



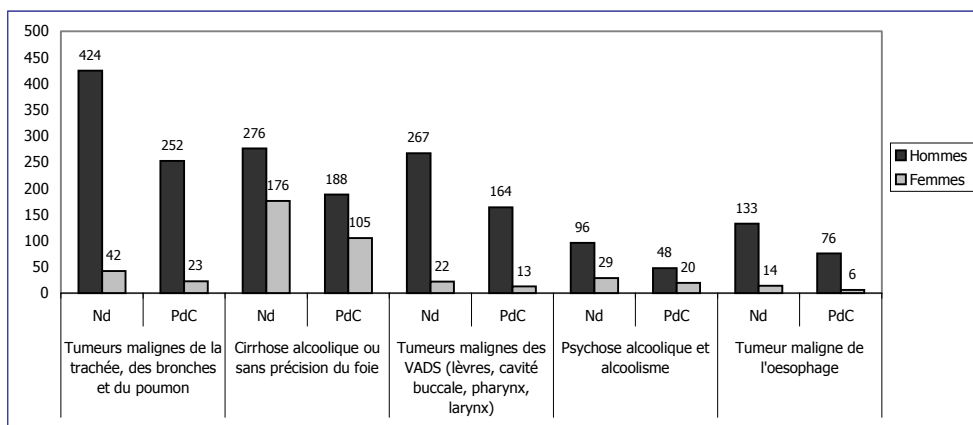
Conduites de consommation à risque

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	49
- La mortalité	49
Par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée	51
Par tumeur maligne des VADS	53
Par tumeur maligne de l'œsophage	55
Par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	57
Par psychose alcoolique et alcoolisme	59
Conclusion	59
- Les indicateurs de consommation	63
Consommation de tabac et d'alcool dans la population rencontrée en médecine générale	63
Population des jeunes adultes à la fin de l'adolescence	63
Polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis des 12-25 ans	65
- Prise en charge des toxicomanes dans la région Nord – Pas-de-Calais	67
 LES PROJETS RETENUS EN 2002	 67
 Le point sur...	
... Les patients et l'alcool en médecine générale	71

Cartes [23](#), [24](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#)

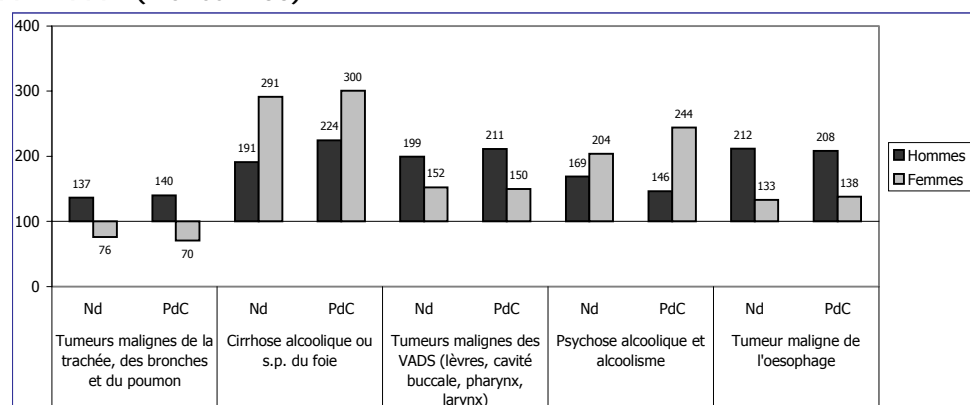
Conduites de consommation à risque

3-1 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

3-2 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, région Nord - Pas-de-Calais, 1997-1999* (France=100)

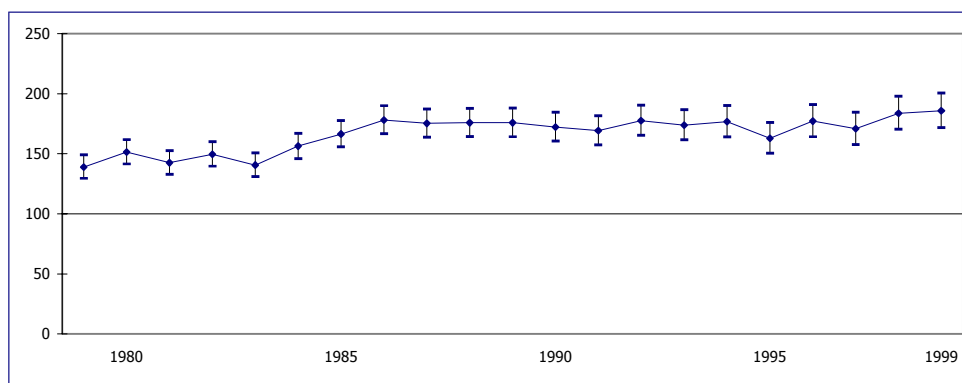


*Tous les ICM sont significatifs (au seuil de 5 %) sauf celui des femmes du Pas-de-Calais pour les tumeurs de l'oesophage

Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

3-3 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne des Voies AéroDigestives Supérieures, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Le Programme Régional de Santé **Conduites de Consommation à risque** est issu de l'une des 6 priorités régionales de santé définies par la Conférence Régionale de Santé. Les **3 principaux axes de travail** et d'appel à projet autour de ce PRS sont les suivants :

- réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes et les adultes

Les actions autour des déterminants des comportements de mésusage devraient être amenées à se développer. Une population-cible pour chaque projet devrait également être définie.

- **réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux**, notamment par l'amélioration de l'accès aux soins et le développement d'actions en partenariat entre toutes les structures et associations impliquées dans la prise en charge ;

- promouvoir la recherche en vue de l'amélioration des connaissances, de la formation et de l'évaluation

Une appréciation de l'utilité et du champ d'investigation des actions était essentielle.

Pour mieux expliciter les objectifs et la problématique de ce PRS, chacun de ces trois grands axes de travail est développé suivant plusieurs "sous-objectifs" pour les porteurs de projet potentiels.

Dans les pages suivantes, est décrit le contexte régional des consommations à risque à travers les données de mortalité, la consommation et la prise en charge, avant que ne soient présentés les projets retenus en 2002.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

La mortalité

Les données de mortalité des causes de décès liées à une intoxication par l'alcool et/ou le tabac sont largement disponibles. Jugées d'une précision insuffisante pour l'épidémiologie descriptive¹, elles permettent néanmoins d'avoir une appréciation globale du risque de décès pour une cause donnée dans l'espace et dans le temps. Les biais communément admis en ce qui concerne les données de mortalité sont liés à la qualité de l'enregistrement du décès, à la précision du diagnostic et à la distorsion des estimations de populations.

On sait que quand on compare la mortalité entre différentes populations et/ou son évolution dans une même population, l'âge et le sexe représentent d'importants facteurs explicatifs des différences que l'on peut observer. Par conséquent, il s'avère indispensable de tenir compte de ces 2 données. Hormis les taux bruts de mortalité par classe d'âge quinquennale, deux méthodes statistiques descriptives ont été utilisées ; il s'agit de méthodes de standardisation :

- pour apprécier l'évolution de la mortalité dans une même population et la comparaison entre hommes et femmes, nous avons utilisé la standardisation directe (ou méthode de la population-type) ;

- pour comparer la mortalité régionale à la mortalité nationale, nous avons opté pour la standardisation indirecte (ou méthode de la mortalité-type) en raison de sa plus grande précision et de sa faible sensibilité aux fluctuations aléatoires² par rapport à la standardisation directe.

L'étude de l'évolution des causes de décès dans le temps présente un intérêt particulier dans l'évaluation de la prévention primaire, où l'on s'efforce de réduire l'exposition aux facteurs de risque (tabac et alcool), et dans la prévention secondaire (dépistage et prise en charge précoce et optimale, notamment sur le plan du suivi) ; ces 2 niveaux d'intervention ayant pour but la réduction de l'incidence et de la mortalité. Néanmoins, il existe un intervalle de temps non négligeable entre la réduction d'une exposition à un facteur de risque, et l'impact de cette réduction d'exposition sur la mortalité. Ce délai, qui est très variable suivant la cause de décès, dépend d'une part de l'intervalle de temps entre l'apparition de la maladie et le décès, et d'autre part de l'importance de l'exposition des générations.

À l'heure actuelle, nous disposons des données de mortalité de 1979 à 1999. Cette période est, dans une certaine mesure, privilégiée car les causes de décès ont été relevées par rapport à une même Classification Internationale des Maladies (la CIM9), réduisant considérablement les biais de codification des causes de décès liés au changement de classification.

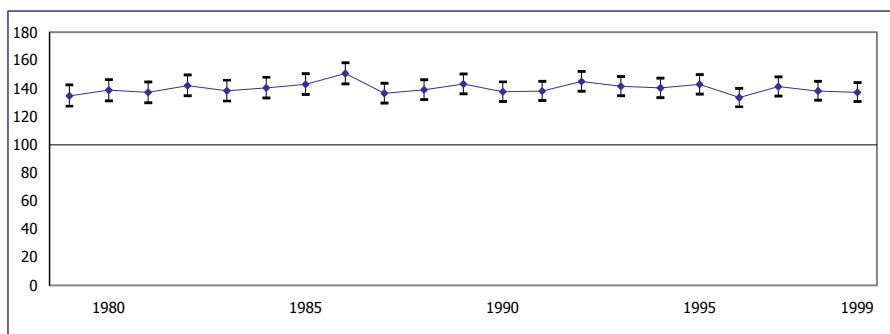
¹ Estève J, Benhamou E, Raymond L. *Méthodes statistiques en épidémiologie descriptive*. Paris : Les éditions de l'INSERM, 1993 ; 307 p.

