

SCHEMA REGIONAL ALCOOL

Analyse des indicateurs alcool dans la région Alsace

***Direction régionale des affaires
sanitaires et sociales d'Alsace***

Observatoire régional de la santé d'Alsace

1998

AVANT PROPOS	5
I INFORMATIONS ÉCONOMIQUES : PRODUCTION ET DISTRIBUTION D'ALCOOL	7
La production d'alcool	7
Les débits de boissons dans la région	7
II LA CONSOMMATION D'ALCOOL	9
La France en tête des pays consommateurs d'alcool	9
Consommation d'alcool en fonction de l'âge et du sexe	11
La consommation d'alcool chez les jeunes	11
La consommation des adultes	15
Comportement vis à vis de l'alcool et caractéristiques sociales	21
Les données nationales	21
Des données régionales : l'enquête Monica	23
Les consommations associées à la consommation d'alcool	25
Alcool et tabac	25
Alcool et drogues illicites	25
Alcool et psychotropes	25
Faits marquants	26
III L'ALCOOL ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ	29
Alcool et accidents de la circulation	29
La prise en charge du problème en Alsace	31
La population prise en charge par le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme	31
Alcool et morbidité hospitalière : les enquêtes nationales	33
Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Alsace	35
Les limites de la notion de morbidité prise en charge	36
La mortalité liée à l'alcool	39
Quels sont les décès que l'on peut attribuer à l'alcool en Alsace ?	39
Une mortalité prématurée et majoritairement masculine	41
Mortalité liée à l'alcool et catégories socioprofessionnelles en Alsace	43
La mortalité alsacienne face aux autres régions	45
Evolution de la mortalité liée à l'alcool dans la région	47
Evolution des taux comparatifs entre 1988-90 et 1993-95	47
Une analyse géographique de la mortalité liée à l'alcool en Alsace en 1988-1992	49
Faits marquants	52
CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56

AVANT PROPOS

La Conférence régionale d'Alsace a retenu dès 1995 l'excès de consommation d'alcool comme déterminant prioritaire des surmortalités régionales.

Dans le but d'optimiser la prévention du risque alcool, l'articulation sanitaire et sociale et la prise en charge des malades présentant des complications liées à l'alcool, et afin de favoriser la mise en réseau de tous les intervenants en alcoologie, l'idée a été retenue d'élaborer un schéma régional alcool.

Dès octobre 1997, des groupes de travail se sont constitués pour engager une réflexion autour de cinq points essentiels :

- la prévention auprès des jeunes*
- l'accompagnement social*
- la réglementation*
- le milieu du travail*
- les réseaux de soins, avec la prise en compte de deux aspects :*
 - ✘ gestion du risque*
 - ✘ gestion des complications somatiques et des soins de suite.*

Parallèlement et dans un souci de cohérence et d'efficacité, une étude, dont nous vous présentons ici les résultats, a été menée à partir des données épidémiologiques en vue de proposer des indicateurs de suivi pour les actions à mettre en oeuvre.

Tableau 1.
Production d'alcool en Alsace en 1996

	Production (en hectolitres)	Part sur la production nationale (en %)	Evolution depuis 1990
Vin "VQPRD"	1 172 701	4,7%	7,6%
Vin "Autres"	31 810	0,1%	13,7%
Alcool distillé* Distillateurs de profession	15 851	1,8%	-65,1%
Alcool distillé* Bouilleurs de cru	2 012	0,5%	-40,4%
Bière **	11 050 472	54%	-2%

Sources : Direction Générale des douanes et droits indirects
sauf (**) : brasseurs de France

* En hectolitre d'alcool pur

** Hectolitres de bière vendue, produite en Alsace

Tableau 2.
**Nombre de débits de boisson de licence IV dans la région
en 1992*****

	1982	1990	1992	Evol. 82-92
Nombre en Alsace	4 743	4 281	4 273	-10%
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans et + (Alsace)	399	334	328	-18%
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans et + (France)	409	338	332	-19%

Sources : Direction Générale des Douanes et Droits indirects

INSEE estimation de la population au 1^{er} janvier 1992

*** A la suite d'un transfert de compétence, les données plus récentes ne sont pas disponibles pour l'instant.

I Informations économiques : production et distribution d'alcool

Les informations économiques disponibles actuellement ne permettent pas de connaître, à un niveau régional ou infra-régional, la vente d'alcool et encore moins d'en estimer la consommation. Seules les données de production et de distribution dans les débits de boisson sont accessibles. Elles permettent de donner, malgré leurs évidentes limites, un image du poids économique mais aussi culturel de l'alcool en Alsace.

La production d'alcool

Avec 15 075 hectares de vignes en 1995 (13 500 ha en 1970), l'Alsace est une région à forte tradition viticole, essentiellement productrice de vins d'appellation d'origine contrôlée (95 % de la surface en vigne est consacrée à ce type de production)^{xvii}. Avec un résultat moyen par exploitation nettement supérieur aux autres secteurs de l'agriculture, la viticulture s'est fortement développée depuis les années 1970, en favorisant la production de vin de qualité (+ 30 % sur la période considérée).

L'Alsace est avec le Nord de la France une des régions les plus brassicoles : la production de bière en Alsace, qui reste globalement stable à l'heure actuelle (-2 % entre 1990 et 1995), représente plus de la moitié de la production sur l'ensemble du territoire national.

La production d'eau de vie est relativement marginale en comparaison des deux secteurs que nous venons d'évoquer. Avec la disparition progressive de la population bénéficiant d'un droit de distiller en franchise, la production des bouilleurs de crus baisse de façon constante. Les distillateurs de professions eux aussi voient leur production diminuer de façon importante dans la région comme sur l'ensemble du territoire national.

Ces données fiscales ne permettent pas, bien entendu d'évaluer le poids de la production d'eau de vie non déclarée.

Les débits de boissons dans la région

On observe en Alsace une constante diminution du nombre de débits de boisson ayant une licence IV (établissements proposant l'ensemble des boissons alcoolisées). Ainsi, en l'espace de 10 ans, ils ont diminué de 10 % sur la région, ce qui représente une évolution tout à fait comparable avec celle que l'on observe sur l'ensemble du territoire national. Le nombre de débits de boisson pour 100 000 habitants de 16 ans et plus reste ainsi proche de la valeur nationale (328 pour 100 000 en 1992 dans la région, contre 332 sur l'ensemble du territoire national).

On ne peut pourtant pas en conclure que la distribution d'alcool soit en baisse dans la région, les débits de boissons ne représentent en effet qu'une partie du réseau de distribution. Pour illustrer ce point, on peut rappeler que la vente en circuit alimentaire (c'est à dire à 90 % en supermarché) représente 64 % de la vente de bière sur l'ensemble du pays^{vii}.

Tableau 3.

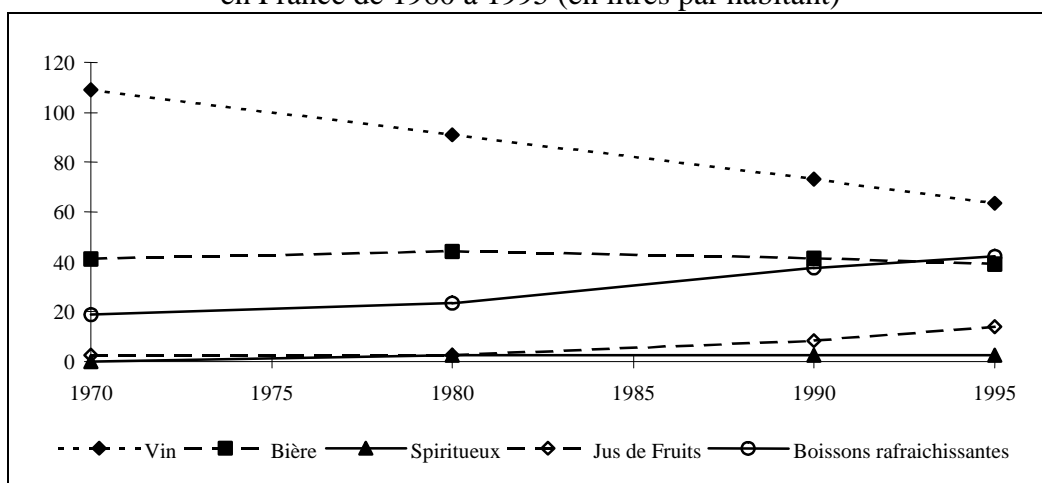
Consommation d'alcool dans le monde
en litres d'alcool pur par habitant en 1995

PAYS	Consommation en 1995
Luxembourg	11,6
France	11,5
Portugal	11,0
Hongrie	10,2
Espagne	10,2
Rép. Tchèque	10,1
Danemark	10,0
Allemagne	9,9
Autriche	9,8
Suisse	9,4
Irlande	9,2
Belgique	9,1
Grèce	9,0
Italie	8,8
Bulgarie	8,1
Pays-Bas	8,0
Chypre	7,9
Slovaquie	7,8
Australie	7,6
Royaume-Uni	7,3
Argentine	7,3
Nelle-Zélande	7,0
Etats-Unis	6,8

Source : Produktschap voor gedistilleerde Dranken

Figure 4.

Evolution de la consommation de vin, de bière et de spiritueux
 en France de 1960 à 1995 (en litres par habitant)



Source : Produktschap voor gedistilleerde Dranken

II La consommation d'alcool

La France en tête des pays consommateurs d'alcool

Les données économiques du "Produktschap voor gedistilleerde Dranken" ⁱⁱ (Pays-Bas), calculées à partir des chiffres de vente sur le territoire national, place la France en tête des pays consommateurs de boissons alcooliques (derrière le Luxembourg, pays où les boissons sont détaxées et dont le rang s'explique par l'importance des achats des étrangers de passage). Les habitudes de consommation des français évoluent de façon très marquée, avec une baisse du volume de vin consommé, une stabilité des bières et spiritueux, et une augmentation de la consommation de boissons non alcoolisées (en particulier les jus de fruit, et les boissons rafraîchissantes). Ces évolutions se traduisent par une nette baisse entre 1970 et 1995 du volume d'alcool pur consommé par habitant (-29 % selon le produktschap).

Les données fiscales nationales ont permis à P. Aingrain et al ⁱ d'évaluer les poids respectifs des différentes classes de boissons alcooliques dans la consommation des français, ainsi que leurs évolutions (Tableau 5). Ces données, qui sont cohérentes avec celles du Produktschap, montrent que la seule baisse importante mesurée depuis 1970 concerne la consommation de vin (-38 % entre 1970 et 1994). A l'heure actuelle, si le vin reste la boisson alcoolique la plus consommée par les français (62,6 % du volume d'alcool pur consommé par habitant), les bières et les spiritueux représentent 33,6 % de l'alcool pur consommé sur le territoire national (contre 21,6 % en 1970).

Tableau 5.

Consommation de boissons alcoolisées mesurée à partir des données fiscales nationales évolutions entre 1970 et 1994

Années	Vins		Cidre		Prod. interm.**		Spiritueux		Bières		Total en litres d'A.P.
	A.P.*	%	A.P.*	%	A.P.*	%	A.P.*	%	A.P.*	%	
1970	11,75	75,1	0,30	1,9	0,22	1,4	1,64	10,5	1,73	11,1	15,67
1980	10,46	69,3	0,25	1,7	0,27	1,8	2,05	13,6	2,07	13,7	15,11
1990	8,09	63,7	0,20	1,6	0,23	1,8	2,17	17,0	2,02	15,9	12,71
1994	7,33	62,6	0,20	1,7	0,24	2,1	2,12	18,1	1,81	15,5	11,70

Source : "L'alcool à chiffres ouverts"ⁱ

* A.P. : litre d'alcool pur par habitant

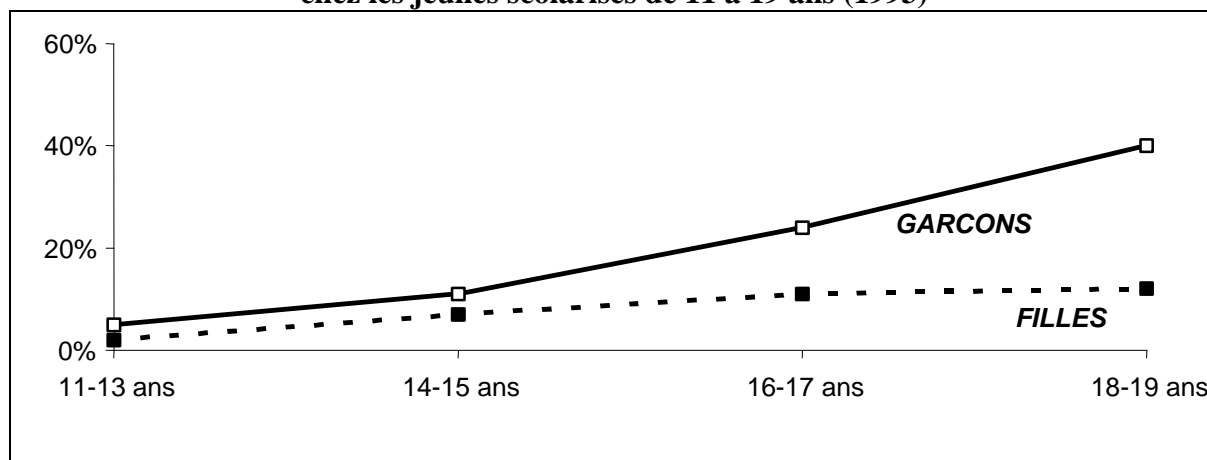
** Produits intermédiaires : catégorie de boissons alcooliques créées par les institutions européennes elle regroupe toutes les boissons qui ne sont ni des boissons fermentées ni des alcools mais participent des deux.

Ces données fiscales ne permettent pas de réaliser une analyse régionale de la consommation d'alcool.

A partir de données des enquêtes d'achats alimentaires, on peut tout de même avoir une vision des consommations à un niveau régional. Ainsi les données issues du panel SECODIP, si elles ne mesurent pas directement une consommation moyenne d'alcool par habitant, peuvent donner une image du poids des gros consommateurs dans la région Alsace. Ainsi en Alsace en 1993, 5 % des ménages enquêtés consomment plus de 69 litres de bières par personne et par an c'est à dire 4,6 fois plus que le consommateur moyen.

Figure 6.

Evolution de la part des consommateurs réguliers* d'alcool par sexe et âge chez les jeunes scolarisés de 11 à 19 ans (1993)



Source : INSERM U169 - Enquête Nationale Adolescents

*Consommation régulière définie comme une consommation bi-hebdomadaire de vin, de bière ou d'alcools forts ou/et 3 ivresses au moins dans l'année

De la même manière, 5 % des consommateurs de vin en consomment plus de 94 litres par personne et par an (3,9 fois la moyenne de la région).

Si ces données commerciales semblent être une source possible de renseignements en Santé Publique, leur utilisation nécessiterait d'être étudiée de façon plus approfondie. En effet on risque de se heurter à deux problèmes de taille : d'une part un problème de disponibilité (coût des données, confidentialité..) et d'autre part un problème méthodologique : ces informations sont produites à des fins commerciales et sont donc ciblées sur des populations potentiellement consommatrices, elles ne cherchent pas à donner une image de l'ensemble de la population.

Si les données à caractère économique ou fiscal que nous venons de décrire permettent d'avoir une vision précise et fiable de la consommation globale en France et de son évolution, elles ne donnent pas de renseignements qualitatifs sur les populations consommatrices.

Seules des enquêtes spécifiques menées sur des échantillons de la population permettent d'aller plus loin dans ce sens. Nous nous baserons sur des résultats d'enquêtes de consommation pour poursuivre notre analyse du problème, tout en gardant à l'esprit les limites de tels travaux et en particulier la sous-déclaration des consommations. En effet, il apparaît qu'entre 30 % et 50 % de la consommation estimée à partir des données économiques ne sont pas déclarées dans les enquêtes de population.

