellement sur l'exhaustivité des 51 structures d'urgences.

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants était proche de l'exhaustivité en 2017, la complétude du codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'est améliorée mais demeurait hétérogène entre les départements (tableau 4). Au total, on estimait à 71 % la complétude diagnostique sur l'ensemble de la région Hauts-de-France.

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 Hauts-de-France, 2017

Département	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Aisne	5/7 (71 %)	78,9 %
Nord	19/20 (95 %)	90,3 %
Oise	6/7 (86 %)	36,9 %
Pas-de-Calais	11/11 (100 %)	43,4 %
Somme	6/6 (100%)	76,2 %
<b>Hauts-de-France</b>	<b>47/51 (92 %)</b>	<b>71,0 %</b>

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

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

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

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

#### 5) Certificats de décès

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

## DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

### 1) Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

### 2) Enquête ESCAPAD 2017

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

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

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

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

### 3) Réseau Oscour®

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5) Certificats de décès

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

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

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

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

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

## EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

	Baromètre 2017	ESCAPAD 2017
Ile-de-France	4 404	6 662
Grand-Est	2 159	3 046
Hauts-de-France	2 152	4 028
Normandie	1 363	2 268
Centre Val de Loire	988	1 867
Bourgogne-Franche-Comté	1 133	1 844
Bretagne	1 428	2 241
Pays de la Loire	1 597	2 410
Nouvelle Aquitaine	2 484	3 330
Auvergne-Rhône-Alpes	3 329	4 739
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](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html)]
- Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):97-108. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_2.html](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)]
- L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.
- Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V, Regnault N. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France : 2018. 16 p. [<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>].
- Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_4.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html)]
- Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):109-15. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019\\_5-6\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_3.html)]
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017>].

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

## COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP ALCOOL HAUTS-DE-FRANCE

### Santé publique France

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

Avec la contribution de :

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

### Autres auteurs [article 5 sur les actions de prévention de l'ARS Hauts-de-France]

Guillaume Cholet, Dr Audrey Joly et Stéphanie Maurice

### Sous la coordination de

Dominique Jeannel, Viet Nguyen-Thanh, Jean-Baptiste Richard, Michel Vernay

## REMERCIEMENTS

Le comité de rédaction remercie :

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

**Contact :** Santé publique France Hauts-de-France, [hautsdefrance@santepubliquefrance.fr](mailto:hautsdefrance@santepubliquefrance.fr)