² Bouyer J, Hémon D, Cordier S. *Epidémiologie, principes et méthodes quantitatives*. Paris : Les éditions de l'INSERM, 1993 ; 498 p.

Conduites de consommation à risque

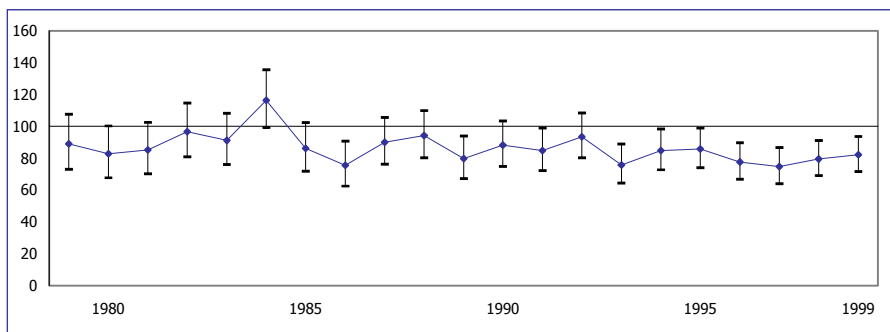
3-4 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



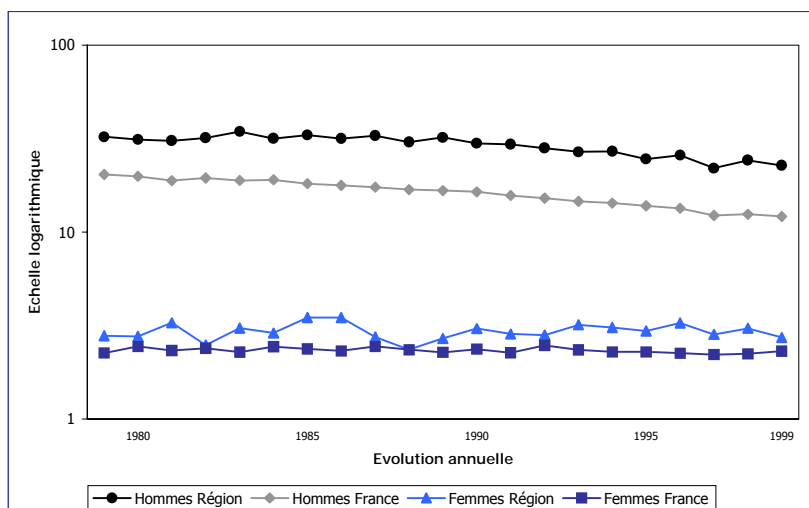
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Femmes



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-5 Évolution des taux standardisés (pour 100 000 habitants, standardisation directe sur la population européenne) de la mortalité régionale et nationale par tumeur maligne de l'œsophage, de 1979 à 1999



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Enfin, outre la simple description du changement de risque de décès pour une cause donnée au cours du temps par les méthodes de standardisation, l'étude des tendances de mortalité dans une même population ou par rapport à une population de référence, peut être analysée à l'aide des modèles statistiques log-linéaires de Poisson permettant d'étudier les effets respectifs de l'âge (quinquennal) et de la période (annuelle). Cependant, plusieurs difficultés peuvent freiner la réalisation et l'interprétation de ce type d'analyse :

- la difficulté dans certains cas de séparer les variations interprétables de celles que l'on peut considérer comme des fluctuations aléatoires, ces dernières pouvant être "supérieures" à celles qui sont prédites par la distribution de Poisson ;
- l'existence d'une interaction entre l'âge (quinquennal) et l'année étudiée. Elle se traduit par des différences d'évolution du risque de décès entre les classes d'âge durant les périodes annuelles étudiées. Ainsi, l'appréciation de l'évolution du risque pour une période donnée représente alors une "moyenne d'évolution de risques des différentes classes d'âge" pouvant être plus ou moins hétérogènes suivant les groupes d'âges ;
- l'impossibilité de séparer de manière correcte les effets de génération et les effets de période, notamment lorsque l'impact de ces effets ne peut être formulé *a priori*.

Il est important de noter que les modélisations sont réalisées sur les taux des classes d'âge les plus concernées par une même cause de décès sur la période 1979-1999. Nous avons limité l'analyse aux classes d'âge inférieures à 85 ans.

Nous avons retenu les causes de décès suivantes :

- tumeur maligne de l'œsophage ;
- tumeur maligne de la trachée, du poumon et des bronches ;
- tumeur des voies aérodigestives supérieures (VADS) comprenant les tumeurs des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx ;
- cirrhose du foie ou sans précision, et
- psychose et cirrhose alcoolique.

En référence à l'un des objectifs généraux du PRS Challenge (en l'occurrence "*Gagner des années de vie par la réduction des mortalités prématurées*"), nous présentons le nombre de personnes décédées avant 65 ans et la comparaison de la mortalité précoce (avant 65 ans) régionale par rapport à la France des 5 causes de décès retenues ci-dessus dans la période "actuelle" 1997-1999. L'analyse de l'évolution chronologique (1979-1999) de l'importance d'une même cause de mortalité ou de son taux comparatif n'a pas été effectuée à partir des décès prématurés (avant 65 ans), la notion de prématurité des décès étant variable dans le temps (Figures 3-1 et 3-2).

La mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée

Le tabac est le principal facteur de risque du cancer du poumon ; il est responsable d'environ 80 % des cancers du poumon en France¹. La plus grande partie des cancers pulmonaires est due à des carcinogènes et à des inducteurs tumoraux présents dans la fumée de cigarette. D'une manière globale, le risque de cancer du poumon est multiplié par 9 chez les fumeurs de cigarettes et par 3 chez les fumeurs de pipes. L'exposition passive chronique à la fumée de cigarette augmente le risque de cancer du poumon d'environ 30 %². Il existe une relation dose-réponse entre le taux de mortalité par cancer du poumon et la quantité totale de cigarettes fumées (exprimées en paquet-année). Les conséquences de l'arrêt du tabagisme sont bénéfiques, même si l'excès de risque annuel reste constant pendant plusieurs années. En France, chez les hommes, la fréquence du cancer du poumon est à son maximum ; il faudra probablement plusieurs décennies avant d'observer une baisse significative de la mortalité par tumeurs malignes du poumon. Chez les femmes, nous risquons d'assister, à l'avenir, à une augmentation des cancers pulmonaires compte tenu de l'augmentation du tabagisme de la population féminine.

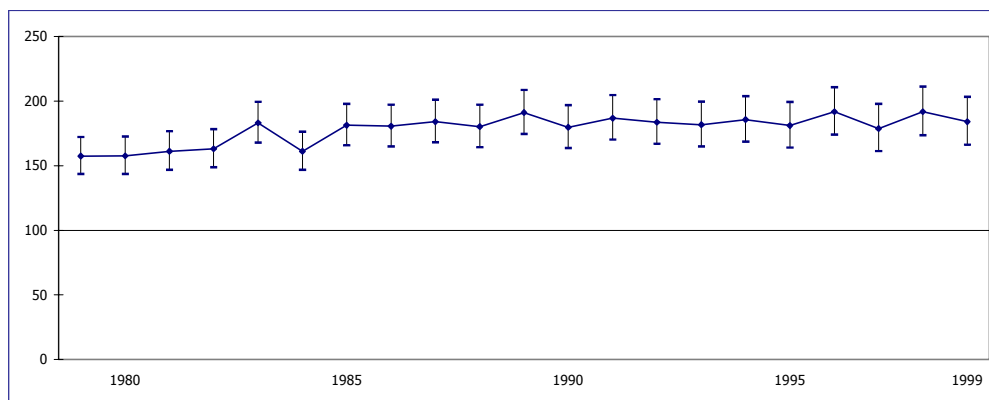
¹ Hill C. Mortalité liée au tabagisme. *Revue du praticien*, 1993 ; 43 :1209-1213.

² Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. *Épidémiologie des Cancers*. Paris : Médecine-Science Flammarion, 1997 ; 111 p.