Consommation d'alcool en fonction de l'âge et du sexe

La consommation d'alcool chez les jeunes

L'âge des premiers contacts avec l'alcool

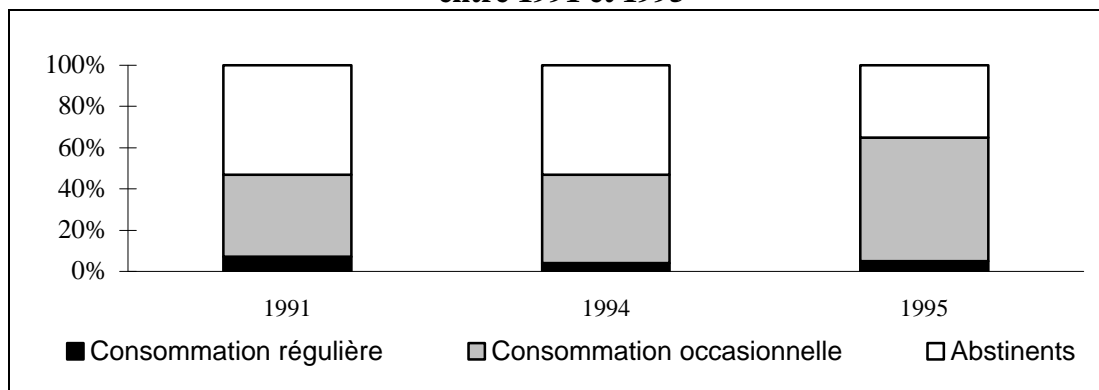
L'étude de la consommation d'alcool chez les jeunes a fait l'objet d'enquêtes spécifiques, permettant de cibler cette catégorie de la population. L'enquête de M. Choquet et de S. Ledoux^x auprès des jeunes de 11 à 19 ans scolarisés montre que la consommation d'alcool varie très fortement avec l'âge au moment de l'adolescence. La part des consommateurs réguliers (consommation bi-hebdomadaire), passant de 5 % chez les garçons de 11 à 13 ans, à 40 % chez les garçons de 18 à 19 ans. On observe une divergence des comportements suivant le sexe à partir de 14-15 ans : la "consommation régulière" des filles augmente peu avec l'âge et se stabilise autour de 11 % pour les 16 ans et plus (Figure 6).

Cette augmentation rapide de la consommation en fonction de l'âge s'observe également dans d'autres travaux et en particulier dans le " Baromètre santé adolescents " réalisé par le CFES et l'IPSOS^{ix}.

L'enquête longitudinale de l'IReB portant sur une cohorte de 437 jeunes hommes suivis pendant 10 ans sur les "facteurs prédictifs du niveau d'alcoolisation des français"^{xviii,xix} apporte un complément d'information intéressant sur l'évolution individuelle du comportement vis à vis de l'alcool. Il en ressort que le niveau de consommation à l'âge adulte est fortement corrélé avec le comportement observé durant l'adolescence. Ainsi les jeunes répondants qui buvaient moins de 30 verres par mois en 1995, étaient en majorité (82 % d'entre eux) des petits buveurs (moins de 15 verres par mois) en 1985¹. De la même manière on remarque que 60 % des personnes consommant beaucoup d'alcool en 1995 (plus de 30 verres par mois) consommaient plus de 15 verres par mois en 1985.

¹ Ils avaient entre 13 et 18 ans en 1985, et donc entre 23 et 28 ans en 1995

Figure 7.
**Evolution de la consommation d'alcool* chez les 12-18 ans en France
entre 1991 et 1995**



Source : Enquête CFES - IPSOS (Baromètre Santé jeunes)

*tous alcools confondus. Consommateur régulier : au moins trois fois par semaine.

Consommateur occasionnel : moins de trois fois par semaine

Tableau 8.
**Consommation d'alcool chez les appelés du contingent dans la région Est
et en moyenne nationale (1987)**

	Région EST N=1 021	Moyenne nationale N=11 931
Consommation d'alcool *	133,3	159,9
% de consom. réguliers		
<i>Vin</i>	4,2%	4,7%
<i>Bière</i>	15,6%	12,1%
<i>Apéritifs</i>	2,6%	4,4%
<i>Digestifs</i>	5,3%	4,6%

Source : Enquête Armée - 1987

* Consommation hebdomadaire en g d'alcool

N : nombre de personnes enquêtées

En ce qui concerne les boissons consommées par les jeunes, la bière arrive en tête avec 54 % de consommateurs, suivis des alcools forts (45 %), le vin arrivant en dernier ^x.

Si le comportement d'alcoolisation augmente peu lors de moments de "cafard", selon l'enquête "adolescents" de M. Choquet et S. Ledoux (6 % déclarent boire plus à ces moments), le mal-être en général est un facteur de risque bien identifié par le Baromètre santé, qui mesure une consommation deux fois plus importante chez les jeunes déclarant un malaise à l'école.

Une évolution préoccupante du comportement des jeunes face à l'alcool selon le CFES

En comparant l'enquête de 1995 avec celles réalisées en 1991 et 1994, le CFES note une évolution inquiétante des comportements des jeunes interrogés. En effet, la consommation d'alcool augmente de façon nette entre 1994 et 1995. Elle s'explique essentiellement par une progression marquée du nombre de consommateurs occasionnels (43 % en 1994 contre 60 % en 1995), et une hausse de la consommation d'alcools forts (25 % des 12-18 ans déclaraient en avoir déjà consommé en 1994 contre 48 % en 1995).

Ces évolutions touchent aussi bien les garçons que les filles, et sont sensibles dès le plus jeune âge (en 1995, 21 % des 12-13 ans déclarent avoir déjà consommé des alcools forts, contre 4 % en 1994). Bien qu'il faille rester prudent dans l'interprétation de ces résultats et que la méthodologie d'enquête ne nous permette pas de connaître la situation spécifique de l'Alsace, les enquêtes du CFES nous poussent à rester vigilants.

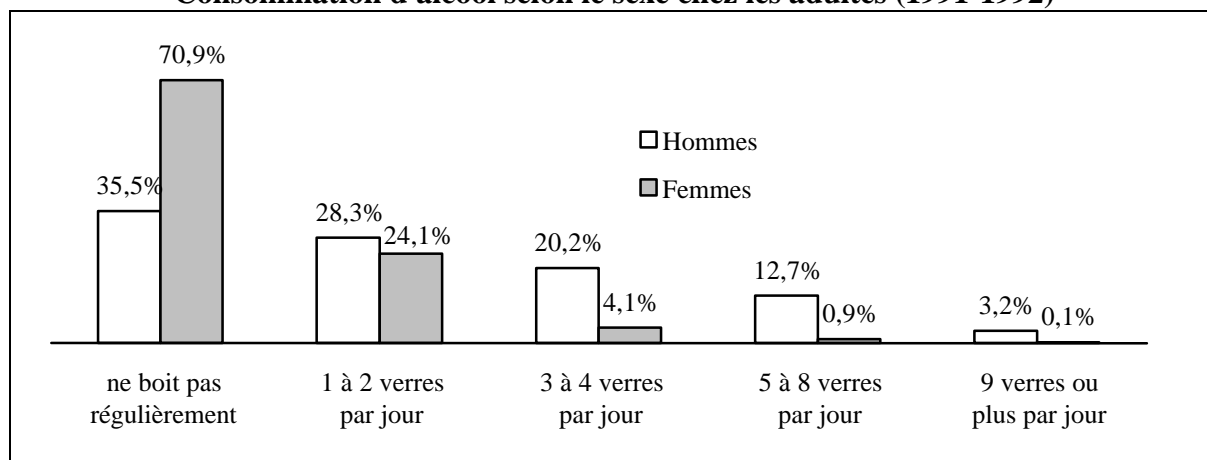
La consommation des jeunes en Alsace et dans l'est de la France

En terme de consommation globale, les résultats de l'enquête "Adolescents" en milieu scolaire ^x pour les 1 387 élèves interrogés dans l'académie de Strasbourg ne sont pas différents des valeurs moyennes sur l'ensemble des académies enquêtées ; 39,7 % des jeunes alsaciens de 11 à 19 ans consomment occasionnellement de l'alcool (39,8 % en moyenne nationale), 11,0 % de façon régulière (12,4 % en moyenne nationale).

Depuis 1986, le Service de Santé des Armées poursuit une enquête sur la consommation d'alcool des appelés du contingent ⁱⁱⁱ. Cette enquête, qui concerne les jeunes hommes à l'âge du service national, donne des résultats selon l'inter-région de domicile de l'appelé (région Nielsen). La région Est (Alsace, Lorraine, Champagne) se caractérise par une consommation plus fréquente de bière, moins fréquente d'apéritifs et de digestifs, et une consommation globale d'alcool légèrement inférieure à la moyenne nationale (Tableau 8).

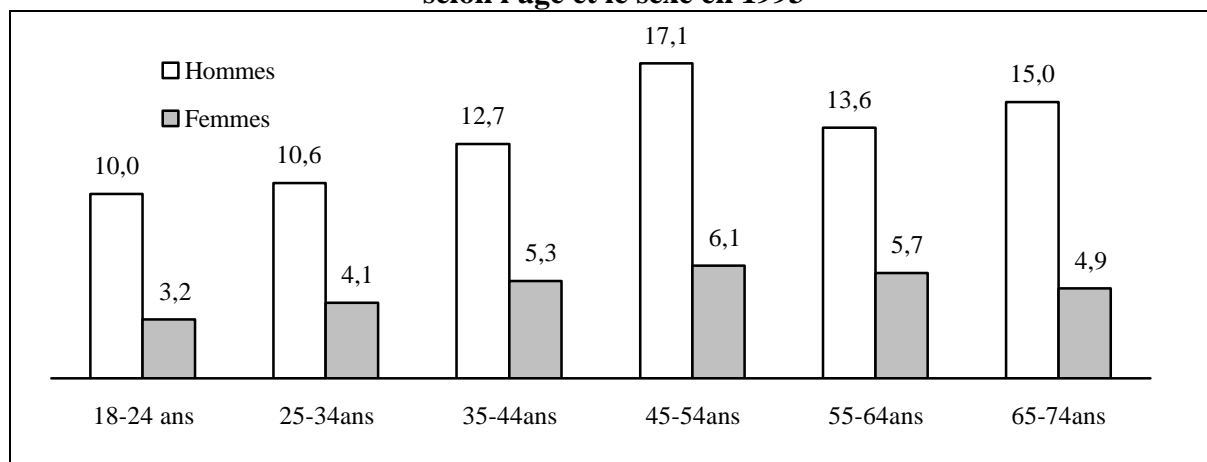
L'analyse géographique des résultats de cette enquête n'a pas mis en évidence de corrélation entre les régions où les appelés consomment le plus d'alcool (le sud de la France) et les zones où les indicateurs de mortalité liés à l'alcool étaient les plus défavorables. Ce constat pourrait être du au "temps de latence" entre l'évolution des comportements vis à vis de l'alcool et l'évolution des indicateurs de mortalité. La répartition que mesure actuellement l'enquête du Service de Santé de l'armée pourrait alors préfigurer les futures cartes de mortalité et de morbidité liées à l'alcool.

Figure 9.
Consommation d'alcool selon le sexe chez les adultes (1991-1992)



Source : SESI - Enquête Santé 1991-1992 ^{xxiv}

Figure 10.
Nombre de verres d'alcool bus en moyenne au cours des sept derniers jours selon l'âge et le sexe en 1993



Source : CFES - Baromètre Santé 93-94

La consommation des adultes

Les données des enquêtes nationales

Les différences de comportement face à l'alcool apparues à l'adolescence entre les deux sexes, se maintiennent tout au long de la vie adulte ; selon l'enquête du CFES^{iv} la consommation hebdomadaire déclarée par les buveurs est 2,5 fois plus importante chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge considéré (en moyenne 13,1 verres par semaine chez les hommes, contre 4,9 verres chez les femmes).

S'il y a presque autant de "petits consommateurs" (un à deux verres par jour) chez les femmes que chez les hommes (respectivement 24,1 % et 28,3 %), les hommes consomment plus fréquemment 3 verres d'alcool et plus par jour (36 % des hommes contre 5 % des femmes selon l'enquête santé), alors que les femmes sont plus souvent non consommatrices que les hommes (70,9 % des femmes ne consomment pas régulièrement d'alcool contre 35,5% des hommes) (Figure 9)^{xxiv}.

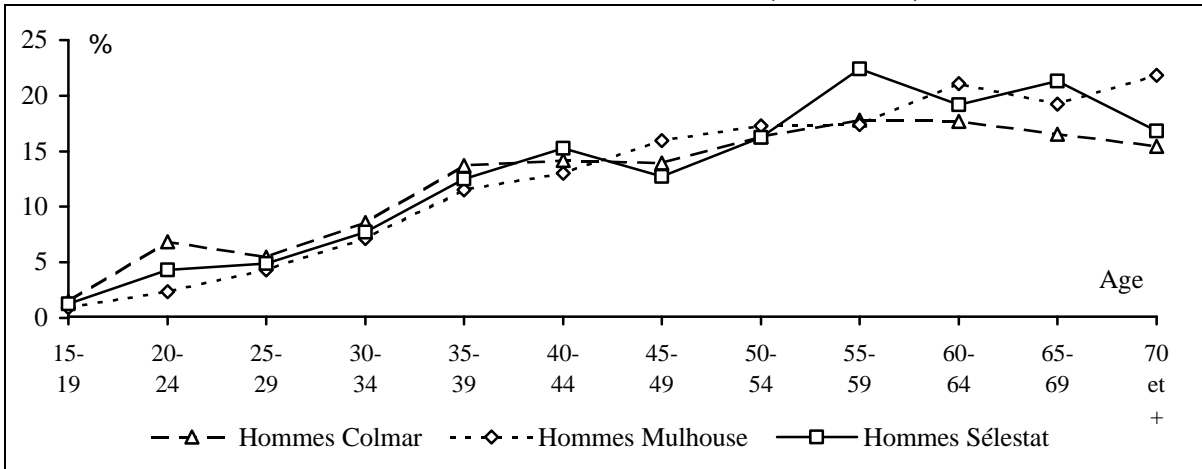
On observe chez l'adulte, une augmentation de la consommation d'alcool avec l'âge entre 18 et 54 ans, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La consommation déclarée est maximale entre 45 et 54 ans, au delà de cette classe d'âge la tendance est à une diminution, plus marquée pour les femmes que pour les hommes.

Si les données du "Produktschap voor gedistilleerde Dranke" montrent une baisse de la consommation globale d'alcool, les données de l'enquête Santé de 1991-1992 ont permis à N. Guignon^{xv} d'étudier les évolutions de la consommation d'une façon plus fine (selon le sexe et l'âge en particulier). Elle montre ainsi que le nombre de buveurs réguliers a diminué de 3 % chez les hommes, et de 24 % chez les femmes entre 1980-1981 et 1991-1992. Entre 1986-1987 et 1991-1992, la part des buveurs réguliers parmi les hommes jeunes a augmenté (+12 % de buveurs réguliers avant 20 ans, +22 % entre 20 et 24 ans), alors que celle des hommes plus âgés a diminué. La baisse observée pour les femmes est particulièrement marquée entre 25 et 44 ans, mais comme pour les hommes la proportion de buveuses parmi les femmes jeunes est en augmentation entre 1980-1981 et 1991-1992.

Parmi les buveurs réguliers, les enquêtes Santé du SESI montrent une augmentation de la part des "petits buveurs" chez les hommes (de 24 % en 1986 à 28 % en 1991) c'est à dire des personnes qui consomment un à deux verres par jour. Cette proportion reste stable chez les femmes.

Figure 11.

