

## CONTEXTE NATIONAL

La consommation excessive et/ou prolongée d'alcool est dangereuse pour la santé. Elle provoque ou favorise nombre de pathologies comme les affections digestives, les troubles mentaux, les pathologies cardio-vasculaires et certains cancers. De plus, elle accroît de façon importante le risque de mort violente (accident, chute, suicide, homicide, etc.).

En 2000, plus de 8 400 décès par cirrhose du foie et près de 2 900 décès par psychose alcoolique ont été enregistrés en métropole, ces pathologies étant liées principalement à une consommation excessive d'alcool. Il faut noter également les 10 600 décès par cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), même si ces derniers sont aussi une conséquence de la consommation de tabac. Ces trois causes de mortalité concernent quatre fois plus les hommes que les femmes. La diminution globale de la consommation d'alcool depuis une trentaine d'années ne doit pas masquer l'apparition de nouveaux modes de consommation. On assiste aujourd'hui à une baisse réelle de la consommation quotidienne au profit d'une consommation occasionnelle excessive (l'ivresse des week-ends), plus particulièrement marquée chez les jeunes.

En dehors des conséquences en termes de morbidité et mortalité, une consommation d'alcool durant une grossesse entraîne des conséquences graves (poids du bébé faible à la naissance, accouchement prématuré). Les femmes enceintes consommant régulièrement de l'alcool prennent le risque de perturber le développement psychomoteur de leur enfant. Les manifestations les plus graves de l'exposition prénatale à l'alcool portent le nom de syndrome d'alcoolisation fœtale. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 pour 1 000 naissances selon l'Inserm.

D'un point de vue quantitatif, selon l'OMS, la notion de risque intervient au-delà des seuils suivants : jamais plus de 4 verres (1 verre «standard» correspondant à 10 grammes d'alcool pur) par occasion pour l'usage ponctuel et/ou pas plus de 21 verres par semaine pour les hommes et 14 pour les femmes pour l'usage régulier. Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de risque, chacun réagissant différemment à l'alcool. Par ailleurs, l'OMS préconise au moins un jour d'abstinence par semaine.

Divers types de structures spécialisées tentent d'apporter des réponses adaptées et complémentaires à la prise en charge des personnes en situation d'alcoolisation excessive : les unités hospitalières d'alcoologie, les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les centres de cure et de post-cure, les foyers d'hébergement et de réinsertion sociale... La loi du 10 janvier 1991 (Loi Évin) a renforcé le dispositif juridique préexistant en matière de mesures contre l'alcoolisme : limitation de la publicité, interdiction de vente dans les enceintes sportives, amélioration de l'information du consommateur (mention «l'abus d'alcool est dangereux pour la santé»), interdiction de vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans. En matière de sécurité routière, il faut souligner l'abaissement du seuil d'alcoolémie au volant considéré, depuis septembre 1995, comme une infraction à 0,5g/l et un délit dès 0,8 g/l. Actuellement, les campagnes de prévention du gouvernement visent à sensibiliser sur les dangers de la consommation régulière excessive d'alcool, à informer des dangers de l'alcool pendant la grossesse et à lutter contre l'alcoolisme au volant. Enfin, la loi du 9 août 2004 prévoit qu'un rapport sur l'organisation des États généraux de la lutte contre l'alcoolisme soit remis au Parlement en 2005.

## SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

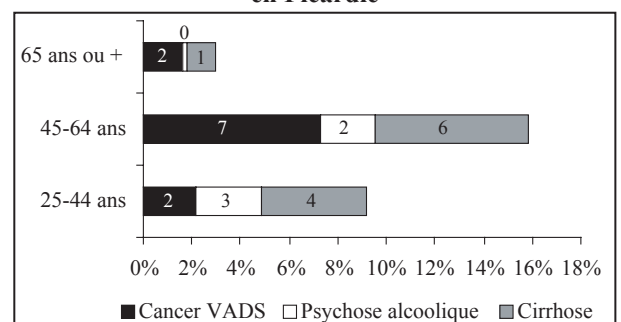
- Une mortalité par pathologies associées à une consommation excessive d'alcool significativement supérieure en Picardie par rapport à la France (sauf pour la mortalité par cancer des VADS chez les femmes).
- 4 décès masculins pour 1 décès féminin.
- Des séjours en établissements de santé pour pathologies liées à l'alcool particulièrement nombreux.
- Diminution de la densité de débits de boissons de licence IV.
- Un nombre de consultants en centres de cure ambulatoire en alcoologie élevé dans la région.

### ● 16 % des décès chez les 45-64 ans

Chez les 25-45 ans, les trois causes de mortalité liées majoritairement à l'alcool représentent 9,1 % de l'ensemble des décès sur la période 1998-2000. Cette proportion est encore plus élevée chez les 45-64 ans (15,9 %).