Conduites de consommation à risque

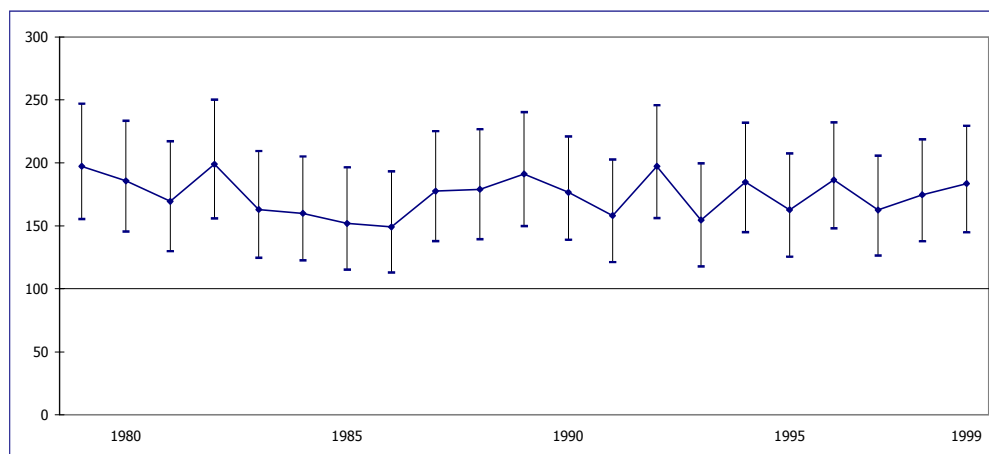
3-6 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par tumeur maligne de l'œsophage, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



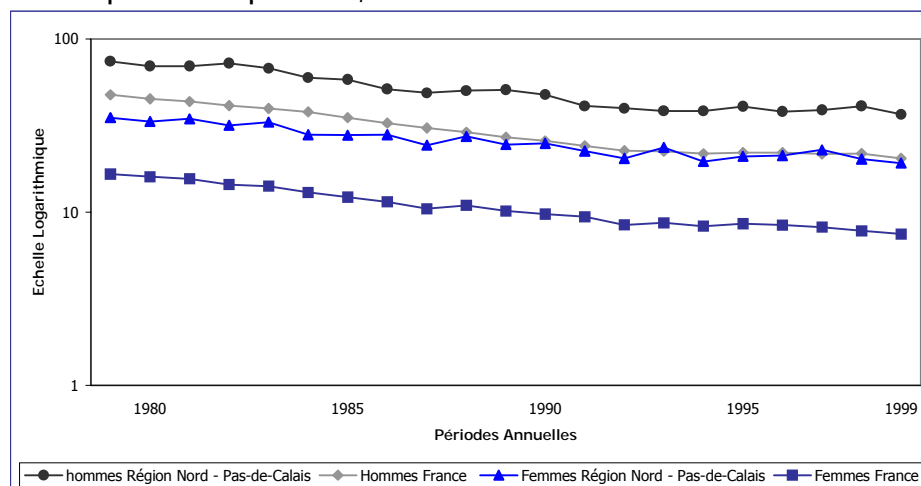
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Femmes



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-7 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale, par cirrhose alcoolique ou sans précision, de 1979 à 1999



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Situation régionale actuelle

L'Indice Comparatif de Mortalité "actuel", calculé sur la période 1997-1999 par standardisation indirecte, montre chez les hommes une surmortalité régionale par rapport à la France et une sous-mortalité significative chez les femmes. Ces résultats concernent la mortalité globale et la mortalité prématurée avant 65 ans. La situation départementale est superposable à la situation régionale. Les arrondissements de Valenciennes, Lens et Béthune se distinguent par des ICM significatifs aux alentours de 200 pour la mortalité prématurée chez les hommes, (Carte 23). Pour les femmes, il existe une sous-mortalité prématurée significative au sein des arrondissements de Valenciennes, Béthune, Arras et Dunkerque (Carte 24). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative avec la France pour les autres arrondissements.

La mortalité par tumeur maligne du poumon, de la trachée et des bronches concerne essentiellement l'adulte à partir de 35 ans. Les taux spécifiques par âge des hommes sont supérieurs aux taux féminins. Les taux relatifs aux hommes de la région Nord – Pas-de-Calais sont globalement, pour toutes les classes d'âge à partir de 35 ans, plus importants que les taux de la France ; alors que les taux féminins de la région sont souvent inférieurs aux taux nationaux.

Évolution de la mortalité régionale

L'analyse de la mortalité régionale réalisée à partir de la standardisation directe¹ objective une légère augmentation de la mortalité féminine dans la région et sur le plan national ; alors que la mortalité masculine semble globalement "inchangée" de 1979 à 1999 (PRS Challenge).

La modélisation du risque de décès des sujets âgés de 35 à 85 ans entre 1979 et 1999 ne permet pas de dégager d'évolution temporelle significative pour les deux sexes.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Les hommes gardent une surmortalité constante significative ; alors que les femmes ont une sous-mortalité constamment significative depuis 1993 (Figure 3-4).

La modélisation de l'évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par classes d'âges quinquennales de 35 à 85 ans, ne permet pas de dégager de tendance chronologique significative entre 1979 et 1999.

La mortalité par tumeur maligne des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS)

Il est communément admis que le tabac et l'alcool sont des facteurs prédisposant pour les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypo-pharynx et du larynx. Les consommations régulières de tabac et d'alcool sont souvent associées, leurs effets sur le risque de cancer sont multiplicatifs. La part attribuable au tabac et à l'alcool a été évaluée à 80 % des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx. Il existe une surmortalité des hommes par rapport aux femmes particulièrement importante en France. Entre 1950 et 1975, en France, le taux de mortalité chez les hommes a régulièrement augmenté ; il diminue régulièrement depuis. La mortalité chez les femmes, en France, est nettement plus faible et globalement stable.

Situation régionale actuelle

À l'exception de la mortalité tous âges des femmes du Pas-de-Calais, il existe une surmortalité régionale et départementale significative par rapport à la France (sur la période 1997-99). Ce constat se retrouve pour la mortalité tous âges et la mortalité précoce (avant 65 ans) dans les deux sexes. Les ICM pour les décès précoces des hommes, sont supérieurs à 200 pour près de la moitié des arrondissements de la région (Carte 35).

Cette cause de mortalité concerne essentiellement l'adulte à partir de 35 ans.

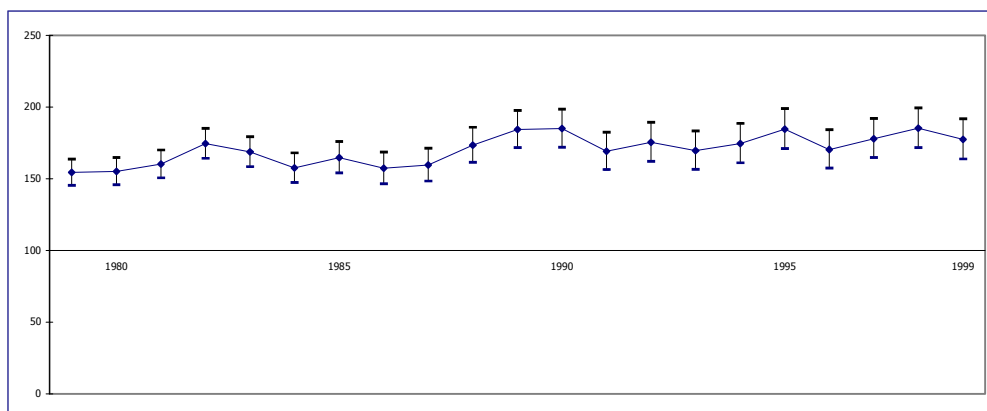
L'analyse des taux bruts spécifiques par âge quinquennal sur la période 1997-1999 objective la surmortalité des hommes par rapport aux femmes sur le plan régional comme sur le plan national. Les taux de mortalité des différentes classes d'âges des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais sont nettement supérieurs aux taux nationaux masculins : ceci traduit l'importance de la surmortalité masculine du Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France.

¹ dans le chapitre consacré au PRS Challenge.

Conduites de consommation à risque

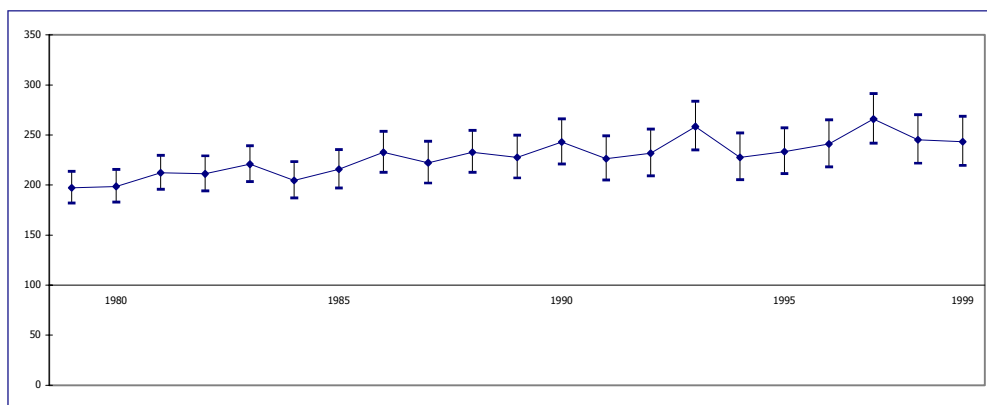
3-8 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



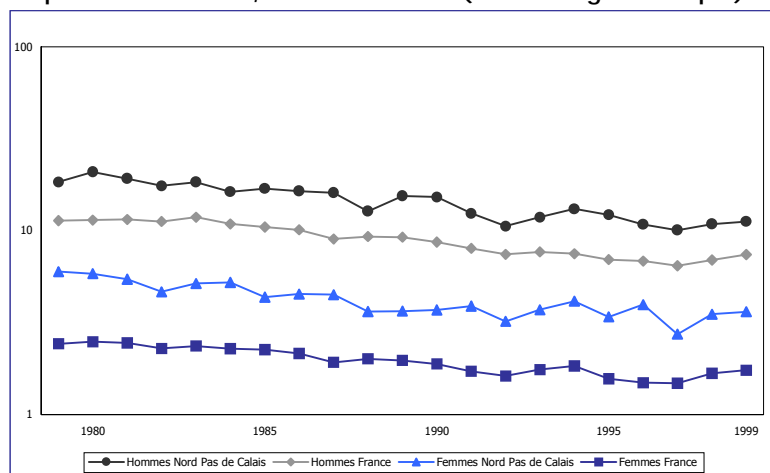
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Femmes



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-9 Évolution des taux standardisés (standardisation directe) de la mortalité régionale et nationale par psychose alcoolique ou alcoolisme, de 1979 à 1999 (Échelle logarithmique)



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Évolution de la mortalité régionale

L'analyse de l'évolution de la mortalité par tumeur maligne des VADS de par les taux standardisés au chapitre **Challenge** (PRS Cancers) montre une tendance à la baisse chez les hommes de la région Nord – Pas-de-Calais. La modélisation des taux de mortalité par âge quinquennal des hommes âgés de 35 à 85 ans dans la période 1979-1999 objective une tendance moyenne significative à la baisse.