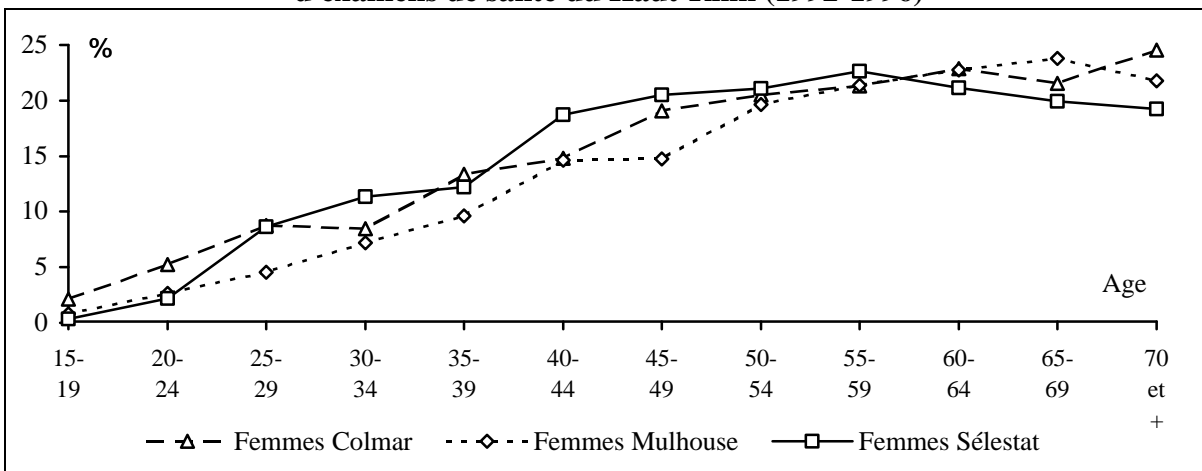
Proportion de consultants à risque alcool* parmi les consultants masculins des centres d'examens de santé du Haut-Rhin (1992-1996)



Source : Centres d'examens de santé - Exploitation F. Quillou

Figure 12.

Proportion de consultants à risque alcool* parmi les consultants féminins des centres d'examens de santé du Haut-Rhin (1992-1996)



Source : Centres d'examens de santé - Exploitation F. Quillou

* : risque alcool défini par une consommation journalière supérieure à 40g d'alcool pour les hommes, supérieure à 20g d'alcool pour les femmes.

Mesures régionales de la consommation d'alcool

Les données des centres d'examens de santé

A partir des données détenues par les centres d'examens de santé de Mulhouse et de Colmar (y compris son antenne de Sélestat), la prévalence du risque alcool peut être estimée parmi les consultants². Selon ces données déclaratives, entre 12 % et 13 % des consultants masculins consomment plus de 40g d'alcool par jour. De la même manière, 13 % à 15 % des femmes consultant ces centres déclarent consommer plus de 20g d'alcool par jour.

Dans chacun des trois centres d'examens de santé étudiés, la prévalence du risque alcool va en augmentant avec l'âge, pour se stabiliser à partir de 55 ans (autour de 20 % pour les hommes comme pour les femmes).

Si on se réfère aux travaux du Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé^{viii}, les quantités d'alcools consommées chaque jour par les personnes consultant en Alsace sont plutôt inférieures à la moyenne nationale chez les hommes de 40 à 60 ans. En ce qui concerne les femmes il semble que les quantités moyennes consommées en Alsace soient légèrement supérieures à la moyenne nationale (cf Tableau 13 ci-dessous).

Ces différences doivent être interprétées avec prudence, car elles peuvent être liées à des différences de recrutement des consultants d'un centre d'examen de santé à l'autre. Par ailleurs, les consultants des centres d'examens de santé ne sont pas forcément représentatifs de la population générale d'une région.

En tenant compte d'un certain nombre de tiers-facteurs potentiellement liés à la consommation d'alcool (catégorie socioprofessionnelle, précarité...) on pourrait améliorer la comparabilité inter-régionale de ces données.

Tableau 13.

Consommation moyenne d'alcool déclarée par les consultants des CES en 1994*

	Alsace	France métropolitaine **
Hommes 40-49 ans	30,8	34,1
Hommes 50-59 ans	33,0	36,4
Femmes 40-49 ans	16,7	15,5
Femmes 50-59 ans	19,6	17,8

Source : CETAF^{viii}

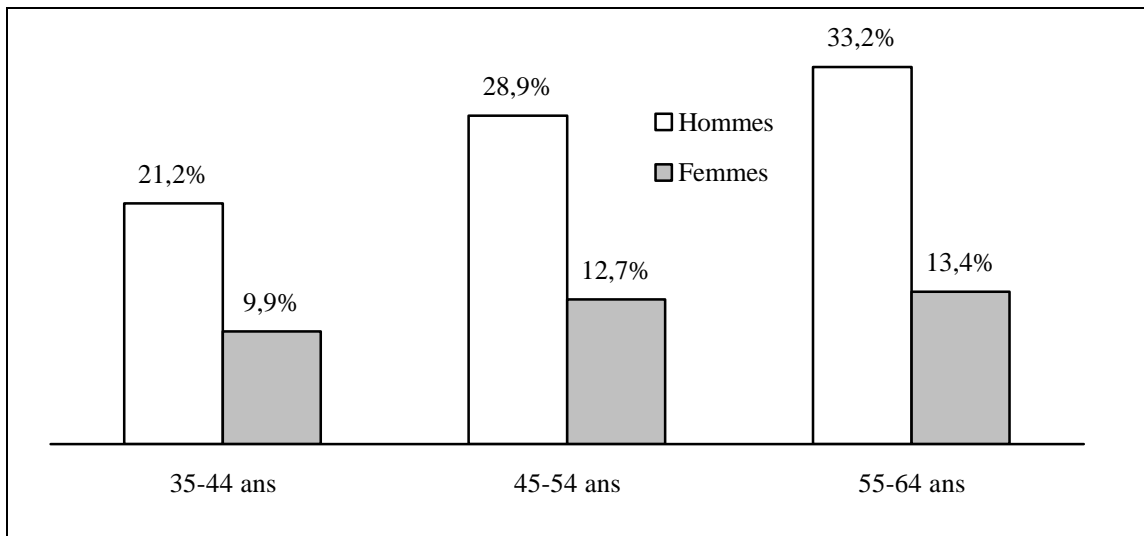
* : en g/jours, non buveurs exclus

** : après exclusion des CES pour lesquels plus de 90% des consultants sont notés "alcool=0" (non répondants ou non consommateurs)

² Estimation réalisée par F. Quillou, thèse en cours de réalisation

Figure 14.

Pourcentage de personnes à risque alcool* dans le Bas-Rhin



Source : Enquête de population MONICA - Laboratoire d'Epidémiologie et de Santé Publique

* Consommation hebdomadaire supérieure à 40g d'alcool pour les hommes, supérieure à 20g/l pour les femmes

Les données de l'enquête MONICA

Dans le cadre du registre des cardiopathies ischémiques (projet MONICA) dans le Bas-Rhin, une enquête a été réalisée en 1996 sur un échantillon représentatif de 1 131 bas-rhinois âgés de 35 à 64 ans, à partir des listes électorales du département. La consommation d'alcool est l'un des facteurs de risque que cette enquête permet de mesurer.

Ainsi, 88 % des hommes interrogés déclarent consommer de l'alcool actuellement³. Leur consommation moyenne est de 33g d'alcool par jour. Les femmes sont moins nombreuses à déclarer boire³ (63 % des femmes interrogées), et la consommation moyenne des buveuses est près de trois fois plus faible que celle des buveurs (12g d'alcool par jour).

En ce qui concerne la prévalence du risque alcool, l'enquête Monica évalue à 28 % la proportion d'hommes consommant plus de 40g d'alcool par jour. Parmi les femmes interrogées, 12 % déclarent consommer plus de 20g d'alcool quotidiennement.

Pour des raisons méthodologiques, ces résultats ne peuvent pas être comparés avec les données des centres d'examen de santé (divergence du mode de recueil, de la population interrogée...). On peut tout de même noter que pour les femmes de la même classe d'âge, l'évaluation faite à partir des données des centres d'examen de santé était supérieure aux résultats de l'enquête MONICA (17 % des consultantes entre 35 et 64 ans). Par contre, pour les hommes, les données des centres d'examen de santé concluaient à une prévalence du risque alcool bien plus faible que celui de l'enquête MONICA (16 % des consultants entre 35 et 64 ans).

L'enquête MONICA met en évidence une augmentation significative⁴ du poids du risque alcool avec l'âge parmi les hommes (33 % des 55-64 ans contre 21 % des 35-44 ans).

L'âge moyen du début de la consommation d'alcool⁵ est de 20 ans pour les hommes, de 22,6 ans pour les femmes, il n'est pas significativement lié à l'âge de la personne interrogée, ce qui peut traduire une relative stabilité de ce paramètre au cours du temps. Etant donné leur âge, les personnes interrogées auraient commencé à consommer de l'alcool entre les années 50 et les années 80 : l'enquête ne donne pas de renseignement sur le comportement des jeunes buveurs durant les quinze dernières années.

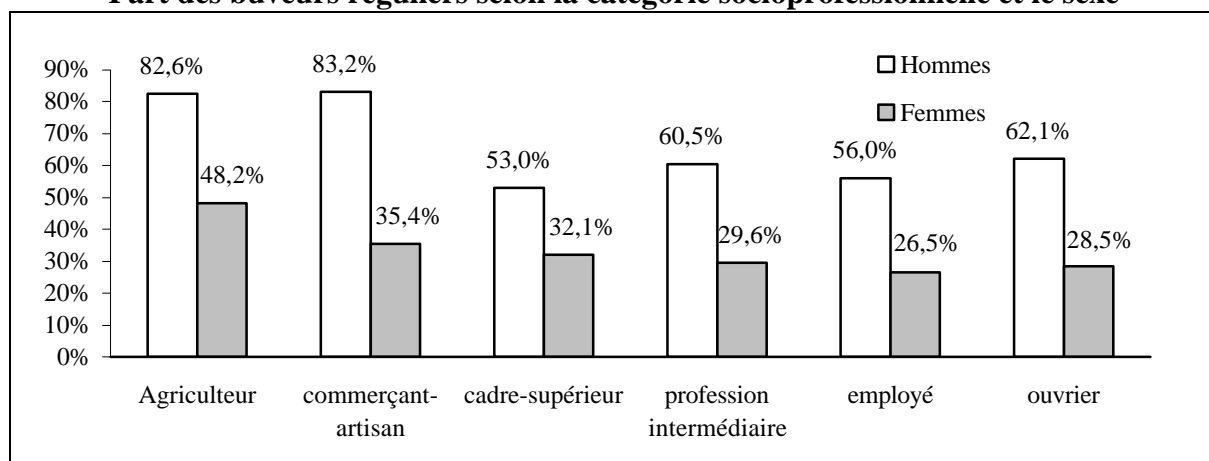
³ C'est à dire, selon la définition de l'enquête : consommer au moins un verre d'alcool par semaine.

⁴ Test du Khi-2 de tendance significatif au seuil de 1 %

⁵ Au moins trois verres par semaine pendant trois mois

Figure 15.

Part des buveurs réguliers selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe



Source : Enquête Santé 1991-1992 ^{xxiv}

(La figure 15 indique les valeurs brutes des taux de consommateurs par catégorie socioprofessionnelle et par sexe, elles permettent de donner une première vision des différences observées).

Comportement vis à vis de l'alcool et caractéristiques sociales

Les données nationales

Pour étudier l'influence du "milieu social" sur le comportement vis à vis de l'alcool, on considère en général les différences de consommation selon la catégorie socioprofessionnelle, le statut professionnel (chômeur, actif ...), ou le niveau d'étude ^{iv, xv, xxiv}.

Les résultats des approches par catégorie socioprofessionnelle de l'enquête Santé du SESI et de l'enquête du CFES sont difficilement comparables. En effet, si le Baromètre Santé montre que les cadres sont les plus nombreux à déclarer avoir consommé de l'alcool dans la semaine écoulée (91,6 % contre 79,2 % des ouvriers), l'enquête Santé conclut qu'il y a moins de buveurs réguliers parmi les cadres que dans d'autres catégories socioprofessionnelles (53 % contre 83 % pour les agriculteurs ainsi que pour les artisans - commerçants). Ces résultats ne sont pas forcément contradictoires, mais montrent bien les limites des comparaisons de deux enquêtes dont les critères de mesure de la consommation diffèrent.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le comportement vis à vis de l'alcool varie de façon nette avec l'âge chez les jeunes comme chez les adultes, c'est pourquoi il est préférable de comparer les niveaux de consommation des différentes catégories socioprofessionnelles à "âge égal", comme l'a fait N. GUIGNON ^{xv}. On montre ainsi que les buveurs réguliers (au moins un verre par jour) sont plus nombreux parmi les agriculteurs, les ouvriers et les commerçants-artisans, catégories qui sont également caractérisées par une consommation plus élevée en nombre de verres. Dans la population féminine, si les buveuses régulières sont plus nombreuses parmi les cadres, les commerçants et les professions intermédiaires, ce sont les ouvrières, les agricultrices et les employées qui ont les consommations les plus fortes.

L'étude de la consommation d'alcool selon le diplôme montre que pour les hommes la consommation est plus importante parmi ceux qui ont les niveaux de qualification les moins élevés. De la même manière, la consommation d'alcool est plus fréquente chez les garçons en lycée professionnel que dans les lycées généraux (respectivement 36 % et 30 % d'entre eux consomment de l'alcool au moins 2 fois par semaine) ^x. Enfin, parmi les buveurs réguliers les chômeurs ont des consommations plus élevées que les actifs ^{xv}.

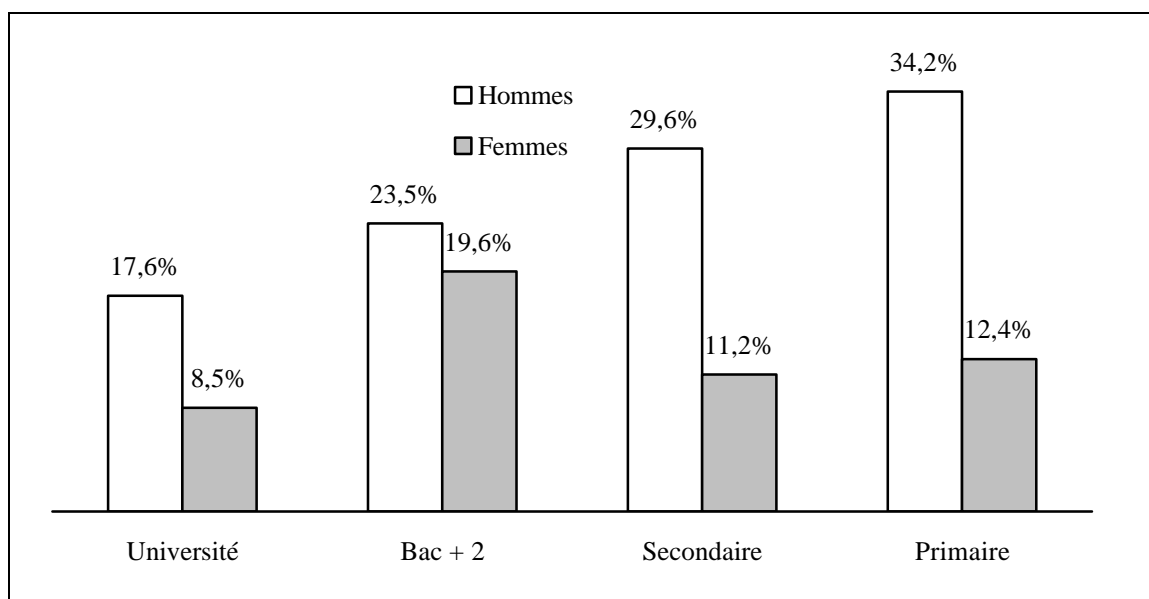
Alcool et culture d'origine

La culture d'origine est également un des facteurs sociaux influençant la consommation d'alcool. Ainsi, la consommation d'alcool est trois fois moins répandue parmi les maghrébins interrogés par l'enquête santé de 1991-1992 que parmi les Français. Par contre, il y a plus souvent de personnes à risque alcool parmi les buveurs maghrébins (39 % d'entre eux boivent 4 verres par jour) que parmi les buveurs français (24 % de gros consommateurs). En ce qui concerne les européens du sud, les consommateurs sont plus nombreux et les quantités consommées plus importantes, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

L'enquête de M. Choquet montre cette différence pour les jeunes en milieu scolaire, les jeunes étrangers ou d'origine étrangère (majoritairement originaires du Maghreb dans l'échantillon étudié) sont ainsi 39 % à consommer de l'alcool au moins occasionnellement (56 % pour les français d'origine), et 9 % à en consommer de façon régulière (contre 13 % parmi les jeunes français d'origine).

Figure 16.