Les psychoses alcooliques et alcoolismes ont été responsables de 2,2 % des décès chez les 25-44 ans et de 2,7 % chez les 45-64 ans et les cirrhoses à l'origine de respectivement 4,3 % et 6,3 % des décès pour les deux groupes d'âge. Le cancer des VADS est fortement représenté chez les 45-64 ans par rapport aux plus jeunes (7,3 % contre 2,2 % de l'ensemble des décès). Les trois causes imputées à l'alcool sont nettement moins représentées dans la mortalité au-delà de 65 ans (seulement 2,9 % des décès).

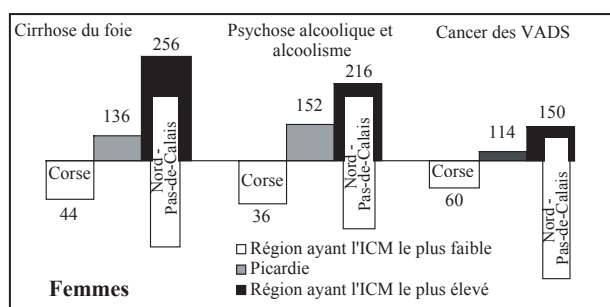
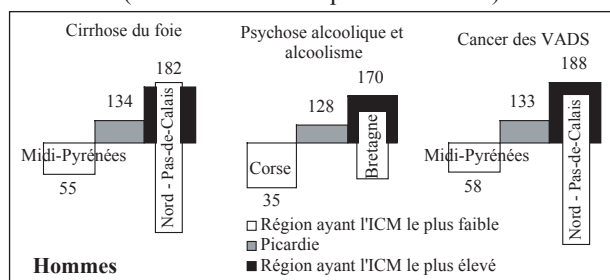
Part de certaines causes dans la mortalité toutes causes en fonction du groupe d'âge (1998-2000) en Picardie



Source : INSERM CépiDc

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## Indice comparatif de mortalité en 1998-2000 (ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

## ● Une situation en termes de mortalité liée à l'alcool particulièrement défavorable

En termes de mortalité liée à l'alcool, la Picardie présente des indices particulièrement défavorables. Ainsi, elle occupe la 6<sup>e</sup> place chez les hommes et la 2<sup>e</sup> place chez les femmes en termes de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, la surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale étant significative pour les deux sexes.

Concernant le cancer des VADS, la Picardie se place au 4<sup>e</sup> rang pour les hommes et au 5<sup>e</sup> rang pour les femmes parmi les régions métropolitaines à forte mortalité. La différence de mortalité est significative uniquement pour les hommes.

La région se place au 3<sup>e</sup> rang pour chacun des deux sexes dans le classement des ICM par cirrhoses du foie, avec une surmortalité également significative.

Le nombre de décès attribués à ces pathologies s'élève à 885 en moyenne annuelle sur la période 1998-2000. 80 % de ces décès sont survenus chez des hommes. C'est pour le cancer des VADS que le sexe ratio est le plus important : 1 femme pour 9 hommes. À ces décès s'ajoutent les décès d'autres causes en relation plus ou moins directe avec l'alcool (accident, chute, homicide etc.).

## Nombre d'admissions en affection de longue durée en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
<b>Cancer des VADS</b>				
Moins de 45 ans	38	6,7%	7	8,8%
45-64 ans	341	60,6%	41	51,3%
65 ans ou plus	184	32,7%	32	40,0%
<b>Ensemble</b>	<b>563</b>	<b>100,0%</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses</b>				
Moins de 45 ans	93	25,6%	39	18,1%
45-64 ans	186	51,2%	123	57,2%
65 ans ou plus	84	23,1%	53	24,7%
<b>Ensemble</b>	<b>363</b>	<b>100,0%</b>	<b>215</b>	<b>100,0%</b>

Sources : CNAMTS, CCMMSA, CANAM

## ● Des admissions en ALD pour cancer des VADS surtout masculines

En 2002, 643 Picards ont été admis en affection de longue durée pour cancer des VADS. Les hommes sont particulièrement concernés (88 % des bénéficiaires).

Cette même année, 578 nouvelles admissions en ALD pour maladies chroniques actives du foie ou cirrhoses ont été prononcées dans la région. Les femmes représentent 37 % de ces admissions. Une admission sur quatre chez les hommes concernait une personne âgée de moins de 45 ans.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality rate (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi<sup>2</sup> au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

**ALD** En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

**Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct** est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul. Pour l'évolution entre 1981 et 1990 par exemple, le calcul a été effectué ainsi : (taux comparatif 1990-taux comparatif 1981)/taux comparatif 1981.

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

## ● Des séjours pour maladie alcoolique du foie particulièrement nombreux

En 2002, le recours à l'hospitalisation est significativement plus fréquent en Picardie que sur l'ensemble du territoire pour deux groupes de pathologies liées à la consommation d'alcool :

- l'alcoolisme chronique et les troubles mentaux liés à l'alcool ;
- les maladies alcooliques du foie.