En ce qui concerne les femmes, l'évolution de la mortalité est stable, en étant nettement plus faible que la mortalité masculine.

Le nombre moyen de décès annuels tous âges, chez les hommes, par tumeur maligne des VADS dans la région Nord – Pas-de-Calais, est passé de 836 décès annuels sur la période 1979-81 à 662 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Sur la période 1979-1999, il existe une surmortalité masculine régionale par rapport à la France qui semble constante. La modélisation chez les hommes des indices comparatifs des classes d'âge de 35 à 85 ans sur la période 1979-1999 ne permet pas de conclure à une évolution temporelle significative de la surmortalité régionale par rapport à la France (Figure 3-3).

La faible mortalité féminine régionale comme nationale ne permet pas d'explorer de manière satisfaisante leur comparaison dans le temps.

La mortalité par tumeur maligne de l'œsophage

Les facteurs de risques, l'écart entre les hommes et les femmes et l'évolution de la mortalité par cancer de l'œsophage sont assimilables à ceux des tumeurs malignes des VADS : le tabac et l'alcool représentent les principaux facteurs de risque, il existe une surmortalité des hommes par rapport aux femmes. En France, la mortalité masculine diminue depuis le milieu des années 70, alors que la faible mortalité féminine est globalement stable.

Situation régionale actuelle

Il existe chez les hommes une surmortalité régionale par tumeur maligne de l'œsophage significative par rapport à la France. Cette surmortalité concerne la mortalité à tous âges et la mortalité précoce (avant 65 ans). Ce constat se décline à l'échelle départementale et également au niveau des arrondissements (**Carte 36**). Tous les arrondissements ont une surmortalité précoce par tumeur maligne de l'œsophage masculine significative par rapport à la France.

A l'échelle régionale, les femmes présentent une surmortalité tous âges et une surmortalité précoce significative par rapport à la France. À l'échelle départementale il existe une surmortalité tous âges significative, la surmortalité pour les décès précoces par tumeur maligne de l'œsophage étant uniquement significative pour le département du Nord. Le faible effectif des décès par tumeur maligne chez les femmes ne permet pas de se prononcer de manière satisfaisante quant à la mortalité à l'échelle des arrondissements par rapport à la France.

L'analyse des taux bruts de mortalité par âge quinquennal de la région et de la France dans la période 1997-1999 objective la surmortalité des hommes par rapport aux femmes tant sur le plan régional que national. Les taux régionaux des deux sexes sont nettement supérieurs aux taux de la population française ; ceci exprime la surmortalité régionale par rapport à la France. Cette cause de décès concerne essentiellement l'adulte à partir de 35 ans.

Évolution de la mortalité régionale

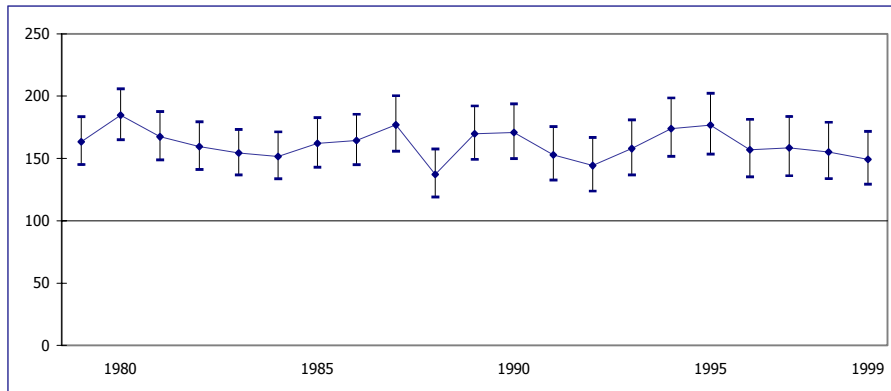
L'évolution des taux standardisés (standardisation directe) permet de constater l'écart qui sépare les hommes des femmes ; les hommes ayant une importante surmortalité par rapport aux femmes de 1979 à 1999. On note également l'existence, chez les hommes, d'une importante surmortalité régionale par rapport à la France. La surmortalité des femmes de la région par rapport à la France est moins importante.

Cependant, d'une manière globale nous relevons une diminution progressive de la mortalité des hommes par tumeur maligne de l'œsophage sur la période étudiée au niveau régional et national. L'évolution de la mortalité des femmes ne permet pas d'évoquer une évolution chronologique.

Conduites de consommation à risque

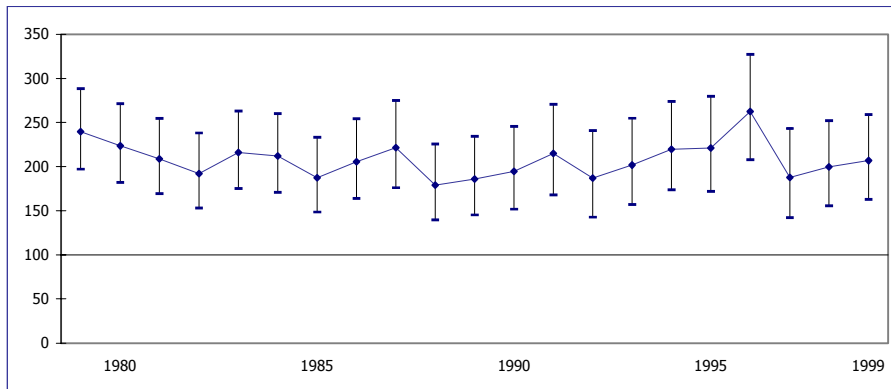
3-10 Évolution de l'Indice Comparatif de Mortalité par psychose alcoolique ou alcoolisme, Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine (France=100), de 1979 à 1999 (ICM avec intervalle de confiance à 95 %)

Hommes



Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

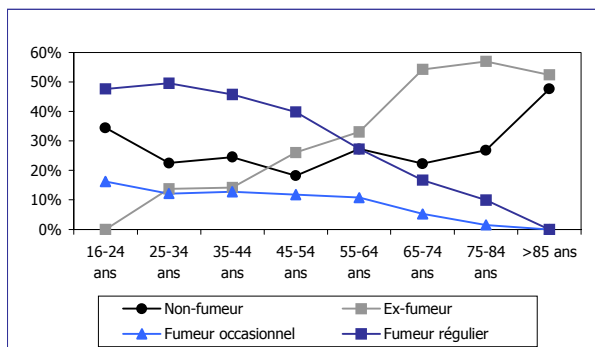
Femmes



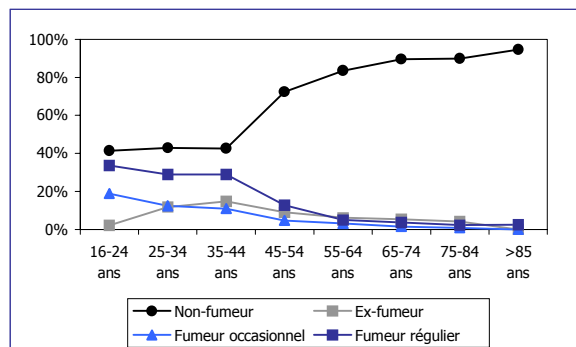
Source : INSEE-INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-11 Tabagisme dans la population du Nord – Pas-de-Calais ayant un recours aux soins en médecine générale (octobre 2000)

Hommes



Femmes



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

La modélisation de l'évolution des taux de mortalité par âge quinquennal de 35 à 85 ans des hommes de la région permet de dégager une tendance significative à la baisse, et confirme la tendance constatée à partir de l'analyse de l'évolution des taux standardisés.

Le nombre moyen de décès annuels tous âges, chez les hommes, par tumeur maligne de l'œsophage dans la région Nord – Pas-de-Calais, est passé de 468 décès annuels sur la période 1979-81 à 393 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population (Figure 3-5).

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Il existe une surmortalité régionale significative par rapport à la France chez les hommes et les femmes de 1979 à 1999. La modélisation de l'évolution des indices comparatifs par classes d'âges quinquennales des hommes âgés de 35 à 85 ans met en évidence une légère augmentation des ICM sur la période 1979-1999. Ce constat peut traduire une diminution de la mortalité par tumeur maligne de l'œsophage plus lente dans la région par rapport à la France. Il n'a pas été mis en évidence d'évolution temporelle significative des ICM des femmes (Figure 3-6).

La mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie

La consommation régulière et excessive d'alcool est liée à une grande partie des cirrhoses hépatiques. L'estimation de la proportion de cirrhoses liées à une intoxication éthylique chronique est cependant assez variable : allant de près de 93 %¹ pour certains auteurs à 85-60 %² pour d'autres. Cette variabilité peut être en partie expliquée par une meilleure identification d'autres facteurs étiologiques de la cirrhose hépatique, notamment le virus de l'hépatite C. En France, les cirrhoses représentent près de 40 % des causes de décès directement liées à une consommation excessive et régulière d'alcool³. Parmi les différentes causes liées directement à l'imprégnation éthylique chronique (alcoolodépendance, cirrhoses alcooliques ou sans précision, cancer des VADS et de l'œsophage), les cirrhoses sont proportionnellement sur-représentées chez les femmes : elles représentent plus de 54,7 % de ce groupe de décès *versus* 34,2 % chez les hommes. Les décès par cirrhose alcoolique ou sans précision ont fortement chuté ces vingt dernières années dans les deux sexes³.