Proportion de personnes à risque alcool selon le sexe et le niveau d'éducation



Source : Enquête de population MONICA - Laboratoire d'Epidémiologie et de Santé Publique

* Consommation hebdomadaire supérieure à 40g d'alcool pour les hommes, supérieure à 20g/l pour les femmes

Des données régionales : l'enquête Monica

L'enquête Monica permet de mesurer la liaison entre certains facteurs sociaux et la consommation d'alcool à l'échelle du département du Bas-Rhin.

L'analyse des résultats de l'enquête ne permet pas de conclure à une différence significative du comportement des personnes interrogées selon leur catégorie socioprofessionnelle (dernière profession exercée). Cependant, bien que n'étant pas significatives en raison des faibles effectifs concernés, les différences que l'on observe corroborent les résultats nationaux.

Pour les hommes, les cadres seraient moins fréquemment à risque alcool (17 % contre 26 % des employés, 30 % des ouvriers et 33 % des agriculteurs). On peut en outre noter que les cadres commencent plus tardivement à consommer de l'alcool (23,6 ans en moyenne) que les autres catégories socioprofessionnelles (autour de 20 ans, avec un minimum de 17,5 ans pour les agriculteurs.)

Pour les femmes, la consommation d'alcool est un comportement plus répandu parmi les cadres et les commerçantes (75 % dans chacune de ces catégories contre 60 % des ouvrières et des employées). Par contre, c'est parmi les ouvrières que l'on retrouve le plus de consommation "à risque", avec 16 % des femmes interrogées qui consomment plus de 20g d'alcool par jour (5% des commerçants, 9 % des cadres).

Chez les hommes, une analyse selon le niveau d'étude montre que la proportion des buveurs à risque alcool diminue significativement⁶, à mesure que le niveau d'étude augmente. Une telle analyse réalisée parmi les femmes interrogées ne donne pas de résultats significatifs.

Etant donnés les effectifs concernés, il n'est pas possible d'étudier le lien entre le statut professionnel (actif, chômeur...) et le comportement d'alcoolisation chez les hommes. En effet, l'échantillon ayant été constitué par sondage en population générale, les chômeurs y sont peu nombreux (globalement 4,3 % des interrogés).

⁶ Test du khi 2 de tendance, stratifié sur l'âge, significatif au seuil de 1 %

Tableau 17.

Proportion de personnes prenant des psychotropes selon l'attitude face à l'alcool

	Buveurs réguliers (ensemble)	Non buveurs	
		<i>n'ayant jamais bu</i>	<i>ayant cessé de boire</i>
Hommes	6,9	9,7	19,2
Femmes	12,3	13,8	21,9

Source : Enquête Santé 1991-1992 ^{xv}

Les consommations associées à la consommation d'alcool

Alcool et tabac

Selon l'enquête Santé de 1991-1992, on dénombre 66 % de consommateurs réguliers d'alcool parmi les fumeurs, contre 52 % chez les non-fumeurs. L'association des comportements d'alcoolisation et de tabagisme est un résultat "classique" que l'on retrouve dans l'enquête menée par le CFES (Baromètre Santé 1993-1994) : celle-ci montre une forte corrélation entre le nombre de cigarettes fumées et la quantité d'alcool consommée chez les hommes (la corrélation n'est pas démontrée chez les femmes). On arrive aux mêmes conclusions chez les jeunes interrogés par l'enquête de M. Choquet : les consommateurs réguliers d'alcool sont 51 % à consommer quotidiennement du tabac, contre 17 % des buveurs occasionnels et 4 % des non buveurs. Le Baromètre santé adolescents estime que la fréquence des consommateurs d'alcool est multiplié par 3 chez les jeunes fumeurs.

Alcool et drogues illicites

La liaison entre consommation de drogues illicites et alcool a été étudiée dans les enquêtes menées chez les jeunes. Le Baromètre Santé adolescents du CFES montre ainsi qu'il y a deux fois plus de consommateurs d'alcool parmi les jeunes de 12 à 18 ans ayant déjà consommé du haschich . L'enquête de M. Choquet montre que parmi les 11-19 ans en milieu scolaire, les consommateurs réguliers d'alcool sont 54 % à avoir déjà expérimenté une drogue illicite, contre 4 % des non-consommateurs.

Cette liaison, si elle est montrée dans plusieurs travaux, ne vise en aucun cas à établir de relation de cause à effet entre une consommation et une autre, elle permet d'envisager un modèle de poly-consommations chez les jeunes ^x.

Alcool et psychotropes

L'enquête Santé 1991-1992, selon l'analyse de N. Guignon ^{xv}, montre que chez les hommes, la consommation de psychotropes est trois fois plus forte chez les personnes ayant cessé de boire, que chez les buveurs réguliers, cette consommation remplacerait celle de l'alcool (Tableau 15). En ce qui concerne les femmes, elle note que celles qui consomment entre un et deux verres par jour en moyenne, sont celles qui associent le plus fréquemment alcool et psychotropes.

Faits marquants

⇒ Une diminution de la consommation d'alcool en France, qui reste tout de même en tête des pays consommateurs en Europe...

⇒ ... mais une évolution inquiétante des comportements de consommation des adolescents selon l'enquête du CFES et des jeunes selon l'enquête Santé. Cette situation est d'autant plus préoccupante que, selon l'IREB, le niveau de consommation à l'âge adulte est fortement corrélé avec le comportement observé durant l'adolescence.

⇒ Dans le grand est (Alsace, Lorraine, Champagne), la consommation d'alcool chez les jeunes appelés du contingent était, en 1987, légèrement inférieure à la moyenne nationale selon les travaux du Service de Santé des Armées ...

⇒ ... en Alsace, une consommation d'alcool chez les 11-19 ans équivalente à la moyenne nationale selon l'enquête "Adolescents" de Marie Choquet et Sylvie Ledoux

⇒ Selon l'enquête MONICA, on peut considérer qu'en Alsace, 28 % des hommes de 35-64 ans sont "à risque alcool" (consommation supérieure à 40 g d'alcool par jour) et 12 % des femmes (consommation supérieure à 20 g d'alcool par jour).

⇒ Une forte augmentation de la consommation d'alcool avec l'âge, tout particulièrement chez les hommes.

⇒ Une consommation nettement plus marquée chez les hommes dès l'adolescence.

⇒ Une forte corrélation entre la consommation d'alcool et :

- la catégorie socioprofessionnelle,
- le niveau d'étude,
- la culture d'origine.

⇒ Une fréquente association de la consommation :

⇒ de tabac et d'alcool, à laquelle est lié le risque de développer un cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS),

⇒ de psychotropes et d'alcool

⇒ de drogues illicites et d'alcool.

Tableau 18.

Ethylotests effectués chez les impliqués dans un accident mortel

	1983-1987		1988-1992	
	Nbre d'éthylotests effectués	% d'éthylotests positifs	Nbre d'éthylotests effectués	% d'éthylotests positifs
Alsace	38 628	5,50%	31 467	5,15%
<i>Bas-Rhin</i>	21 155	5,27%	18 812	5,25%
<i>Haut-Rhin</i>	17 473	5,77%	12 655	4,99%
France	1 458 802	4,65%	1 237 342	4,70%

Source : "L'alcool à chiffres ouverts"ⁱ - (données de gendarmerie et de police)

Tableau 19.

Contrôles préventifs de l'alcoolémie effectués en 1993

	Nombre de dépistages préventifs	Nombre de dépistages pour 1 000 habitants	% de positifs
Alsace	251 123	155	0,85%
<i>Bas-Rhin</i>	144 539	152	0,94%
<i>Haut-Rhin</i>	106 584	159	0,73%
France	5 570 908	98	0,97%

Source : "L'alcool à chiffres ouverts"ⁱ - (données de gendarmerie et de police)

III L'Alcool et ses conséquences sur la santé

Alcool et accidents de la circulation

Le rôle de l'alcool dans les accidents de la circulation a été démontré dès 1969 par une étude de l'ONSER (Observatoire National de la Sécurité Routière) et a été largement étudié au cours des années 70 et 80 par le HCEIA (Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme) et l'INRETS (Institut National de Recherche et d'Etude sur les Transports et leur Sécurité, qui inclue l'ancien ONSER). L'ONSER a ainsi montré en 1977 que le risque relatif d'accidents mortels est proche de 10 pour les alcoolémies dépassant 0,8g/l. Le risque augmentant de façon exponentielle avec l'alcoolémie : il est multiplié par 100 au dessus de 2g/l. Les lois réglementant les seuils d'alcoolémie au volant datent de cette époque (1970), leur renforcement récent (instauration du permis à point en 1992, abaissement du seuil à 0,5g/l en 1995) montre la volonté actuelle de maîtriser ce problème.

Il reste pourtant difficile, d'avoir une idée précise de l'évolution du problème comme le souligne M.-B. Biecheler-Fretel ^{v,vi}. L'utilisation des données disponibles (d'une part le dépistage de l'imprégnation alcoolique chez les accidentés, d'autre part les résultats des contrôles préventifs), pose des problèmes méthodologiques importants.

Lors d'un accident entraînant des dommages corporels, le gendarme ou le policier présent réalise un dépistage (éthylotest), suivi, quand celui ci est positif, de la mesure de la quantité d'alcool dans l'air expiré grâce à un éthylomètre (résultats directement disponibles). En cas d'absence de dépistage, ou quand l'utilisation d'un éthylomètre n'est pas possible, l'imprégnation alcoolique est mesurée par une prise de sang. Dans tous les cas ; le résultat de la mesure devrait être recueilli sur un bordereau d'analyse des accidents corporels de la circulation (fiche BAAC). Mais bien souvent l'information est absente de ces bordereaux (résultat différé d'une prise de sang...).

L'INRETS qui réalise un sondage permanent d'un procès verbal sur 50 a pu montrer que le dépistage est réalisé pour 79 % des conducteurs lors d'un accident corporel et seulement pour 42 % d'entre eux lors d'un accident mortel. Qu'il y ait eu ou non dépistage, la part des alcoolémies connues est de 85 % dans les accidents corporels, contre 77 % pour les accidents mortels. Cette dernière proportion va en augmentant (elle était de 67 % en 1988).

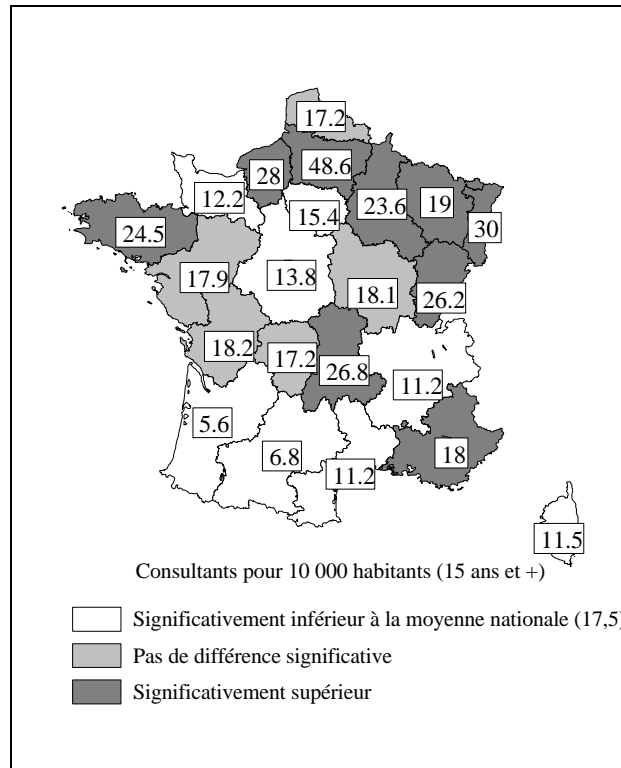
Ainsi, en gardant les limites de ces données à l'esprit, on peut tout de même noter que parmi les éthylotests qui ont été effectués lors d'accidents corporels, le taux de positifs en Alsace est supérieur à la moyenne nationale (surtout dans le département du Haut-Rhin). Entre 1983-1987 et 1988-1992, ce taux de positifs est en diminution dans le Haut-Rhin, alors qu'il reste stable dans le Bas-Rhin, et en moyenne nationale. Ces résultats peuvent être liés à des pratiques différentes des gendarmes et policiers dans la région, ou dans les départements.

Les résultats des contrôles dissuasifs réalisés par la Police et la Gendarmerie (prévus par une loi de 1978), sont eux aussi difficiles à analyser en terme d'alcoolisation au volant. En effet les variations que l'on observe d'un département à l'autre dépendent largement de l'intensité des contrôles, et de la qualité de leur ciblage (contrôles réalisés sur des périodes à risques...).

Si dans les deux départements alsaciens les contrôles sont plus nombreux (rapportés à la population) qu'en moyenne sur l'ensemble du pays, les taux de contrôles positifs sont équivalents à la moyenne nationale dans le Bas-Rhin, et inférieurs à cette moyenne dans le Haut-Rhin.

Figure 20.

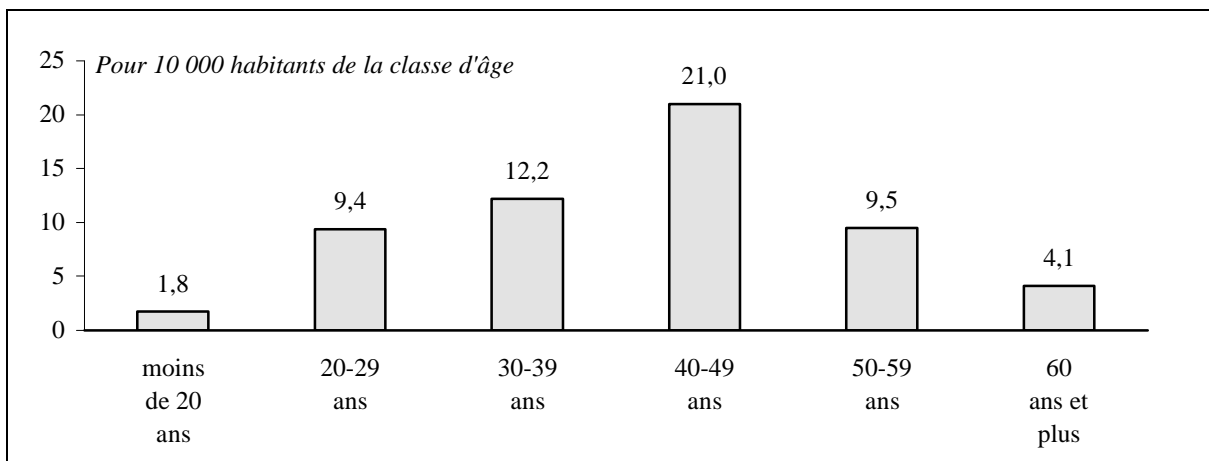
Taux de consultants du dispositif de lutte contre l'alcoolisme* dans les régions de France métropolitaine en 1995



Source : DGS - bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances
 INSEE - Estimation de population au 1-1-1995
 * activité des CHAA et des CDPA

Figure 21.

Les nouveaux consultants buveurs en Alsace en 1995 par âge (pour 10 000 habitants de la classe d'âge)



Source : DGS - bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances
 INSEE - Estimation de population au 1-1-1995

La prise en charge du problème en Alsace

En l'absence quasi-complète de données de morbidité au sens strict, on se propose d'évaluer l'importance du problème en Alsace en mesurant sa prise en charge par le dispositif de lutte contre l'alcoolisme d'une part, et par le repérage des patients à risque alcool au sein des établissements hospitaliers d'autre part.

La population prise en charge par le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme

Le bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances de la Direction Générale de la Santé réalise chaque année un rapport de synthèse, donnant une image de l'activité du dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme ⁷ (Centres d'hygiène alimentaires, Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme), à partir des rapports-types renvoyés par les structures ^{xxi}. Ces rapports ne concernent pas le dispositif dans sa totalité, il n'inclut pas les centres de postcure ni les lits d'alcoologie.

En Alsace, en 1995, 4 054 personnes ont consulté dans les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) de la région, ce qui représente le second taux régional de consultants le plus élevé de France (cf carte ci-contre), nettement supérieur à la moyenne nationale. Ces données reflètent à la fois l'ampleur du phénomène alcool en Alsace et l'offre régionale du dispositif spécialisé.

En 1995, on comptait 1 384 nouveaux consultants buveurs, dont quatre sur cinq étaient des hommes, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 40 à 49 ans (Figure 19).