Pour les tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intrahépatiques, seule la différence observée pour les séjours féminins est significative. Enfin, le cancer des VADS a constitué le motif principal d'admission de 2 185 séjours hospitaliers effectués par des Picards.

## ● Globalement, diminution de la mortalité

Globalement, les taux comparatifs de mortalité associée à une consommation excessive d'alcool diminuent depuis 1981.

Chez les hommes, sur les dix dernières années, l'évolution la plus remarquable s'observe pour la mortalité par cancer des VADS (-29 %). Concernant la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, la diminution des taux comparatifs est plus nette en Picardie qu'en France (-28 % contre -16 %).

Chez les femmes, la mortalité par cirrhose régresse mais la mortalité par cancer des VADS ne diminue pas franchement (le taux comparatif stagnant autour de 5 %), conséquence de la consommation croissante de tabac chez les femmes, qui intervient conjointement avec l'alcool pour cette pathologie. Enfin, la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme a progressé entre 1990 et 1999 alors qu'elle avait fortement diminué précédemment.

## ● Baisse du nombre de débits de boissons

Les établissements où l'on consomme sur place sont classés en fonction de la licence qui leur est délivrée. Les établissements retenus ici sont les établissements ayant une licence IV, c'est-à-dire ceux qui proposent l'ensemble des boissons alcoolisées.

Entre 1982 et 2002, le nombre de débits de boissons de licence IV pour 100 000 habitants a diminué de 33 % en Picardie (de 23 % en France).

## ● Plus de 8 100 consultants en CCAA

En 2002, 8 124 consultants sont passés dans un CCAA en Picardie. Avec 6,9 consultants pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans, la Picardie est la région métropolitaine la plus concernée. Ce taux est fortement supérieur à la moyenne métropolitaine (2,6).

En 2003, un établissement privé offre une capacité de 8 places en centre post-cure pour alcooliques dans la région.

## Nombre de séjours en établissements de santé et ICH par pathologies en Picardie en 2002

	Hommes	Femmes
<b>Alcoolisme chronique et trouble mental lié à l'alcool</b>		
ICH	121*	114*
Nombre de séjours	1 425	
<b>Intoxication aiguë due à l'alcool</b>		
ICH	100	107
Nombre de séjours	1 727	
<b>Maladie alcoolique du foie</b>		
ICH	129*	137*
Nombre de séjours	1 527	
<b>Tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intrahépatiques</b>		
ICH	104	128*
Nombre de séjours	501	

Sources : DHOS

\* indique un recours aux établissements de santé significativement plus fréquent en Picardie que sur l'ensemble du territoire

## Pourcentage d'évolution des taux comparatifs de mortalité pour différentes pathologies entre 1981-1990 et 1990-1999\*

	1981-1990		1990-1999	
	Picardie	France	Picardie	France
<b>Hommes</b>				
Cirrhose du foie	-24,7	-40,1	-16,5	-20,3
Psychose alcoolique et alcoolisme	-26,0	-24,3	-28,0	-16,1
Cancers des VADS	-8,7	-19,3	-28,9	-30,0
<b>Femmes</b>				
Cirrhose du foie	-34,1	-35,8	-13,6	-22,7
Psychose alcoolique et alcoolisme	-45,2	-25,0	17,4	-5,6
Cancers des VADS	1,9	-4,2	-7,4	-4,3

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\*Données lissées sur trois ans

## Les débits de boissons de licence IV

	1982	1992	2002	Évolution 1982-2002
Nombre en Picardie	5 530	4 508	4 162	-25%
pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	430	322	286	-33%
Nombre en France*	169 806	149 174	148 144	-13%
pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	409	332	314	-23%

Sources : Direction générale des impôts (1982 et 1992), Direction générale des douanes et droits indirects (2002), INSEE

\* France métropolitaine sans la Corse

## Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et leurs antennes en 2002

	Picardie
Nombre de consultants	8 124
pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans	6,9
France	2,6

Sources : DGS - Rapports d'activité des centres de cure ambulatoire en alcoologie 2002, INSEE

# L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

L'enquête alcool auprès de la clientèle des médecins généralistes a été réalisée en octobre 2000 dans toute la France auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux. Elle traite des comportements d'alcoolisation excessive parmi les personnes ayant recours au système de soins en médecine libérale. Pendant deux jours d'activité des médecins, ceux-ci ont rempli un questionnaire pour tous les patients âgés de 16 ans ou plus. En Picardie, le recueil a rassemblé des informations sur quelque 2 600 patients.