Situation régionale actuelle

En ce qui concerne les décès par cirrhose alcoolique ou sans précision, il existe une surmortalité significative tous âges et précoce, à l'échelon régional et départemental, pour les hommes et les femmes par rapport à la France. Tous les arrondissements de la région présentent une surmortalité tous âges, par rapport à la France, significative dans les deux sexes ; hormis l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer pour les hommes et celui de Calais pour les femmes, tous les autres arrondissements accusent une surmortalité précoce (avant 65 ans) dans les deux sexes également significative par rapport à la France.

L'analyse par taux bruts spécifiques par âge quinquennal sur la période 1997-99 montre que cette cause de décès concerne essentiellement l'adulte à partir 30 ans. Les taux spécifiques régionaux pour chaque sexe sont nettement supérieurs aux taux spécifiques de la France. On remarque également que les taux des femmes de la région sont supérieurs pour les classes d'âges allant de 30 à 55 ans aux taux des hommes en France. Enfin, la mortalité par cirrhose est maximale pour les classes d'âges comprises entre 50 et 70 ans.

Évolution de la mortalité régionale

L'analyse de l'évolution de la mortalité régionale comme nationale montre que ces dernières sont à la baisse au cours de la période 1979-1999. Cette baisse est nettement moins importante pour les femmes de la région Nord – Pas-de-Calais. À partir de la fin des années 90, la mortalité des femmes du Nord – Pas-de-Calais est équivalente à la mortalité nationale masculine. Néanmoins, la mortalité régionale des hommes reste supérieure à celle des femmes. La mortalité régionale des deux sexes est constamment supérieure à la mortalité de la France (Figure 3-7).

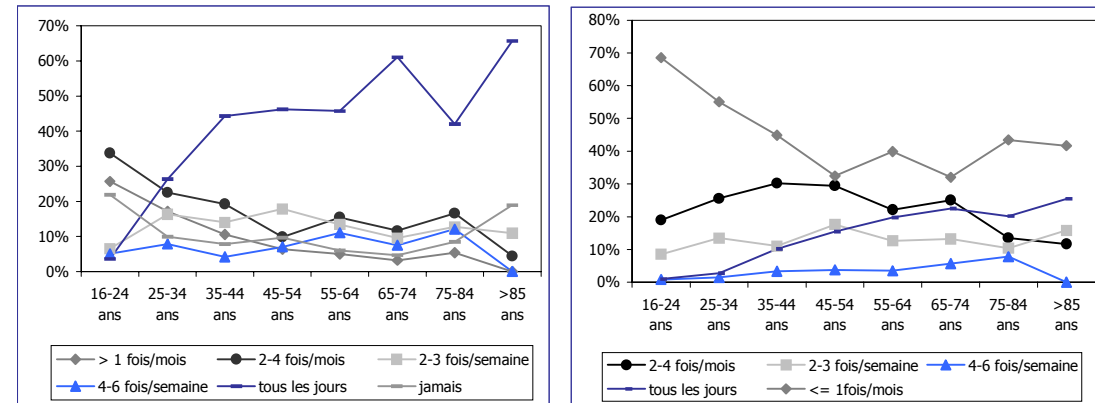
¹ Péquignot G, Tuyns AJ, Berta JL. Ascitis cirrhosis in relation to alcohol consumption. *Int. J. Epidemiol* 1978 ;7 : 113-120.

² Beaugrand M. *Diagnostic des cirrhoses de l'adulte*. La revue du praticien, 1997 ; 47(5) : 487-489.

³ Michel E, Jouglé E. *La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998*. Paris : DREES, 2002.

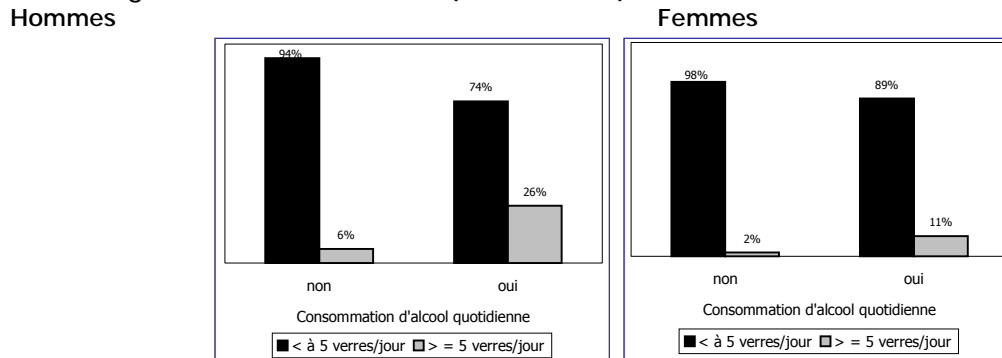
Conduites de consommation à risque

3-12 Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)



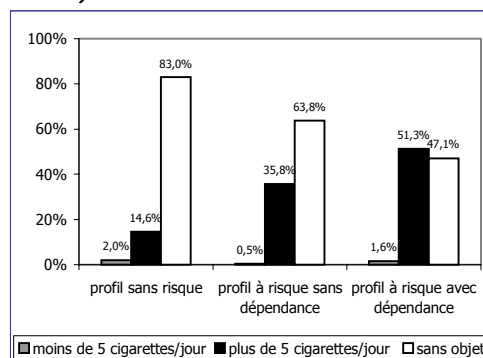
Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-13 Nombre de verres d'alcool consommés un jour donné, suivant la notion d'une fréquence de consommation quotidienne, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-14 Consommateurs réguliers de tabac de plus de 5 cigarettes par jour suivant les différents Profils Alcool, dans la population ayant eu recours aux soins en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais (octobre 2000)



Source : ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

La modélisation des taux bruts de mortalité par âge quinquennal des hommes âgés de 30 à 85 ans permet de dégager une tendance significative à la baisse, sur la période 1979-1999, du risque de décès par cirrhose alcoolique ou sans précision des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais âgés de 30 à 85 ans. Il n'en est pas de même pour les femmes : la modélisation de l'évolution du risque de décès par cirrhose alcoolique ou sans précision des femmes de la région Nord – Pas-de-Calais âgées de 30 à 85 ans ne permet pas de conclure à une baisse significative.

Le nombre moyen de décès annuels tous âges par cirrhose alcoolique ou sans précision, chez les hommes du Nord – Pas-de-Calais est passé, de 1 071 décès annuels sur la période 1979-81 à 666 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

L'analyse de l'évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale de par les Indices Comparatifs de Mortalité entre 1979 et 1999 révèle une augmentation. La modélisation de l'évolution des ICM des sujets âgés de 30 à 85 ans permet de dégager une tendance chronologique à la hausse. L'augmentation de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale traduit, dans un contexte global de diminution des décès par cirrhose alcoolique, une diminution plus lente dans la région Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France (Figure 3-8).

La mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme

La cause de décès regroupés sous l'item "psychose alcoolique" comprend les delirium tremens, la psychose alcoolique de Korsakov, les autres états démentiels d'origine alcoolique, l'ivresse pathologique, le délire alcoolique de jalousie, le syndrome de sevrage et l'alcoolisme chronique sans précision. L'alcoolisme correspond au syndrome de dépendance alcoolique.

Situation régionale actuelle

En ce qui concerne les décès par psychose alcoolique ou alcoolisme, il existe une surmortalité significative tous âges comme précoce à l'échelon régional et départemental pour les hommes et les femmes. Chez les hommes, les arrondissements de Avesnes-sur-Helpe, Cambrai, Douai, Dunkerque, Lille, Valenciennes, Béthune et Lens affichent une surmortalité significative tous âges et précoce (hormis l'arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe pour la surmortalité précoce) ; chez les femmes, les arrondissements d'Avesnes-sur-Helpe, Douai, Lille, Valenciennes, Arras, Béthune, Saint-Omer et Lens présentent une surmortalité significative tous âges et précoce (hormis les arrondissements de Lille et de Saint-Omer pour la mortalité précoce).

Il est difficile de se prononcer sur les autres arrondissements en raison du faible effectif des décès observés.

Cette cause de décès concerne essentiellement l'adulte à partir de 30 ans ; les hommes plus que les femmes. Les taux bruts spécifiques par âge quinquennal montrent que les taux régionaux dans les deux sexes sont quasiment toujours supérieurs aux taux nationaux, sur la période 1997-1999.

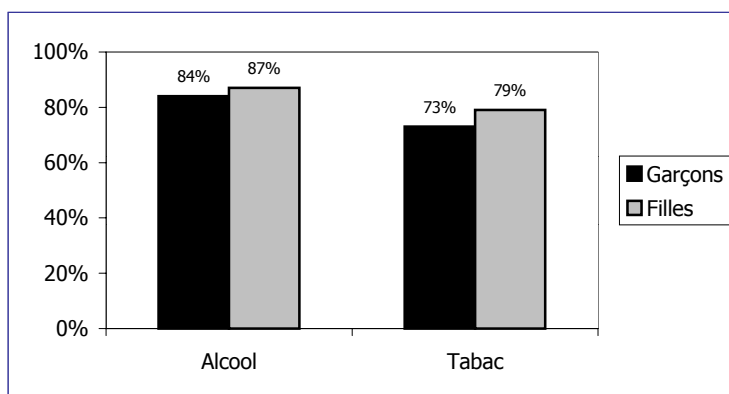
Évolution de la mortalité régionale

L'étude de l'évolution de la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme à travers les taux standardisés (standardisation directe) objective une tendance à la baisse nationale comme régionale plus importante chez les hommes. La mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine sur toute la période étudiée. La mortalité régionale est supérieure à la mortalité nationale dans les deux sexes de 1979 à 1999. La modélisation de l'évolution du risque de décès par psychose alcoolique et alcoolisme des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais âgés de 30 à 85 ans entre 1979 et 1999, met en évidence une tendance significative à la baisse (Figure 3-9).