En ce qui concerne le statut professionnel des consultants de la région, selon les données transmises à la DGS, il sont 18 % à ne pas prétendre à une activité professionnelle (retraité, handicapé...), et parmi ceux qui pourraient en théorie être actifs, 32 % n'exercent pas d'emploi stable. (Le taux de réponse pour cet item est de 80 %)

La caractérisation des nouveaux consultants selon leur "mode de consommation" (alcoolodépendants, buveurs excessifs ou buveurs occasionnels) s'il est prévu dans le rapport type que les structures renvoient à la DGS, est assez rarement renseigné (43 % de non réponse). Parmi les réponses, 75 % font état d'une alcoolodépendance, 15 % d'une consommation occasionnelle, 10 % d'une consommation jugée excessive.

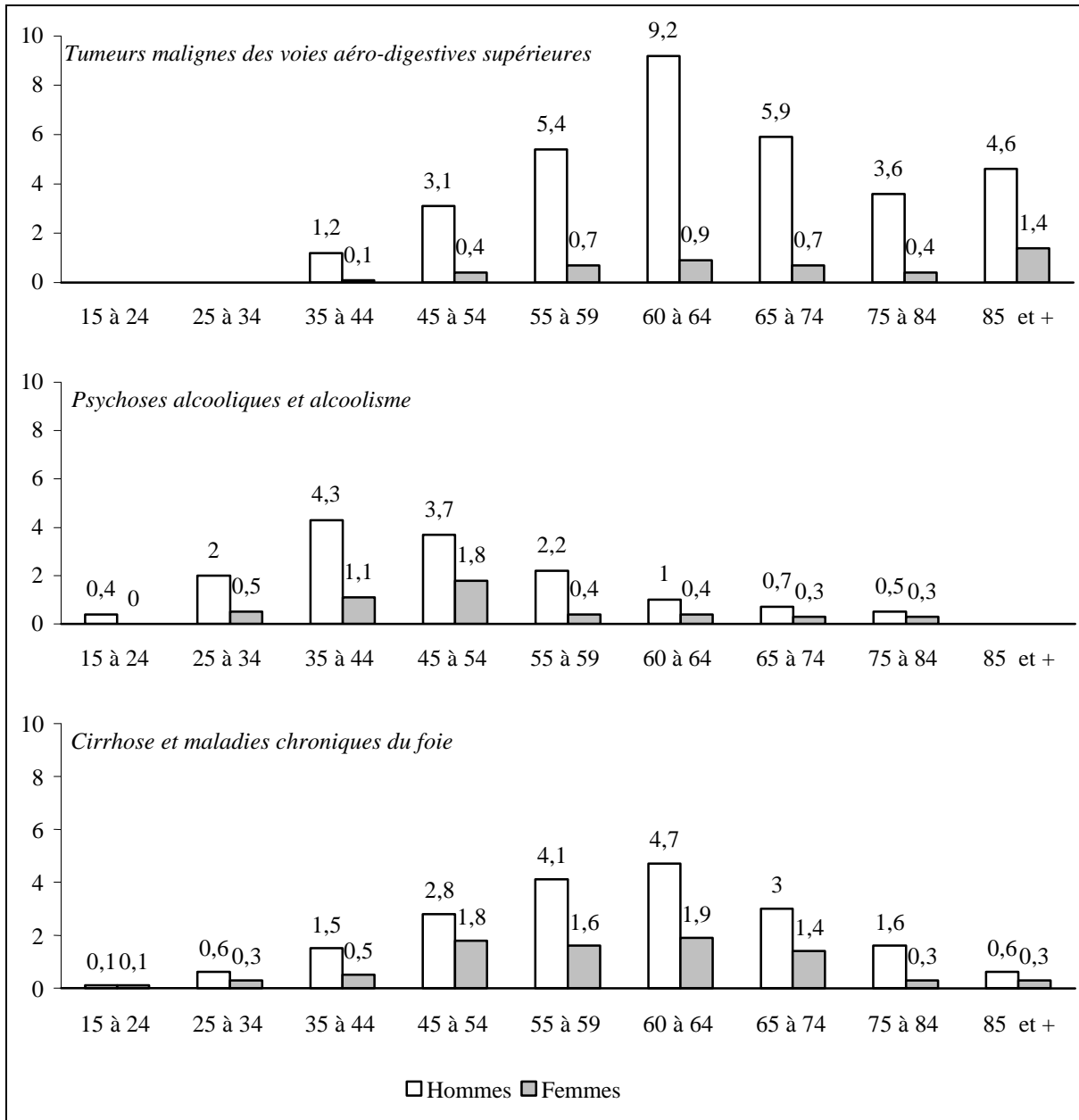
Ces pourcentages sont probablement biaisés du fait du fort taux de non-réponse (le fait de donner ou non ce renseignement n'est certainement pas indépendant de la manière dont le consultant est perçu).

Si les renseignements sur les consultants des Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, sont recueillis et centralisés par la DGS (ou par l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme pour les départements où cette association nationale est représentée), il apparaît beaucoup plus délicat d'avoir une vision globale de la population prise en charge par les différentes structures qui interviennent dans le domaine. La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) permet tout de même de mesurer l'activité d'alcoologie associées aux 22 lits de l'hôpital de Pfastatt (336 entrées en 1996), du centre de postcure Chateau-Walk (248 entrées pour 55 lits), et de la maison de postcure de Marienbronn (65 lits et 301 entrées).

⁷ Dispositif spécialisé émergeant sur la ligne budgétaire de l'Etat : Chapitre 47-17 article 20 du Budget de l'Etat

Figure 22.

**Taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants de France Métropolitaine
pour trois pathologies liées à l'alcool**



Source : SESI - Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993

Alcool et morbidité hospitalière : les enquêtes nationales

Le SESI a réalisé en 1992-1993 une enquête de morbidité hospitalière en court-séjour au niveau national ^{xxiii}. Si cette enquête ne permet pas de connaître les facteurs de risques présents chez les patients pris en charge, elle permet de mesurer le nombre de séjours⁸ associés à une pathologie donnée (codifiée selon la Classification Internationale des Maladies - 9^{ème} révision). Ainsi, en s'intéressant à trois pathologies fortement liées à l'alcool on peut avoir une image, partielle, du poids de l'alcool dans les services de soins de courte durée.

L'enquête du SESI évalue à 63 000 le nombre des séjours pour psychose alcoolique et alcoolisme dans les services de court séjour, dont 16 900 dans les CHR et 42 600 dans les autres centres hospitaliers publics. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) auraient été à l'origine de 64 600 séjours dans les établissements de la Métropole en 1993. Selon l'évaluation du SESI, on aurait dénombré en 1993 59 500 séjours pour cirrhose et autres maladies chroniques du foie.

Pour ces trois pathologies on retrouve une forte prédominance des séjours masculins (75 % pour les cancers des VADS, 87 % pour les psychoses alcooliques et 66 % pour les cirrhoses et maladies chroniques du foie). Si les taux d'hospitalisation pour cirrhose ou pour cancers des VADS culminent pour les hommes entre 60 et 64 ans, les personnes prises en charge pour psychoses alcooliques et alcoolisme dans les services de court-séjour sont plus jeunes (66 % ont entre 35 et 54 ans).

L'enquête nationale sur les hospitalisés menée par le CREDES en 1991-1992 ^{xi,xii}, permet de connaître la population des personnes hospitalisées un jour moyen de l'année en France. Elle mesure en particulier la présence de l'alcool comme facteur de risque, et cela pour tous les patients enquêtés, qu'ils soient ou non hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool. L. Com-Ruelle et S. Dumesnil ont donc pu réaliser une analyse de l'hospitalisation des patients alcooliques, considérant d'une part les patients hospitalisés pour alcoolisme, et d'autre part les patients chez qui on fait mention d'un "risque alcool" (même s'ils sont hospitalisés pour une autre raison). Contrairement à l'enquête du SESI, le champ de cette enquête recouvre aussi bien les services de soins de courte durée, que les services de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et de psychiatrie.

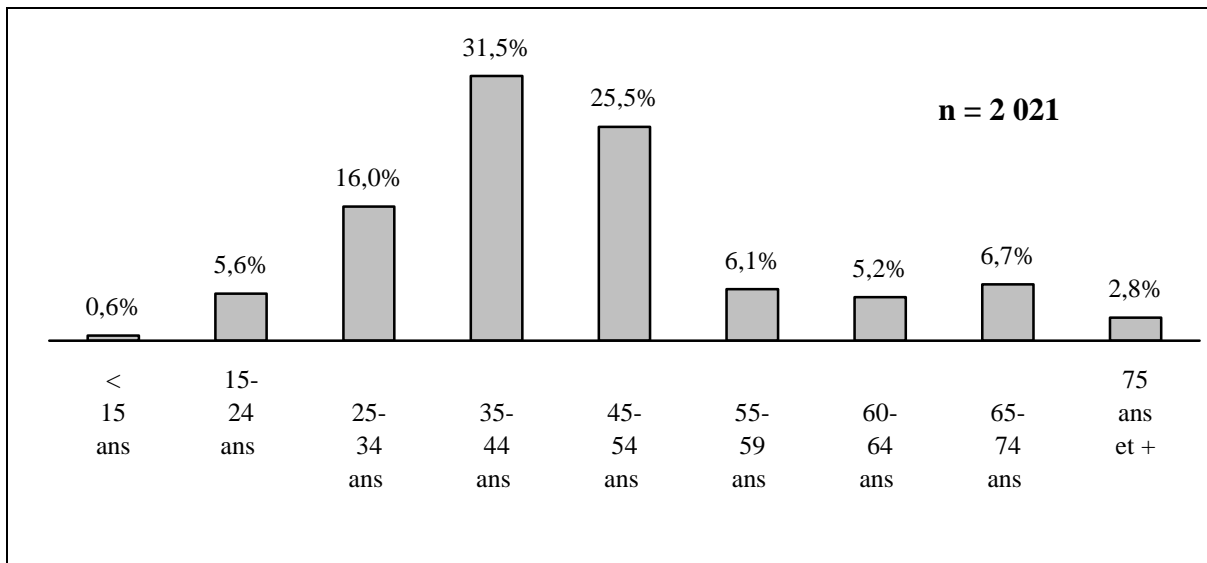
On évalue ainsi que 2,9 % des hospitalisés un jour moyen de l'année le sont pour alcoolisme. Leur prise en charge se fait essentiellement en psychiatrie (40 %), et en court-séjour (33%). 16 % d'entre eux sont en moyen séjour, et 11 % en long séjour. On retrouve les mêmes caractéristiques démographiques que dans l'enquête du SESI, avec trois fois plus d'hommes que de femmes, et des taux d'hospitalisations maximaux entre 45 et 64 ans. Parmi l'ensemble des diagnostics patents de ces personnes (y compris le diagnostic principal), on retrouve fréquemment les troubles mentaux (37 %). Leur degré d'invalidité est élevé, 77 % d'entre eux ne peuvent pas "mener une vie normale", 24 % n'ont aucune autonomie domestique.

Toujours selon cette enquête, 9,7 % des hospitalisés sont "à risque alcool" (en dehors de ceux qui sont admis pour alcoolisme), c'est à dire que l'alcool apparaît comme facteur de risque ou

⁸ Séjours de 24 heures et plus (y compris traitements itératifs) ou de moins de 24 heures hors IVG, dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs

Figure 23.

**Répartition par âge des séjours liés à l'alcool (GHM : 631, 632, 633)
dans les services de soins de courte durée en Alsace (1996)**



Source : PMSI - 1996

comme diagnostic associé. Cette proportion est certainement sous-estimée, elle reflète sans doute plus la capacité à repérer un risque par rapport à l'alcool qu'une prévalence objective de ce risque parmi les hospitalisés. On retrouve ce facteur plus souvent chez les hommes que chez les femmes (respectivement 17 % et 4 % des patients hospitalisés un jour donné), plus fréquemment en psychiatrie (13 % des patients), et en moyen séjour (11 %).

Ces enquêtes ont un double intérêt, en nous donnant un ordre de grandeur du problème alcool dans les hôpitaux et des caractéristiques de la population concernée, mais également en nous donnant des pistes pour l'utilisation éventuelle des données de PMSI. En effet, il est important de garder à l'esprit que si on évalue à 13 % le nombre global de patients ayant un risque alcool, seul un quart d'entre eux sont hospitalisés pour une pathologie directement liée à l'imprégnation éthylique chronique. La prise en charge de ces personnes se fait majoritairement en psychiatrie, secteur pour lequel le PMSI n'est pas encore mis en place.

Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Alsace

Les données de PMSI de 1996 que nous exploiterons ici ne concernent que les services de soins de courte durée des établissements publics Alsaciens. Ils ne concernent pas les Centres Hospitalier Spécialisés, ni les services de Soins de Suite et de Réadaptation dont on a montré l'importance en matière de prise en charge hospitalière du problème alcool. Parmi les établissements dont l'absence limite l'intérêt des données de PMSI, on peut citer le centre hospitalier de Pfastatt (336 entrées en alcoologie en 1996 selon SAE).

Nous avons sélectionné trois Groupes Homogènes de Malades directement liés à la l'éthylisme, qui permettront d'avoir une vision a minima du problème alcool dans les hôpitaux de la région :

- 631 : éthylisme avec dépendance (984 séjours en 1996),
- 632 : éthylisme sans dépendance (801 séjours en 1996),
- 633 : troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances (236 séjours).

Avec 12 623 journées d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour pour ces trois GHM est de 6,3 jours. Elle diffère significativement d'un groupe à l'autre : elle est de 2,5 jours pour l'éthylisme sans dépendance, de 7,9 jours pour l'éthylisme avec dépendance et de 12,3 jours pour les troubles mentaux organiques.

La répartition par âge des séjours est relativement proche de celle mesurée par les enquêtes nationales, avec une majorité de 35-54 ans. La répartition par âge est sensiblement différente d'un GHM à l'autre, en effet avec 31 % de moins de 35 ans, les séjours pour "éthylisme sans dépendance" touche plus fréquemment les jeunes que l'éthylisme avec dépendance et les troubles mentaux organiques (respectivement 14 % et 15 % de moins de 35 ans).

75 % des séjours pour ces 3 GHM sont masculins : on retrouve là encore les résultats des enquêtes nationales de morbidité hospitalière.

Si les données de PMSI de 1996 ne permettent pas de réaliser d'analyse géographique à un niveau fin, on peut discriminer les séjours selon le département de résidence du patient. On montre ainsi que 37 % des séjours concernent des bas-rhinois, 47 % des haut-rhinois, les 16 %

restant correspondent à des patients non domiciliés en Alsace. On compte ainsi 1 séjour pour 1 000 habitants de 15 ans et plus dans le Bas-Rhin, contre 1,8 dans le Haut-Rhin. En ce qui concerne les séjours pour éthylisme sans dépendance, le déséquilibre entre les deux départements est encore plus marqué puisque 66 % des séjours touchent des haut-rhinois.

Les différences que l'on observe entre le Haut-Rhin et le Bas-Rhin sont certainement le reflet d'une différence de repérage du problème alcool dans les centres hospitaliers des deux départements. Ainsi, sur les 801 séjours dont le diagnostic principal est "éthylisme sans dépendance", 38 % ont été enregistrés au Centre Hospitalier de Mulhouse, 19 % au Centre Hospitalier de Colmar, et seulement 11 % aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. De tels résultats remettent en cause la validité de l'analyse des données de PMSI pour l'observation du problème alcool.

Les limites de la notion de morbidité prise en charge

Les données de morbidité prise en charge dépendent très largement de la capacité des professionnels interrogés à repérer les patients à risque. En effet, comme le montre une enquête réalisée dans le Haut-Rhin par le Dr Gebauer^{xiii}, seuls 5,9 % des patients vus un jour donné par les médecins généralistes sont repérés comme étant à risque alcool, cette proportion étant de 2,1 % en consultation externe à l'hôpital, de 17 % parmi les admissions hospitalières. En comparant ces résultats avec les 15 % à 25 % attendus (13 % selon l'enquête du CREDES sur la clientèle hospitalisée...), on peut mesurer l'importance de la sous-évaluation du problème en médecine générale et en consultation externe hospitalière. Le taux de participation relativement faible des médecins enquêtés (21 % de répondants), montre peut-être aussi une tendance à sous estimer l'importance du problème quand celui ci n'est pas directement lié à une pathologie.