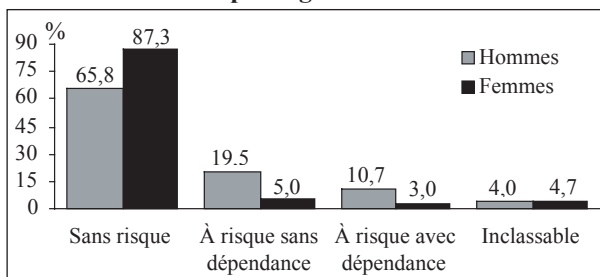
## ● La dépendance concerne 10,7 % des hommes et 3,0 % des femmes

Trois profils de patients ont été définis : patients sans risque, patients à risque sans dépendance et patients avec risque de dépendance. Parmi ceux-ci, le profil le plus fréquent est celui des « sans risque », et ceci d'autant plus chez les femmes.

19,5 % des hommes et 5,0 % des femmes ont une consommation à risque mais sans dépendance. Le profil « à risque avec dépendance » concerne 10,7 % des hommes et 3,0 % des femmes. Chez les hommes, la classe d'âge où l'on recense le plus de patients ayant un profil à risque avec dépendance est celle des 55-64 ans (18,5 % des patients de ce groupe d'âge correspondent à ce profil). Chez les femmes, il s'agit du groupe d'âge des 35-44 ans (6,6 % des patientes de ce groupe d'âge).

Près d'un quart des patients interrogés déclare ne jamais consommer d'alcool. Le non-usage est plus fréquent chez les femmes (30,8 %) que chez les hommes (14,7 %).

Répartition des patients par sexe selon la variable «profil général»

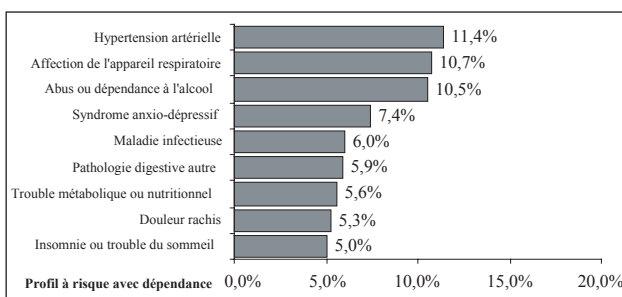
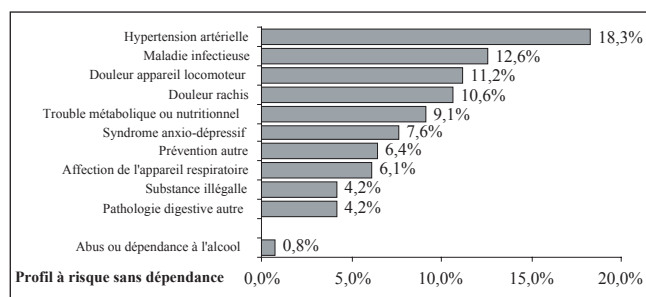
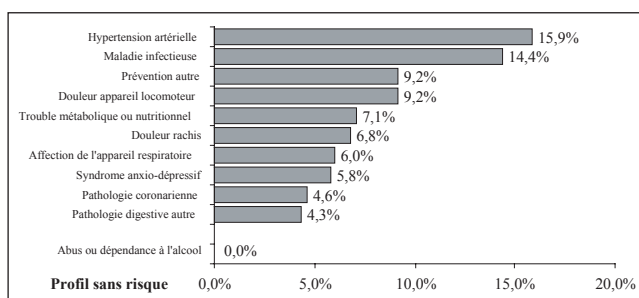


Source : ORS Picardie

## ● Le syndrome anxio-dépressif, 4<sup>e</sup> motif de recours le plus fréquent chez les patients au profil à risque avec dépendance

Les motifs de recours aux soins sont différents selon le profil des patients, notamment pour les patients à risque avec dépendance. Le motif de recours *abus ou dépendance à l'alcool* ne concerne aucun patient ayant un profil sans risque et 0,8 % des patients ayant un profil à risque sans dépendance. Par contre, 10,5 % des patients ayant un profil à risque avec dépendance ont consulté pour *abus ou dépendance à l'alcool*. Chez les individus présentant un profil à risque avec dépendance, le syndrome anxio-dépressif arrive en 4<sup>e</sup> position des motifs de recours aux soins les plus fréquents (contre les 8<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> rangs pour respectivement les patients aux profils sans risque et à risque sans dépendance). Parmi ces patients, 7,4 % ont consulté leur médecin généraliste pour ce motif.

Répartition des 10 motifs de recours aux soins les plus représentés selon le profil des patients (en ajoutant l'abus ou dépendance à l'alcool si ce motif n'apparaît pas dans les 10 premiers motifs)



Source : ORS Picardie

NB : Plusieurs motifs pouvant être choisis pour un même patient, la somme des proportions de patients pour l'ensemble des motifs peut être supérieure à 100 %.