Le nombre moyen de décès annuels tous âges, chez les hommes, par psychose alcoolique et alcoolisme dans la région Nord – Pas-de-Calais est passé de 301 décès annuels sur la période 1979-81 à 189 décès annuels sur la période 1997-99. Il est à noter que la diminution du nombre moyen de décès annuels n'exprime qu'en partie la baisse du risque de décès ; ce dernier dépend également des modifications sensibles de la structure de la population.

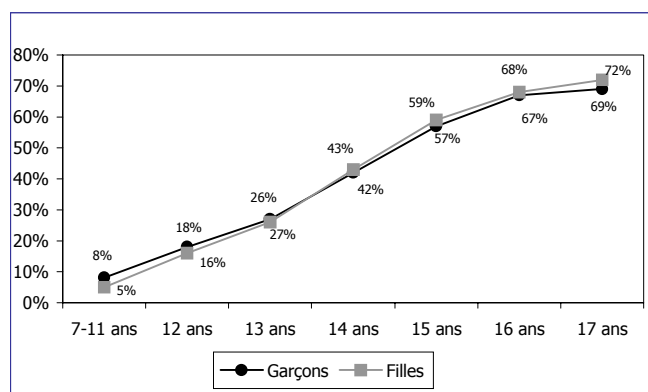
Conduites de consommation à risque

3-15 Expérimentation de l'alcool et du tabac des jeunes de 17 et 18 ans du Nord – Pas-de-Calais, en 2000-2001



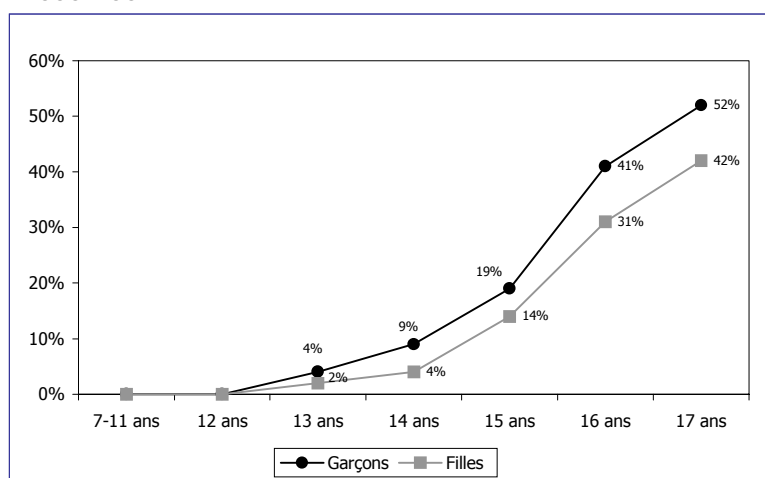
Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-16 Diffusion de l'expérimentation du tabac pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001



Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-17 Diffusion de l'expérimentation de l'ivresse pour la génération âgée de 17-18 ans, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 2000-2001



Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

Conduites de consommation à risque

Il est important de préciser que les décès par psychose alcoolique ou alcoolisme sont sujets (d'une manière plus importante que les autres causes de décès analysées dans ce chapitre) à un biais de classement. La diminution de cette cause de mortalité pouvant être, dans une certaine mesure, attribuable à un meilleur codage des causes de décès.

Évolution de la mortalité régionale par rapport à la mortalité nationale

Il existe une surmortalité régionale significative dans les deux sexes par psychose alcoolique ou alcoolisme qui semble constante entre 1979 et 1999. La modélisation de l'évolution des ICM par classes d'âges quinquennales des individus âgés de 30 à 85 ans ne permet pas de dégager une évolution temporelle significative. L'écart entre la région et la France pour cette cause de décès est par conséquent "stable" dans les deux sexes (Figure 3-10).

Conclusion

Dans un contexte de diminution de la consommation des boissons alcooliques¹ depuis la fin des années 60, le premier constat est la baisse des différentes causes de mortalité liées à l'intoxication alcoolique chronique. Cette baisse concerne principalement les hommes ; sachant que ces derniers ont une exposition aux facteurs de risques et une mortalité nettement plus importantes que les femmes. La mortalité par tumeur maligne du poumon, des bronches et de la trachée, essentiellement liée à l'intoxication tabagique chronique, est stable chez les hommes ; une augmentation chez les femmes semble amorcée.

Cependant, malgré la diminution de la mortalité de la plupart des causes de décès liées à l'intoxication alcoolique et/ou tabagique chronique, la région Nord – Pas-de-Calais conserve une surmortalité significative par rapport à la France : cette situation concerne chez les hommes les différentes causes de décès étudiées (tumeurs malignes pulmonaires, de l'œsophage, des VADS, cirrhose et psychose alcoolique et alcoolisme) ; chez les femmes, il s'agit de la mortalité par tumeur maligne de l'œsophage, des VADS, cirrhose et psychose alcoolique et alcoolisme. La surmortalité régionale par cirrhose chez les femmes est inquiétante dans la mesure où elle est du même niveau que la mortalité des hommes sur le plan national depuis le début des années 90. Enfin, la surmortalité régionale est soit constante par rapport à la France, soit associée à une tendance à la hausse pour les tumeurs malignes de l'œsophage chez les hommes et la cirrhose dans les deux sexes sur la période 1979-1999. Ce constat exprime, dans une certaine mesure, l'existence d'une diminution plus lente de la mortalité dans la région par rapport à la France pour les tumeurs malignes de l'œsophage chez les hommes et les cirrhoses alcooliques ou sans précision dans les deux sexes.

L'appréciation de la consommation d'alcool moyenne de la population du Nord – Pas-de-Calais n'est pas en faveur d'une surconsommation régionale (Baromètre Santé de l'INPES 1994 et 2000). D'autre part, les données concernant l'achat de boissons alcoolisées objectivent une surconsommation régionale (données SECODIP région Nord – Pas-de-Calais et Picardie 96-98). Cette situation, en regard de la surmortalité régionale développée ci-dessus pour les causes de mortalité liées à la consommation chronique d'alcool constitue un paradoxe. Plusieurs hypothèses sont alors évoquées afin d'expliquer cette situation, notamment le rôle des différentes générations sur les données de mortalité ou le type d'alcool préférentiel consommé² dans la région. L'existence de sous-populations surconsommatrices d'alcool a déjà été avancée, en l'absence à l'heure actuelle, d'enquêtes au sein de la population générale (régionale) permettant de documenter ou d'étayer cette hypothèse.

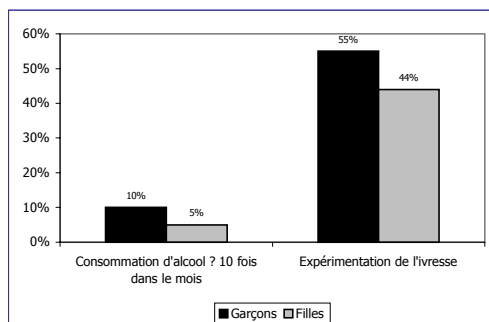
Enfin, le rôle des différentes générations dans les résultats de l'analyse des tendances de mortalité de 1979 à 1999 représente une limite pour l'interprétation : la surmortalité actuelle traduit, dans une certaine mesure, l'exposition aux facteurs de risque des générations de l'après-guerre compte tenu des délais entre l'exposition, la survenue de la maladie et le décès. Ces délais étant influencés par plusieurs facteurs dont le dépistage, l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge qui peuvent sensiblement varier en fonction du temps.

¹ Lacoste O, Spinosi L, Sampil M, Poirier G, Tillard B, Bruandet A, Cépré L. *Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2001 ; 114 p.

² Majken K, Jensen MK, Andersen AT, Sorensen TI, Becker Y, Thorsen T, Gronbaek M. Alcoholic Beverage Preference and Risk of becoming a heavy drinker. *Epidemiology*, 13 : 127-32.