Tableau 24.

Proportion de décès attribuables à l'alcool par sexe et par cause de décès en Alsace (1993-1995)

	Part des décès attribuables à l'alcool		Nombre de décès attribuables à l'alcool (moy. annuelle)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Tumeurs				
Bouche et Pharynx	42%	80%	8	103
Oesophage	42%	80%	7	90
Larynx	42%	80%	2	36
Alcoolisme-psych. alcool.	95%	95%	11	59
Cirrhose du foie	90%	90%	69	178
Signes mal définis	10%	10%	32	30
Accidents circulation	30%	30%	17	53
Autres accidents	10%	10%	7	10
Suicides	25%	25%	17	49
Autres morts violentes	50%	50%	0	0
TOTAL	/	/	171	607

Source : Inserm SC8 - exploitation ORSAL

La mortalité liée à l'alcool

Considérer le problème de l'alcool à partir de la mortalité qui lui est associée ne permet pas d'avoir une vision précise de la situation actuelle des comportements vis à vis de l'alcool dans notre région. Néanmoins, par leur disponibilité, leur comparabilité à différentes échelles géographiques et sur différentes périodes, les données de mortalité constituent un outil d'analyse de choix.

Quels sont les décès que l'on peut attribuer à l'alcool en Alsace ?

On se propose d'évaluer globalement le rôle de l'alcool en tant que facteur de risque de mortalité. En appliquant les proportions utilisées par différents auteurs^{xx, xxv, xxvii} aux données de mortalité de l'INSERM (1993 à 1995), nous avons estimé un nombre de décès imputables à l'alcool en Alsace. Les proportions que nous utilisons ici sont proches de celles qu'utilisent Velten., Ungerer. et Schaffer^{xxv}. Elles présentent l'intérêt de différencier le poids de l'alcool suivant le sexe, et de se baser sur une classification simplifiée des causes de décès (classification S9 définie par l'INSERM).

Entre 1993 et 1995 on dénombrerait, en moyenne chaque année, 607 décès masculins et 171 décès féminins liés à l'alcool. Les décès par mort violente représentent selon cette estimation, 18 % des décès attribuables à l'alcool chez les hommes, 8 % chez les femmes. Chez ces dernières, le poids élevé des "signes et états morbides mal définis" s'explique certainement par une surestimation du poids de l'alcool parmi ces causes qui recouvrent des situations très hétérogènes.

L'évaluation réalisée par Zureik et Ducimetierre^{xxvii}, basée sur des travaux américains, qui détaille de manière plus précise la part de décès attribuables en fonction des causes de décès détaillées de la Classification internationale des maladies (9ème révision), donne une estimation un peu plus importante chez les hommes (689 décès annuels) et nettement plus importante pour les décès féminins (327 décès annuels, soit près de deux fois plus). Cette estimation donne un poids beaucoup plus important aux morts violentes, qui représentent alors 27 % des décès imputables à l'alcool chez les hommes, 38 % chez les femmes.

Les trois grandes causes de décès classiquement attribuées à la consommation d'alcool (les psychoses alcooliques, les cirrhoses et les cancers de voies aéro-digestives supérieures) représenteraient la majorité de ces décès selon les estimations françaises (avec 77 % chez les hommes, 57 % des décès chez les femmes).

Pour analyser de manière plus poussée la mortalité liée à l'alcool dans la région, on s'intéressera plus particulièrement à ces trois causes de décès. L'objectif n'étant plus alors de quantifier le rôle de l'alcool en tant que cause de mortalité mais d'analyser 3 composantes principales de la mortalité liée à l'éthylisme chronique.

Tableau 25.

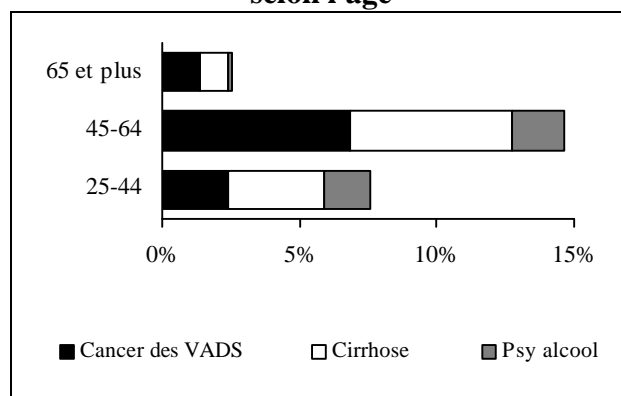
Nombre de décès annuels moyens en Alsace en 1993-1995

	Hommes		Femmes		Total
	nb annuel	%	nb annuel	%	nb annuel
Cirrhose du foie	197	72%	77	28%	274
Psychose alcoolique et alcoolisme	62	84%	12	16%	74
Cancers des VADS	286	88%	39	12%	325

Source : Inserm SC8

Figure 26.

Part des décès liés à l'éthylisme chronique dans la mortalité générale selon l'âge



Source : Inserm SC8

Exploitation ORSAL

Tableau 27.

Nombre de décès prématurés* en Alsace en 1993-95

	Hommes		Femmes	
	Nbre	%	Nbre	%
Décès "évitables"	1 242	53,7	435	49,1
<i>dont cirrhose, psychoses alcooliques et cancer des VADS</i>	327	14,1	62	7,0
Autres décès	1 072	46,3	450	50,9
Décès prématurés	2 314	100,0	885	100,0

Source : Inserm SC8

Exploitation ORSAL

* C'est à dire intervenant entre 1 et 65 ans

Définition : Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables", c'est à dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. La liste des causes de décès évitables utilisée ici a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès entre 1 et 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, SIDA, cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'oesophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle.

Une mortalité prématurée et majoritairement masculine

Entre 1993 et 1995 on a compté chaque année en Alsace 274 décès par cirrhose du foie, 74 décès par "psychose alcoolique et alcoolisme", et 325 décès par cancer des voies aéro-digestives supérieures. Il s'agit pour la plus grande partie de décès masculins.

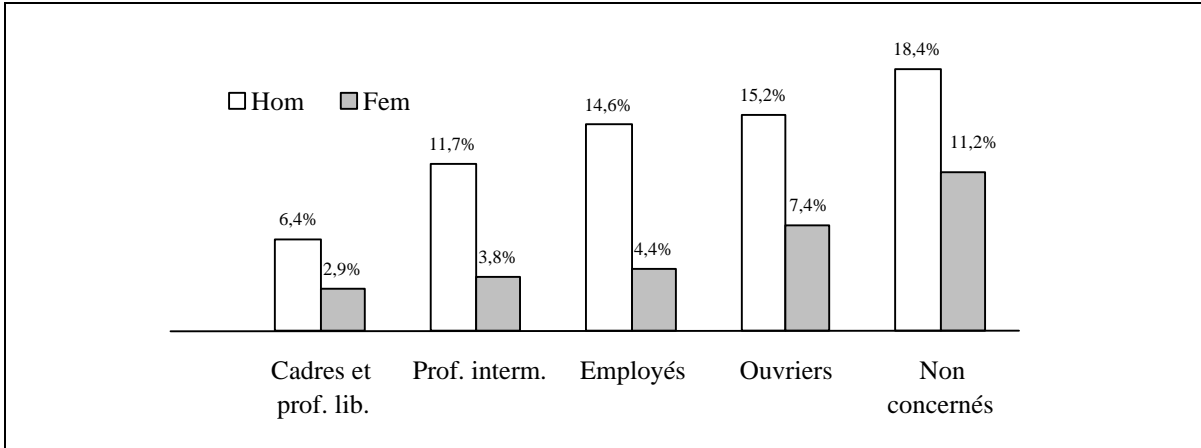
Il s'agit en grande partie de décès prématurés : 60 % des décès masculins et 49 % des décès féminins touchent des personnes de moins de 65 ans.

La mortalité par cirrhose, alcoolisme et psychoses alcooliques et par cancer des VADS représente un décès sur 20 en Alsace (tous âges confondus). S'ils ne représentent qu'une faible partie des décès pour les plus de 65 ans, leur poids est maximal chez les 45-64 ans (17,2 % des décès masculins, 8,0 % des décès féminins).

En Alsace entre 1993 et 1995 la mortalité prématurée représente 32 % des décès masculins et 12 % des décès féminins. Parmi eux on peut définir une mortalité prématurée "évitable" (*cf définition ci-contre*) qui représente 54 % des décès prématurés masculins et 49 % des décès prématurés féminins. Chez les hommes un quart (26 %) de ces décès évitables sont dus à l'une des trois pathologies liées à l'alcool. Cette proportion est de 14 % chez les femmes.

Figure 28.

Part des cirrhoses, psychoses alcooliques et cancer des voies aéro-digestives supérieures dans la mortalité des 25-59 en Alsace en 1993-1995 selon la catégorie socioprofessionnelle



Source : Inserm SC8 - Exploitation ORSAL

Mortalité liée à l'alcool et catégories socioprofessionnelles en Alsace

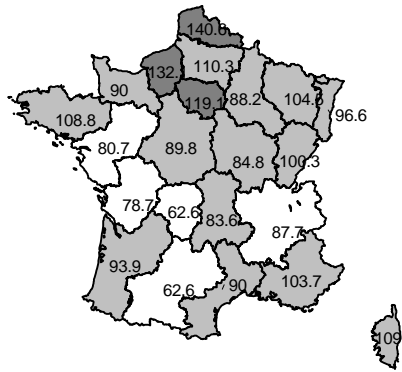
L'étude de la mortalité par catégorie socioprofessionnelle pour les trois grandes causes liées à la consommation d'alcool a été faite au niveau nationale par l'INSERM (SC8) ^{xxii}. En s'intéressant aux décès des 25-59 ans, après standardisation sur l'âge, cette étude fait apparaître des différences très marquées entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Ainsi, chez les hommes, ce sont les ouvriers, puis les agriculteurs qui sont les plus touchés (respectivement 10 fois plus et 5 fois plus que les cadres et professions libérales), ce qui est surtout marqué pour les décès par cirrhose. Pour les femmes, la hiérarchie n'est pas aussi nette avec des rapports de 1 pour 4 entre les ouvriers et les cadres.

Au niveau régional, pour les mêmes tranches d'âge on s'est intéressé au poids de la mortalité liée à l'alcool dans la mortalité générale (en se restreignant aux trois pathologies citées plus haut), selon la catégorie socioprofessionnelle.

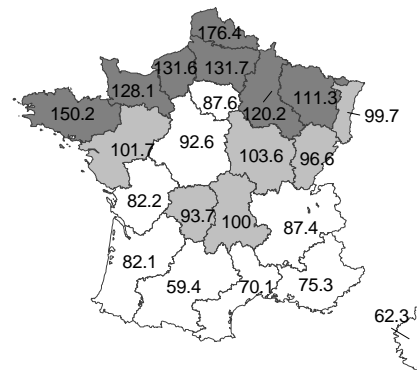
On voit ainsi (figure 26) que pour les hommes, si les trois causes liées à l'alcool représentent 15,2 % de la mortalité globale des ouvriers, cette proportion n'est que de 6,4 % chez les cadres. La situation des employés est proche de celle des ouvriers (14,6 %).

On peut noter l'importance de l'alcool dans la catégorie des "non-concernés", qui regroupe les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle, ou pour lesquelles la catégorie socio-professionnelle n'est pas renseignée. Chez les femmes, si les différences entre catégories socio-professionnelles ne sont pas significatives, on montre tout de même que le poids de l'alcool est plus faible chez les femmes actives que chez les femmes "non-concernées".

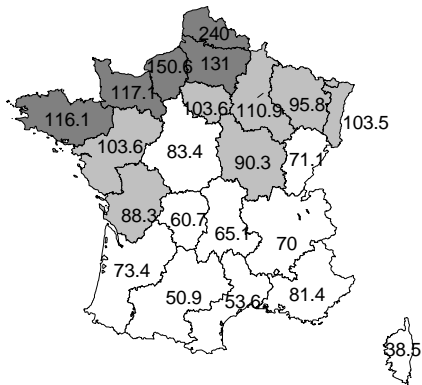
ICM Cancres des voies aérodigestives supérieures (Femmes)



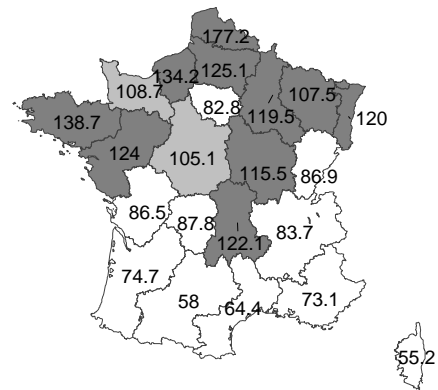
ICM Cancres des voies aérodigestives supérieures (Hommes)



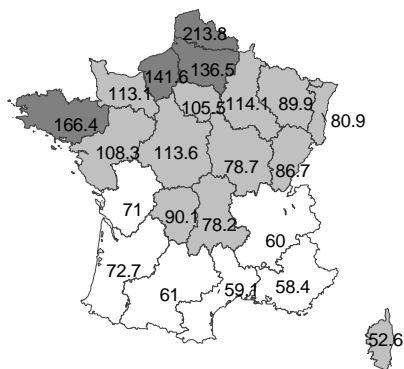
ICM Cirrhose du foie (Femmes)



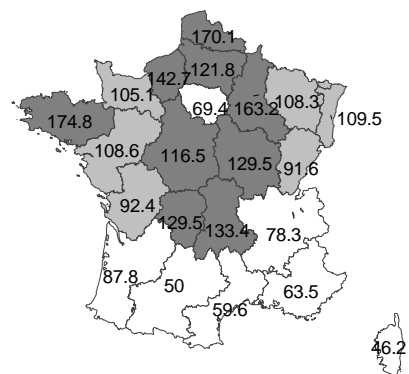
ICM Cirrhose du foie (Hommes)



ICM Psychoses alcooliques et alcoolisme (Femmes)



ICM Psychoses alcooliques et alcoolisme (Hommes)



ICM 1993-1995 (ICM France=100)

- Sous-mortalité significative
- Pas de différence significative
- Surmortalité significative

La mortalité alsacienne face aux autres régions

Une fois supprimés les effets de la structure par âge, les indices comparatifs de mortalité (ICM⁹) par cancer des voies aéro-digestives supérieures, et par psychoses alcooliques et alcoolisme dans la région ne sont pas significativement différents de la moyenne nationale, et cela quel que soit le sexe considéré.

En ce qui concerne la cirrhose de foie, si la mortalité féminine reste dans la moyenne nationale, on observe en Alsace une nette surmortalité masculine (+20 %) qui place notre région en 7^{ème} position en matière de mortalité pour cette pathologie.

La situation des deux départements alsaciens est relativement proche en ce qui concerne la mortalité par cirrhose du foie ou par psychose alcoolique et alcoolisme (on ne met pas en évidence de différence significative entre les deux départements).

Par contre, si la mortalité alsacienne par cancer des voies aéro-digestives supérieures n'est pas significativement différente de la moyenne nationale, on mesure une sous-mortalité masculine pour ces pathologies dans le Haut-Rhin.

Tableau 29.
**Indices comparatifs de mortalité 1993-1995
des deux départements alsacien
(ICM France=100)**

<i>Hommes</i>	Bas-Rhin	Haut-Rhin
Cirrhose du foie	116,8 *	124,3 *
Psychose alcoolique et alcoolisme	109,0	110,1
Cancers des VADS	107,3	89,3 *
<i>Femmes</i>	Bas-Rhin	Haut-Rhin
Cirrhose du foie	102,0	105,5
Psychose alcoolique et alcoolisme	76,9	86,6
Cancers des VADS	101,2	90,0

* ICM significativement différent de la moyenne nationale

⁹ ATTENTION : Les cartes ci-contre ne peuvent être lues qu'individuellement. Les chiffres qui y figurent ne peuvent en aucun cas être comparés d'une carte à l'autre. En effet, ces chiffres indiquent une surmortalité ou une sous-mortalité par rapport à la France (France = base 100) pour la cause et le sexe concernés et non une valeur absolue.

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport en pourcentage du nombre de décès observés au nombre de décès attendus, si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. La significativité est déterminée par un test du c2.

Tableau 30.
Taux comparatifs ¹⁰ de mortalité 1993-95
et évolutions depuis 1988-1990

<i>Hommes</i>	Alsace		France	
	Taux * 1993-1995	Evolution 88-90 à 93-95	Taux *1993-1995	Evolution 88-90 à 93-95
Cirrhose du foie	27,8	-23%	22,7	-19%
Psychose alcoolique et alcoolisme	8,4	-23%	7,3	-20%
Cancers des VADS	41,5	-17%	42,2	-17%
<i>Femmes</i>	Taux * 1993-1995	Evolution 88-90 à 93-95	Taux *1993-1995	Evolution 88-90 à 93-95
Cirrhose du foie	8,6	-13% NS	8,4	-17%
Psychose alcoolique et alcoolisme	1,3	3% NS	1,7	-15%
Cancers des VADS	4,2	-6% NS	4,5	-3% NS

Source : Inserm SC8 - INSEE Estimations et RP90 Exploitation ORSAL

* : Taux pour 100 000 habitants

NS: Evolution non significative

¹⁰ **Le taux comparatif de mortalité**, ou taux standardisé direct, est défini comme 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 française au recensement de 1990, deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

Evolution de la mortalité liée à l'alcool dans la région

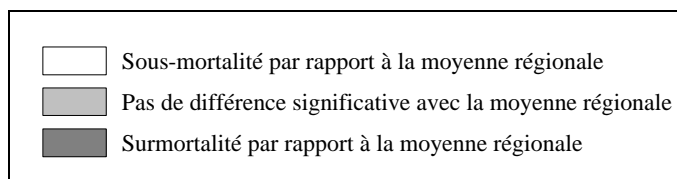
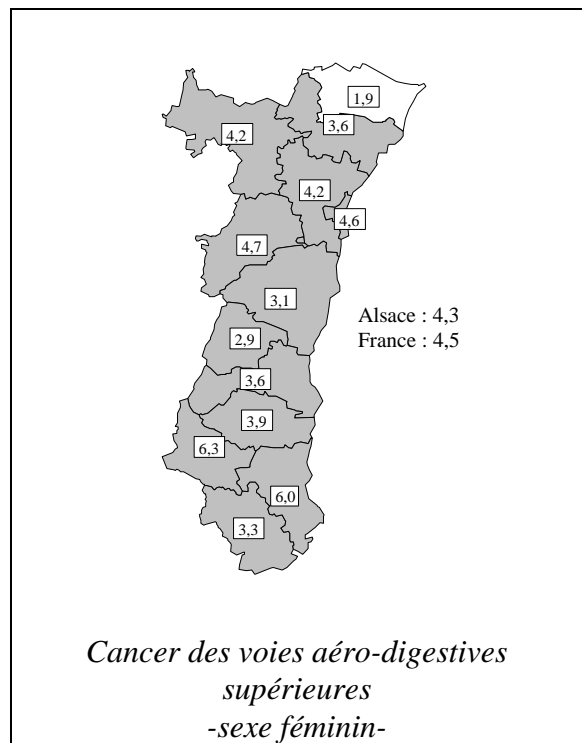
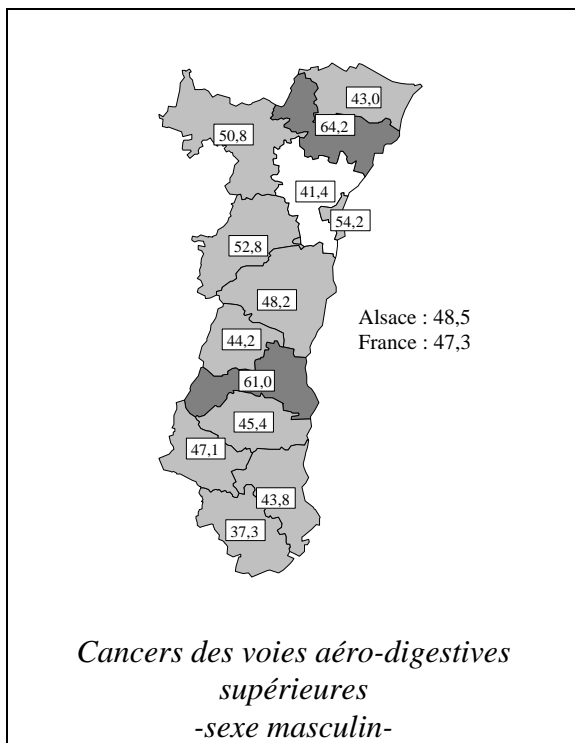
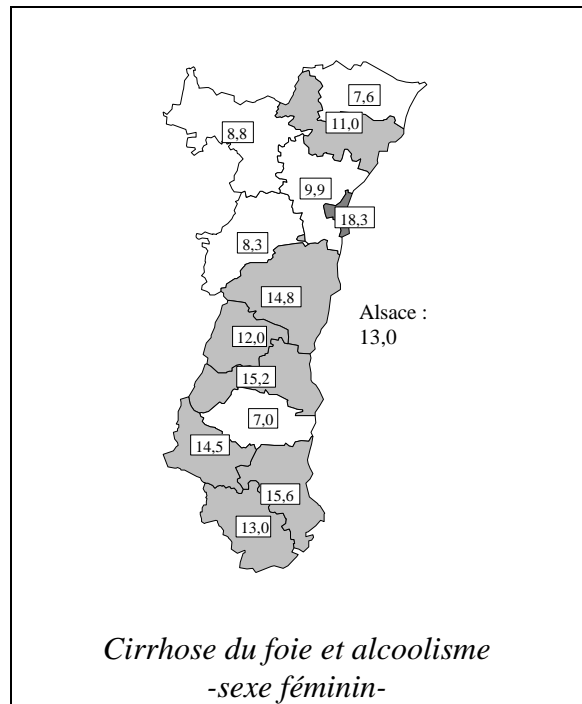
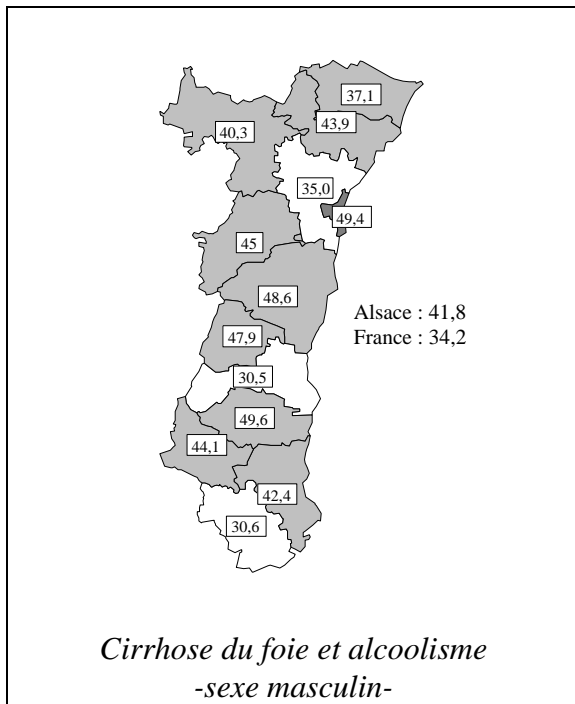
Depuis la fin des années soixante dix, la mortalité liée à la consommation d'alcool est en forte diminution, aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Entre 1973 et 1993, la mortalité par cirrhose a ainsi chuté de 50 % pour chacun des deux sexes ^{xxii}. La diminution est relativement moins importante pour la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme (-30% pour les deux sexes). Par contre en ce qui concerne les décès par cancer des voies aéro-digestives si on mesure une baisse de 30 % pour les hommes, elle n'est que de 5% chez les femmes. Cette évolution différentielle peut s'expliquer par le changement des comportements de la population féminine vis à vis du tabac, ou de l'alcool.

Evolution des taux comparatifs entre 1988-90 et 1993-95

Entre 1988-90 et 1993-95, la diminution de la mortalité masculine alsacienne se poursuit au même rythme que la moyenne nationale. On observe ainsi sur une période de 5 ans une baisse de la mortalité par cirrhose alcoolique et par alcoolisme de l'ordre de 23 %. En ce qui concerne la mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures, la baisse est de 17 % (toutes ces évolutions sont statistiquement significatives). Globalement pour toutes les causes citées, l'écart avec la moyenne nationale se réduit légèrement sur la période considérée. Ces observations sont les mêmes au niveau de chacun des départements alsaciens.

Les taux comparatifs de mortalité féminins pour ces trois causes de décès n'évoluent pas significativement en Alsace et restent proches des valeurs nationales avec des taux nettement inférieurs aux taux masculins. Les constats sont du même ordre à l'échelle des départements.

Taux comparatifs de mortalité pour 100 000 habitants en 1988-1992



Une analyse géographique de la mortalité liée à l'alcool en Alsace en 1988-1992

L'analyse géographique de données de mortalité pose le problème du choix d'une unité pertinente. Cette unité doit permettre à la fois de donner une vision fine de la répartition mortalité liée à l'éthylisme chronique sur le territoire régionale, tout en ayant une taille compatible avec l'utilisation de l'outil statistique. L'échelle cantonale, et a fortiori communale, n'ont pu être retenus pour des raisons de puissance statistique, et nous avons opté pour une étude de la mortalité à l'échelle des arrondissements alsaciens.

Une surmortalité par cirrhose et alcoolisme (y.c. psychoses alcooliques) dans l'arrondissement de Strasbourg-Ville

L'analyse géographique de la mortalité par cirrhose du foie et alcoolisme (y.c. psychoses alcooliques), à l'échelle des arrondissements alsaciens, permet de mettre en évidence une surmortalité significative dans l'arrondissement de Strasbourg-Ville, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. L'arrondissement de Strasbourg-Campagne se caractérise quant à lui par une sous-mortalité par rapport à la moyenne régionale pour chacun des deux sexes.

En dehors de ces deux arrondissements, l'analyse géographique pour les deux sexes n'est apparemment pas concordante : si on mesure une sous-mortalité masculine dans les arrondissements de Colmar et Altkirch, les zones de sous-mortalité féminine sont localisées au nord du Bas-Rhin (Arrondissement de Wissembourg, Saverne et Molsheim) et dans l'arrondissement de Guebwiller.

Une surmortalité masculine par cancer des voies aéro-digestives supérieures dans les arrondissements de Colmar et Haguenau

Sur la même période, l'analyse géographique de la mortalité masculine par cancer des voies aéro-digestives supérieures ne met plus en évidence de surmortalité significative dans l'arrondissement de Strasbourg-Ville. Strasbourg-Campagne reste néanmoins une zone de sous-mortalité masculine.

Les arrondissements de Haguenau et Colmar apparaissent comme des zones de surmortalité masculine par rapport à la moyenne régionale.

Par contre, en ce qui concerne la mortalité féminine, les effectifs étant particulièrement faibles (les taux comparatifs de mortalité sont plus de dix fois inférieurs aux taux masculins), et les tests statistiques particulièrement peu puissants, une seule zone apparaît significativement différente de la moyenne régionale : il s'agit de l'arrondissement de Wissembourg, où l'on mesure une sous-mortalité pour les cancer des voies aéro-digestives supérieures chez la femme.

Le choix de l'arrondissement comme unité d'analyse s'est imposé par des raisons pratiques (limiter la perte de puissance statistique). Il faut garder à l'esprit l'aspect arbitraire du choix de l'arrondissement, au sein duquel il n'y a pas a priori d'homogénéité de comportement vis à vis de l'alcool.

Tableau 31.
Taux comparatifs de mortalité pour 100 000 habitants en 1988-1992
selon la taille de l'unité urbaine de domicile

Taille de l'unité urbaine *	Cirrhose du foie et alcoolisme		Cancer des VADS	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Commune rurale	42,2	8,1	50,3	3,4
Commune des Unités Urbaines	41,7	14,4	48,0	4,7
U. U. de moins de 5 000 hab.	36,3	7,4	42,9	3,1
U. U. de 5 000 à moins de 10 000 hab.	47,6	11,6	45,9	4,8
U. U. de 10 000 à moins de 20 000 hab.	36,3	13,2	44,0	3,2
U. U. de 20 000 à moins de 50 000 hab.	41,4	9,0	44,5	7,0
U. U. de 50 000 à moins de 100 000 hab.	33,4	15,8	61,8	3,9
U. U. de 200 000 à moins de 2 000 000 hab.	44,9	14,4	49,7	5,0
<i>Moyenne Alsace</i>	41,8	11,4	48,5	4,3
<i>Moyenne France métropolitaine</i>	34,2	11,3	47,3	4,5

Source : INSERM SC8 - INSEE RP 90 Exploitation ORSAL

* On entend par unité urbaine, selon la définition de l'INSEE, une ou plusieurs communes sur le territoire desquelles se trouve un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité et comportent au moins 2 000 habitants. Une commune est dite rurale quand elle n'appartient pas à une unité urbaine.

* Les taux notés en **caractère gras** sont significativement différents de la moyenne régionale au seuil de 5 %.

Espace rural / Espace urbain : des différences en matière de mortalité liée à l'éthylisme chronique ?

Le tableau ci-contre présente les résultats d'une analyse géographique de la mortalité liée à l'éthylisme chronique en fonction de la taille de l'unité urbaine.

En ce qui concerne les hommes, la mortalité liée à l'éthylisme chronique n'est pas différente que l'on soit dans une commune rurale ou dans une commune urbaine (voir définition ci-contre). On ne mesure pas non plus de lien significatif entre la taille de l'unité urbaine et la mortalité masculine. On retrouve tout de même dans cette analyse la situation particulière de Colmar (seule unité urbaine entre 50 000 et 100 000 habitants en Alsace), où l'on mesure une surmortalité masculine par cancer des voies aéro-digestives supérieures.

Par contre, en ce qui concerne les femmes, l'analyse montre une sous-mortalité significative par cirrhose du foie et alcoolisme dans les communes rurales par rapport aux communes urbaines. Parmi les communes urbaines, s'il n'y a pas d'augmentation de la mortalité en fonction de la taille de l'unité urbaine, on note tout de même que les petites unités urbaines (moins de 5 000 habitants) sont proches des communes rurales en ce qui concerne la mortalité par cirrhose et alcoolisme. A l'inverse, les deux unités urbaines de plus de 200 000 habitants (Strasbourg et Mulhouse) sont caractérisées par une surmortalité féminine pour ces pathologies.

Du fait de la faiblesse des effectifs, l'analyse de la mortalité féminine par cancer des voies aéro-digestives ne montre aucune différence entre les communes rurales et urbaines.

Faits marquants

- ⇒ L'Alsace enregistre le deuxième taux de consultants des Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) le plus élevé de France.
- ⇒ Aucune donnée de morbidité n'est disponible en Alsace concernant l'alcool. Seules les données de prise en charge et de morbidité hospitalière sont utilisables. En 1996, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information dénombre ainsi 2021 séjours directement liés à l'éthylisme. Il faut leur ajouter les 336 entrées dans l'unité d'alcoologie de Pfastatt. Il s'agit d'une estimation a minima du poids de l'alcool à l'hôpital puisqu'elle occulte les patients "à risque alcool" hospitalisés pour d'autres pathologies. Or, selon l'enquête nationale des hospitalisés (CREDES), les deux-tiers des personnes pour lesquelles l'alcool a été repéré comme facteur de risque ne sont pas hospitalisées pour une pathologie liée à l'éthylisme.
- ⇒ En moyenne chaque année, 171 décès masculins et 607 décès féminins peuvent être attribués à l'alcool.
- ⇒ Les cirrhoses, psychoses alcooliques et cancers des VADS représentent 14 % des décès prématurés masculins (décès survenant avant 65 ans) et 7 % des décès prématurés féminins.
- ⇒ La mortalité par cirrhoses, psychoses alcooliques et cancers des VADS est 5 à 10 fois plus élevée chez les ouvriers et agriculteurs et ouvriers que chez les cadres et professions libérales.
- ⇒ La mortalité pour les trois principales pathologies liées à la consommation d'alcool est comparable en Alsace à la moyenne nationale, sauf pour les cirrhoses du foie (surmortalité masculine de 20 %).
- ⇒ En Alsace, comme dans l'ensemble de la France, la mortalité pour les pathologies liées à l'alcool continue à diminuer rapidement.
- ⇒ Les deux départements alsaciens présentent des niveaux de mortalité très proches pour ces pathologies. La seule différence concerne les cancers des voies aéro-digestives supérieures (sous mortalité masculine dans le Haut-Rhin).
- ⇒ L'analyse géographique de la mortalité a posé des problèmes méthodologiques aussi bien pour le choix de l'échelle d'analyse que pour le traitement statistique des données. On a tout de même pu montrer une surmortalité par cirrhose et alcoolisme dans l'arrondissement de Strasbourg-Ville, et une surmortalité masculine par cancer des voies aéro-digestives supérieures dans les arrondissement de Colmar et Haguenau. Ces conclusions doivent être prises avec beaucoup de précautions, leur "stabilité" mériterait d'être vérifiée par une répétition de l'analyse à différentes périodes. Ces résultats pourraient être affinés par l'utilisation de techniques de lissage géographique, plus puissantes d'un point de vue statistique.