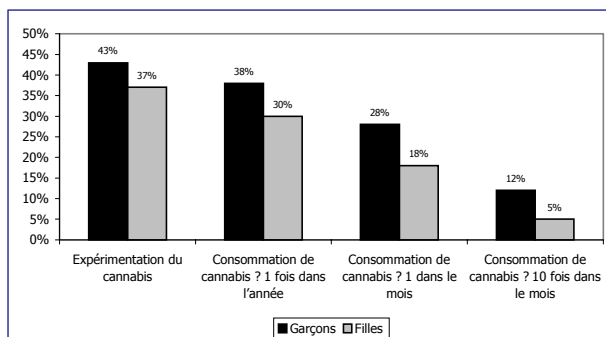
Conduites de consommation à risque

3-18 Usage répété de l'alcool et expérimentation de l'ivresse des jeunes de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais



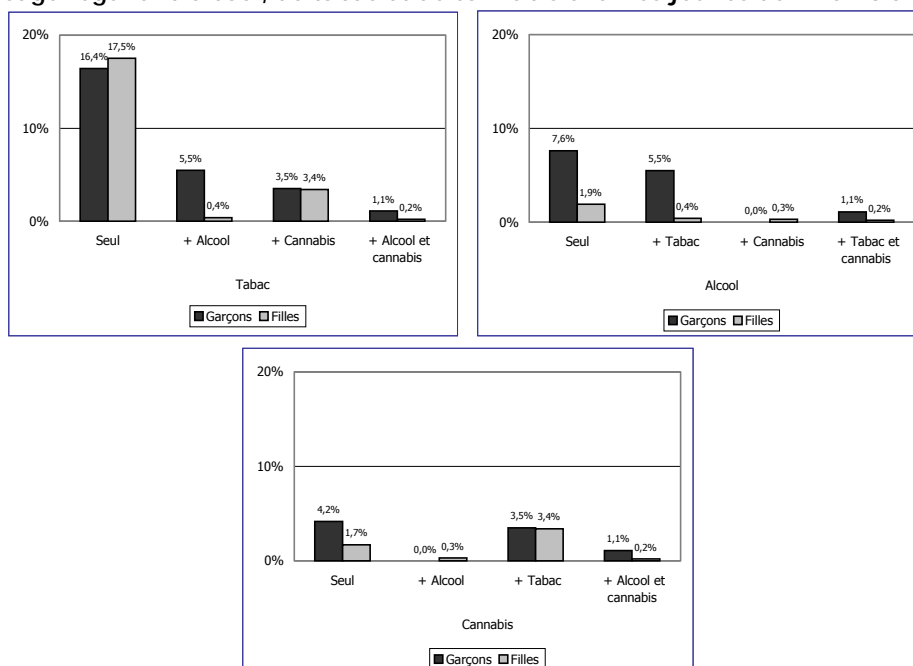
Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-19 Expérimentation et consommation de cannabis des jeunes âgés de 17 et 18 ans dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : OFDT Enquête ESCAPAD 2000-2001.

3-20 Poly-usage régulier d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes de 12 à 25 ans



Source : Baromètre santé 2000, échantillon régional Nord – Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Les indicateurs de situation relatifs à la consommation de produits psycho-actifs de la population du Nord – Pas-de-Calais

Tabac et alcool dans la population adulte de plus de 16 ans rencontrée lors du recours aux soins en médecine générale

Les données présentées sont issues d'une enquête transversale réalisée auprès d'un échantillon de patients (sélectionnés après tirage aléatoire de médecins généralistes représentatifs de la région Nord – Pas-de-Calais) en octobre 2000. Les 67 médecins sélectionnés ont enquêté les patients âgés de plus de 16 ans rencontrés durant deux journées d'activité. Il s'agissait d'un questionnaire déclaratif concernant la consommation d'alcool et de tabac soumis à 1 972 patients.

Consommation de tabac

Concernant le tabagisme, la proportion de fumeurs réguliers est la plus importante dans la classe d'âge 16 à 24 ans ; elle décroît suivant les différentes classes d'âges. Elle est plus importante chez les hommes et a une décroissance moins rapide que dans la population féminine. Ainsi, près de 50 % des hommes ayant entre 16 et 24 ans sont des fumeurs réguliers *versus* 35 % des femmes (Figure 3-11).

Consommation d'alcool

La proportion de consommateurs quotidiens d'alcool augmente suivant les classes d'âges. Cette augmentation est nettement plus importante chez les hommes : elle passe de 4 % chez les 16-24 ans à 61 % chez les 65-74 ans. Cette augmentation est nettement moins importante chez les femmes : les consommateurs journaliers représentent 1 % chez les 16-24 ans et 22 % chez les 65-74 ans (Figure 3-12).

Les consommateurs quotidiens d'alcool boivent plus fréquemment plus de 5 verres au cours d'une journée donnée ; sachant que les recommandations actuelles de l'OMS préconisent une consommation à moindre risque¹ inférieure à 2-3 unités d'alcool/jour pour les femmes et 3-4 pour les hommes (Figure 3-13).

Consommation concomitante de tabac et d'alcool

Les patients ayant participé à cette enquête ont été classés selon 3 profils de consommation d'alcool permettant de renseigner leur statut par rapport à l'alcool suivant la notion de consommation à risque et la notion de dépendance. On constate que les patients les plus en difficulté avec l'alcool (profil à risque avec dépendance) ont plus souvent une intoxication tabagique concomitante régulière plus importante (Figure 3-14).

Population des jeunes adultes, à la fin de l'adolescence : Enquête ESCAPAD 2000-2001

Méthodologie

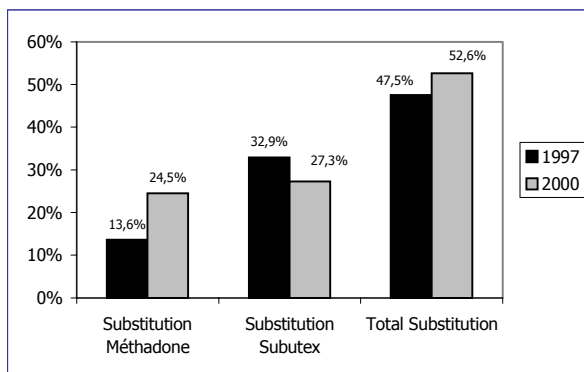
Une fois par an, une enquête sur les consommations de produits psycho-actifs est réalisée lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD²). La Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) a été instituée par la loi du 28 octobre 1997 : toute la population française est amenée à y participer. Ce dispositif repose sur un accueil bihebdomadaire des jeunes, pour une journée entière (le samedi ou le mercredi) dans 250 à 300 centres civils ou militaires distribués sur le territoire national. En moyenne 10 000 à 15 000 jeunes sont reçus le samedi et environ 5 000 le mercredi, qui ont été recensés par leur mairie à l'âge de 16 ans et appelés entre ce recensement et leur 19^{ème} anniversaire. La représentativité est quasi-garantie par le caractère quasi-obligatoire de la JAPD. Un questionnaire auto-administré a été retenu, la durée de passation étant d'environ 25 minutes. Le taux de participation à la JAPD est supérieur à 90 % (nombre de présents/nombre de convocations). Les personnes présentes aux journées ne se connaissent pas ; ceci permettant une meilleure confidentialité des réponses. Les résultats présentés concernent les jeunes enquêtés dans la région Nord – Pas-de-Calais, âgés de 17 et 18 ans en 2000 et 2001 ; ils représentaient 1 476 personnes.

¹ Une unité d'alcool (soit 10 g d'alcool) = une chope de bière à 5° (25 cl) = une coupe de champagne à 12° (10 cl) = un verre de vin à 12° (10 cl) = un verre d'apéritif à 18° (6 cl) = un verre de whisky à 45° (3 cl) = un verre de pastis à 45° (un peu moins de 3 cl).

² Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense.

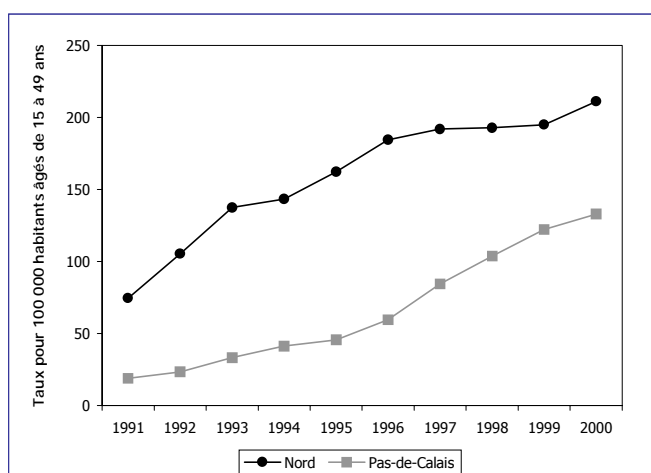
Conduites de consommation à risque

3-21 Évolution de la proportion de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution dans les différents centres de prise en charge du Nord - Pas-de-calais ; d'une manière globale, par Méthadone et par Subutex



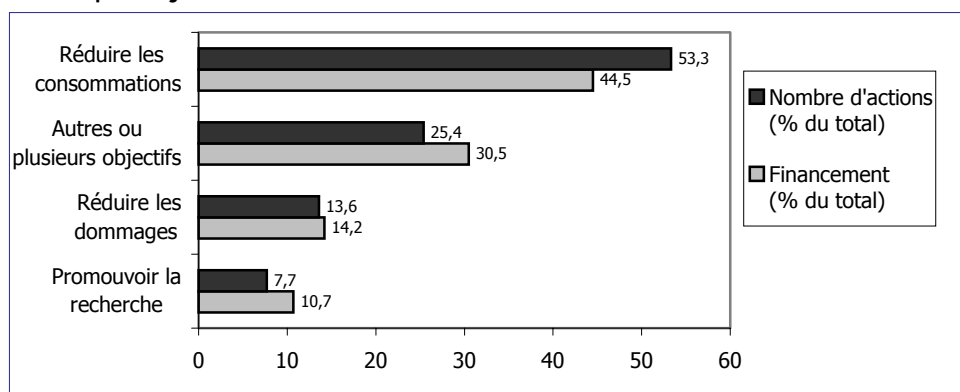
Source : DRASS Nord – Pas-de-Calais, juin 2002.

3-22 Évolution du nombre de toxicomanes pris en charge en novembre dans les établissements sanitaires et sociaux pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans, dans le Nord – Pas-de-Calais, de 1991 à 2000



Source : InVS SIAMOIS. INSEE. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-23 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

Résultats

Tout d'abord, on relève la banalisation de l'expérimentation de l'alcool et du tabac : près de 8 jeunes sur 10 ont déjà expérimenté le tabac ; 9 sur 10 l'alcool (Figure 3-15).