CONCLUSION

A la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace, l'Observatoire régional de la santé d'Alsace a engagé ce travail basé sur l'analyse des données existantes dans le domaine de l'alcool, avec pour objectifs :

- de donner une image de l'ampleur et de la gravité du problème alcool en Alsace,
- de mettre à la disposition des décideurs des indicateurs susceptibles d'orienter les politiques de prévention et de prise en charge des personnes à risque alcool,
- de proposer des pistes pour une observation future dans un objectif de suivi des actions mises en place.

Réaliser ce portrait de la région Alsace vis à vis du problème alcool nous a amenés à recueillir, exploiter et analyser des données issues de sources multiples, fragmentaires et parfois contradictoires. Comme c'est souvent le cas dans le domaine de la santé publique et tout particulièrement à l'échelon régional, les données disponibles ne donnent que des réponses partielles aux questions posées.

En ce qui concerne les comportements de consommation d'alcool, la piste des informations économiques a rapidement été abandonnée. En effet, à l'exclusion des statistiques sur la production et le nombre de débits de boissons, aucune information régionale n'est disponible.

Nous nous sommes alors penchés sur les données issues d'enquêtes de consommation. La plupart des ces enquête sont nationales. Reproduites périodiquement, elles ne sont pas ou peu exploitables à l'échelle de la région, pour des raisons de méthode d'échantillonnage. En Alsace, les seules données exploitables sont issues de l'enquête MONICA réalisée par le Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique de la Faculté de médecine de Strasbourg. Cette enquête, très riche en informations, ne porte néanmoins que sur les consommations des 35-64 ans et on ne peut que souligner l'absence complète de données récentes de consommation d'alcool chez les jeunes en Alsace.

Pour appréhender les effets de l'alcool sur la santé, nous nous sommes particulièrement intéressés aux données de mortalité et de morbidité. Les données de mortalité, présentent l'énorme avantage d'être disponibles jusqu'à l'échelon de la commune et sur de longues périodes. Si elles permettent de réaliser des comparaisons entre unités géographiques (en particulier de situer l'Alsace par rapport aux autres régions), et des analyses temporelles, elles ne donnent, de par leur nature, qu'une vision très partielle du problème. En effet, parmi les personnes actuellement "à risque alcool" dans la région, seule une partie va décéder d'une pathologie clairement identifiée comme étant due à l'alcoolisation (cirrhose du foie, cancer des voies aéro-digestives supérieures...). De plus, du fait de la durée s'écoulant entre exposition et décès, elles ne sont que le reflet de comportements à risque relativement anciens. Par ailleurs, ces données ne permettent pas de réaliser d'analyse fine par catégories socioprofessionnelles, en raison de la mauvaise qualité de codage de cet indicateur. Enfin, leur exploitation à des échelons géographiques fins se heurte à des problèmes techniques dus au manque de puissance de l'outil statistique quand les effectifs deviennent faibles.

Il n'a pas été possible d'analyser de données de morbidité au sens strict, puisque celles ci ne sont pas recueillies en ce qui concerne l'alcool. Nous avons donc utilisé la notion de " morbidité prise en charge ", qui dépend directement de l'accès aux structures de soins, et du repérage du problème alcool par les professionnels de santé. Les limites de cette notion sont doubles, tout d'abord par la nature même de ces données (données d'activité détournées de leur fonction comptable), mais également par les modalités de recueil qui pourraient certainement être améliorées.

Toutefois, loin de nous mener à un constat d'échec, cette étude nous a permis d'ébaucher les pistes d'une observation durable du problème alcool en Alsace, dans l'optique d'un suivi de futures actions à mener.

Il faudrait pour cela être capable de mesurer de manière reproductible dans le temps les comportements d'alcoolisation des alsaciens. Une telle mesure demanderait la mise en place **d'enquêtes spécifiques**, permettant de mesurer la consommation d'alcool, mais également d'autres comportements " à risque ", en ciblant éventuellement des populations plus vulnérables (les jeunes, les personnes en situation de précarité...). De telles démarches pourraient en particulier se baser sur la régionalisation d'enquêtes nationales. L'Observatoire régional de la santé a ainsi pour projet de réaliser en coopération avec le CFES, un " Baromètre Santé Adolescent " en Alsace. Cette enquête reprendra la même méthodologie que le Baromètre national, et sera réalisée dans trois régions (Picardie, Pays-de-la-Loire et Alsace) ce qui rendra possible pour la première fois les comparaisons inter-régionales de consommation chez les jeunes.

Au delà de la réalisation de telles enquêtes, une meilleure utilisation des données existantes que nous avons recensées dans cette étude passe :

- Par une phase de **mise à plat méthodologique** : en particulier pour les données des centres d'examen de santé, dont les principales limites tiennent à la difficulté de les comparer d'un centre à l'autre, voire d'une région à l'autre comme nous l'avons déjà souligné.

- Une réflexion sur la **coordination des informations recueillies en routine** dans les lieux où des personnes à risque alcool sont prises en charge (CHAA...). Il faudra pour cela ne pas oublier que de telles données de prises en charge ne peuvent pas être utilisées comme des indicateurs de morbidité, et mesurent une offre de soins plutôt qu'un besoin.

- **L'exploration de nouvelles sources de données** au niveau régional : ainsi, sur le modèle d'une expérience qui a été faite dans le Haut-Rhin, on peut envisager une éventuelle prise de contact avec les services de police, afin de disposer de données concernant l'alcool et la violence (violence routière ou autres...).

- **L'utilisation d'outils de recueil déjà existants mais peu utilisables dans le domaine de l'alcool.** On pourrait ainsi imaginer de faire du PMSI un outil plus adapté à l'observation de phénomènes épidémiologiques. Une telle évolution demanderait une réflexion de fond, et impliquerait certainement une transformation des comportement de codage. Le premier pas serait sans doute le meilleur renseignement des " pathologies associées ", dont on peut faire l'économie si on ne voit le PMSI que comme outil d'analyse d'activité, mais qui deviennent primordiales dès qu'on raisonne en terme d'épidémiologie et de Santé Publique.

En définitive, il est souhaitable que la réalisation de ce rapport constitue la première étape d'une démarche visant à améliorer les indicateurs relatifs à la problématique alcool. Cet objectif ne pourra être atteint qu'en faisant mieux connaître nos besoins d'information, et en mettant en place une vraie réflexion en coopération avec les producteurs d'information.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ⁱ**Aigrain P., Boutard N., Hémard D. et al (1997)**, *Les différentes sources alcooligènes et leurs évolutions respectives*, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 19-43, Seli-Arslan
- ⁱⁱ**ANPA (1997)** Statistiques Edition 1996-1997
- ⁱⁱⁱ**Arvers P., Bazot M. (1997)**, *L'alcoolisation à l'âge du service national*, in "L'alcool à Chiffres ouverts", p. 65-87, Seli-Arslan
- ^{iv}**Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P. et Warszawski J. (1995)**, *Baromètre Santé 93-94*, CFES
- ^v**Biecheler-Fretel M.-B. (1997)** *Drink driving and alcohol-related accidents. Références and results. 1985-1995. An account of epidemiological research conducted at INRETS-DERA, INRETS*
- ^{vi}**Biecheler-Fretel M.-B., Fontaine H., Got C. (1997)**, *Alcool et circulation routière*, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 235-277, Seli-Arslan
- ^{vii}**Brasseurs de France (1997)**, *Panorama chiffré de la filière bière. Des céréales aux cafés-brasseries*
- ^{viii}**CETAF, Géographie de la santé dans les CES - données 1994**
- ^{ix} **Chan Chee C., Baudier F., Dressen C., Arenes J. (1997)**, *Baromètre Santé 94. Jeunes*, CFES
- ^x**Choquet M. et Ledoux S. (1994)**, *Adolescents. Enquête Nationale*. Les Editions INSERM, coll. "Analyses et prospectives"
- ^{xi}**Com-Ruelle L., Dumesnil S. (1997)**, *L'hospitalisation des patients alcooliques*, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 189-219, Seli-Arslan
- ^{xii}**Com-Ruelle L., Dumesnil S., (1997)** *L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, CREDES
- ^{xiii} **Gebauer C., Pommelet F., Giorgi R., Quillou F. (1995)**, *Etude de prévalence du risque alcool en médecine générale et dans les services hospitaliers du Haut-Rhin*, Infoscopie Alsace, n°8
- ^{xiv}**Got C., Weill J. (1997)**, *L'alcool à chiffres ouverts. Consommations et conséquences : indicateurs en France*. Seli-Arslan
- ^{xv}**Guignon N. (1994)**, *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992*, Solidarité-Santé, n°1, p. 171-186
- ^{xvi}**HCEIA - ORS (1990)** *Les indicateurs régionaux d'alcoolisation. Analyse comparative. I : La mortalité*.
- ^{xvii}**INSEE Alsace (1997)**, *Tableaux de l'économie alsacienne. Mise à jour informatique*
- ^{xviii}**IREB (1996)**, *Facteurs prédictifs du niveau d'alcoolisation des Français. Enquête décennale d'une cohorte de jeunes. Enquête rétrospective d'un échantillon d'adulte*
- ^{xix}**IREB (1997)**, *Etude IREB : Jeunes et alcool. Communiqué de Presse*.

- ^{xx}**Leboucher L., Arrighi J., Valleron A.-J. (1986)**, *Impact de la mortalité par "alcoolisme" sur l'ensemble de la population et sur la population active françaises*, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 34, p. 382-386
- ^{xxi}**Messinger J.-D.(SP3) (1996)**, *Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1995. Informations issues de l'exploitation du rapport-type*, Bureau de la Santé mentale des toxicomanies et dépendances, Sous-direction de la santé des populations, Direction générale de la santé
- ^{xxii}**Michel E., Drouard S., Le Toullec A. et Hatton F. (1997)**, *Mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique. Situation en 1993 et tendances évolutives*, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 131-187, Seli-Arslan
- ^{xxiii}**Mouquet M.-C. (1996)**, *Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée. Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993*, Documents statistiques, n°274 et 274-bis
- ^{xxiv}**Tellier S. (1996)**, *Consommation d'alcool et de tabac. Enquête Santé 1991-1992*, Documents Statistiques, n°262
- ^{xxv}**Velten M., Ungerer C., Schaffer P. (1989)**, *Mortalité liée à l'alcoolisme et au tabagisme en France. Evaluation globale et étude des disparités régionales entre l'Alsace, le Languedoc-Roussillon et la Sarre (RFA)*, *Santé Publique*, n°3, p.13-18
- ^{xxvi}**Volatier J.-L. (1997)**, *La consommation de boissons alcoolisées à travers les enquêtes sur les achats alimentaires de type panel*, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 89-94, Seli-Arslan
- ^{xxvii}**Zureik M., Ducimetière P. (1996)**, *High Alcohol-related premature mortality in France : concordant estimates from a prospective cohort study and national mortality statistics*, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 20, n°3

-
- ⁱ **Aigrain P., Boutard N., Hémard D. et al (1997)**, Les différentes sources alcooligènes et leurs évolutions respectives, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 19-43, Seli-Arslan
- ⁱⁱ **ANPA (1997)** Statistiques Edition 1996-1997
- ⁱⁱⁱ **Arvers P., Bazot M. (1997)**, *L'alcoolisation à l'âge du service national*, in "L'alcool à Chiffres ouverts", p. 65-87, Seli-Arslan
- ^{iv} **Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P. et Warszawski J. (1995)**, Baromètre Santé 93-94, CFES
- ^v **Biecheler-Fretel M.-B. (1997)** Drink driving and alcohol-related accidents. Références and results. 1985-1995. An account of epidemiological research conducted at INRETS-DERA, INRETS
- ^{vi} **Biecheler-Fretel M.-B., Fontaine H., Got C. (1997)**, Alcool et circulation routière, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 235-277, Seli-Arslan
- ^{vii} **Brasseurs de France (1997)**, Panorama chiffré de la filière bière. Des céréales aux cafés-brasseries
- ^{viii} **CETAF, Géographie de la santé dans les CES - données 1994**
- ^{ix} **Chan Chee C., Baudier F., Dressen C., Arenes J. (1997)**, Baromètre Santé 94. Jeunes, CFES
- ^x **Choquet M. et Ledoux S. (1994)**, Adolescents. Enquête Nationale. Les Editions INSERM, coll. "Analyses et prospectives"
- ^{xi} **Com-Ruelle L., Dumesnil S. (1997)**, *L'hospitalisation des patients alcooliques*, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 189-219, Seli-Arslan
- ^{xii} **Com-Ruelle L., Dumesnil S., (1997)** L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés, CREDES
- ^{xiii} **Gebauer C., Pommelet F., Giorgi R., Quillou F. (1995)**, Etude de prévalence du risque alcool en médecine générale et dans les services hospitaliers du Haut-Rhin, Infoscopie Alsace, n°8
- ^{xiv} **Got C., Weill J. (1997)**, L'alcool à chiffres ouverts. Consommations et conséquences : indicateurs en France. Seli-Arslan
- ^{xv} **Guignon N. (1994)**, Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992, Solidarité-Santé, n°1, p. 171-186
- ^{xvi} **HCEIA - ORS (1990)** Les indicateurs régionaux d'alcoolisation. Analyse comparative. I : La mortalité
- ^{xvii} **INSEE Alsace (1997)**, *Tableaux de l'économie alsacienne. Mise à jour informatique*
- ^{xviii} **IREB (1996)**, Facteurs prédictifs du niveau d'alcoolisation des Français. Enquête décennale d'une cohorte de jeunes. Enquête rétrospective d'un échantillon d'adulte
- ^{xix} **IREB (1997)**, Etude IREB : Jeunes et alcool. Communiqué de Presse.
- ^{xx} **Leboucher L., Arrighi J., Valleron A.-J. (1986)**, *Impact de la mortalité par "alcoolisme" sur l'ensemble de la population et sur la population active françaises*, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 34, p. 382-386
- ^{xxi} **Messinger J.-D.(SP3) (1996)**, Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1995. Informations issues de l'exploitation du rapport-type, Bureau de la Santé mentale des toxicomanies et dépendances, Sous-direction de la santé des populations, Direction générale de la santé
- ^{xxii} **Michel E., Drouard S., Le Toullec A. et Hatton F. (1997)**, Mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique. Situation en 1993 et tendances évolutives, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 131-187, Seli-Arslan

^{xxiii} **Mouquet M.-C. (1996)**, Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée. Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993, Documents statistiques, n°274 et 274-bis

^{xxiv} **Tellier S. (1996)**, Consommation d'alcool et de tabac. Enquête Santé 1991-1992, Documents Statistiques, n°262

^{xxv} **Velten M., Ungerer C., Schaffer P. (1989)**, *Mortalité liée à l'alcoolisme et au tabagisme en France. Evaluation globale et étude des disparités régionales entre l'Alsace, le Languedoc-Roussillon et la Sarre (RFA)*, Santé Publique, n°3, p.13-18

^{xxvi} **Volatier J.-L. (1997)**, La consommation de boissons alcoolisées à travers les enquêtes sur les achats alimentaires de type panel, in "L'alcool à Chiffres ouverts" p. 89-94, Seli-Arslan

^{xxvii} **Zureik M., Ducimetière P. (1996)**, *High Alcohol-related premature mortality in France : concordant estimates from a prospective cohort study and national mortality statistics*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol. 20, n°3