En moyenne, les garçons comme les filles ont fumé leur première cigarette à 13,6 ans. La reconstitution de la diffusion de l'expérimentation du tabagisme suivant l'âge des jeunes âgés de 17-18 ans en 2000-2001, permet de constater que les courbes des garçons et des filles sont très proches et augmentent considérablement entre 13 et 16 ans (Figure 3-16).

L'âge moyen de l'expérimentation de l'ivresse se situe à 15 ans pour les garçons, 15 ans et demi pour les filles. La reconstitution rétrospective de la diffusion de l'ivresse des jeunes âgés de 17-18 ans en 2000-2001 met en évidence un écart entre les deux sexes ; écart qui s'accroît à partir de l'âge de 14 ans (Figure 3-17).

Le comportement par rapport à la consommation de tabac est assez proche entre les deux sexes : près de 1 jeune sur 2 a une consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac à l'âge de 17-18 ans. Le tabagisme occasionnel est défini par la consommation de moins d'une cigarette par jour ; le tabagisme quotidien correspond à la consommation d'au moins une cigarette par jour et concerne près de 40 % des jeunes de 17 et de 18 ans. Une différenciation sexuelle existe néanmoins pour la consommation répétée de l'alcool (plus de 10 fois dans le mois) et l'expérience de l'ivresse d'une manière moins importante : les garçons sont de plus importants consommateurs (Figure 3-18) que les filles (10 % *versus* 5 % pour la consommation répétée d'alcool et 55 % *versus* 44 % pour l'expérimentation de l'ivresse).

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé. Une fois encore les garçons se présentent comme de plus importants consommateurs que les filles, notamment en ce qui concerne la consommation répétée (≥ 10 fois dans le mois écoulé). En moyenne, les garçons ont consommé du cannabis pour la première fois à 15,6 ans et les filles à 15,8 ans (Figure 3-19).

Les filles ont une expérimentation des médicaments psychotropes plus fréquente que les garçons (30 % *versus* 11 %). Après le cannabis, l'expérimentation de produits illicites la plus fréquente concerne les champignons hallucinogènes (6 % des filles et des garçons), puis l'ecstasy (3 % des filles, 5 % des garçons), les produits inhalés et popers (2 % des filles et 3 % des garçons), les amphétamines (1 % des filles, 3 % des garçons), le LSD (1 % des filles, 2 % des garçons) et enfin l'héroïne, la cocaïne et le crack (1 % des jeunes).

Enfin, l'approche régionale de la consommation de produits psycho-actifs montre que l'usage de ces produits s'avère relativement moins fréquent dans la région Nord – Pas-de-Calais¹ ; notamment en ce qui concerne l'usage régulier de l'alcool chez les garçons (>10 fois dans les 30 derniers jours, 7 points d'écart), l'expérimentation de l'ivresse (10 points d'écart pour les garçons, 6 points pour les filles), l'âge de la première ivresse, l'expérimentation du tabac des garçons (5 points d'écart), l'expérimentation du cannabis (écart de 10 points pour les garçons, 7 points pour les filles), l'âge moyen de la première expérimentation de cannabis et l'usage régulier de cannabis chez les garçons (écart de 5 points).

Polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis des 12-25 ans

Les indicateurs présentés ont été obtenus à partir du Baromètre santé réalisé par l'INPES en 1999-2000. L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé organise régulièrement des enquêtes téléphoniques sur des échantillons représentatifs de la population française. En 2000, plusieurs extensions régionales ont eu lieu, notamment dans la région Nord – Pas-de-Calais, permettant ainsi l'obtention d'échantillons régionaux représentatifs de la population des jeunes âgés de 12 à 25 ans. L'échantillon comprenait 1 239 personnes (613 garçons et 626 filles). Compte tenu du faible effectif de jeunes ayant une polyconsommation régulière, ces résultats sont à interpréter avec précaution du fait de l'augmentation de l'imprécision des pourcentages estimés.

La consommation régulière de tabac est définie par la consommation d'au moins 1 cigarette par jour ; la consommation régulière d'alcool par au moins 1 consommation par semaine ; la consommation régulière de cannabis par au moins 10 consommations par mois.

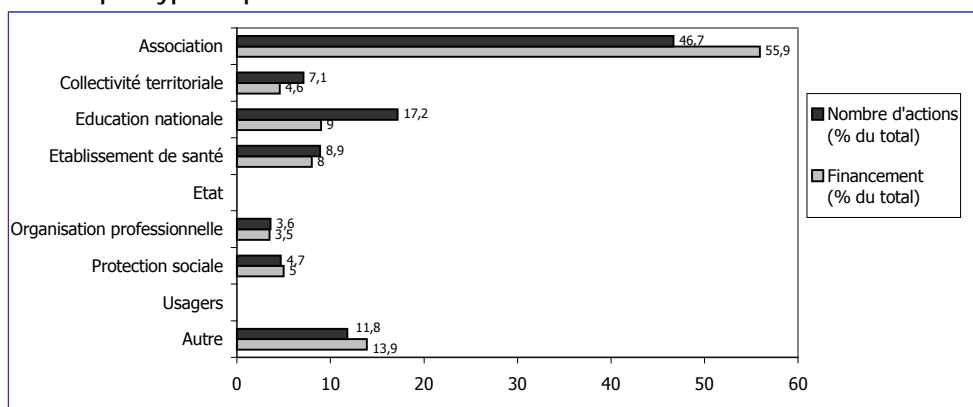
La polyconsommation régulière d'au moins 2 produits parmi l'alcool, le tabac ou le cannabis concerne, pour les 12-25 ans, 9 % des garçons et 4,1 % des filles. L'association la plus fréquemment observée dans les deux sexes est le cumul tabagisme quotidien-usage régulier de cannabis sans usage régulier d'alcool (de l'ordre de 3,4 %). Cependant, la consommation régulière de tabac et d'alcool sans usage de cannabis est plus importante chez les garçons (5,5 %) ; alors qu'elle est nettement plus rare (Figure 3-20) pour les filles (0,4 %).

La polyconsommation régulière des 3 produits cumulés concerne 1,1 % des garçons et 0,2 % des filles.

¹ Beck F, Legleye S, Peretti-Wattel P. *Santé, mode de vie et usage de drogues à 18 ans*. OFDT ESCAPAD 2001 ; 137-147, 199 p.

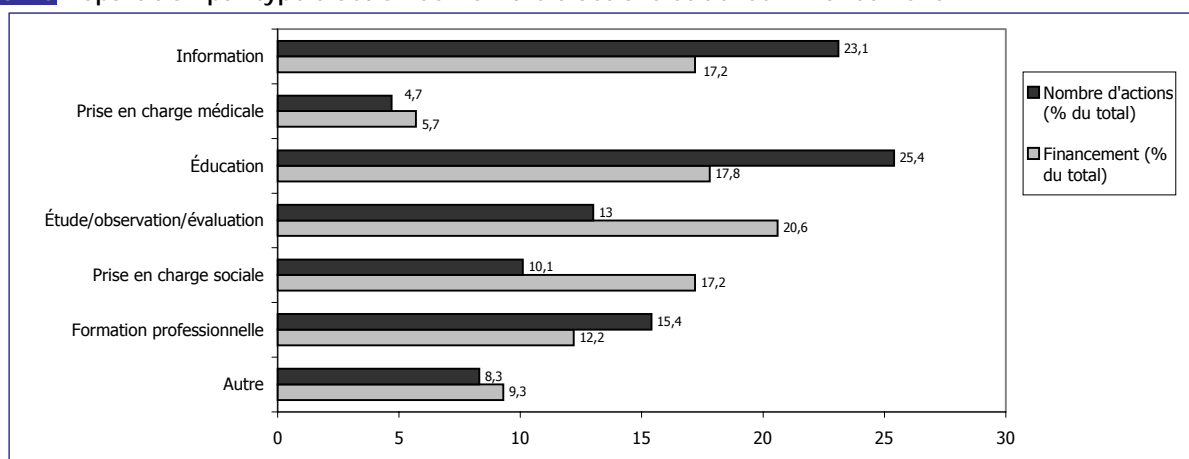
Conduites de consommation à risque

3-24 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



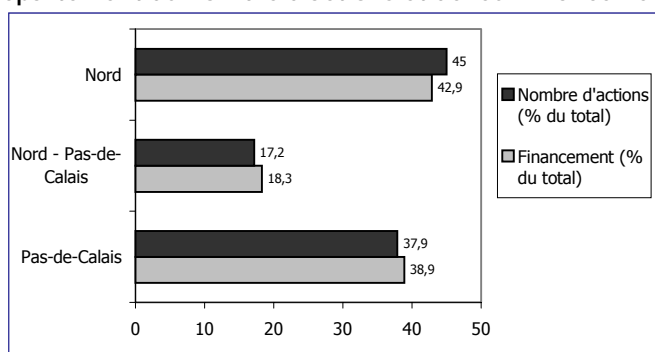
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-25 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-26 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

La prise en charge des toxicomanes dans la région Nord – Pas-de-Calais

Une enquête (publiée en juin 2002) a été réalisée par la DRASS Nord – Pas-de-Calais, auprès de 3 677 toxicomanes pris en charge par l'ensemble des structures sanitaires et sociales de la région en 2000. Les résultats suggèrent l'augmentation constante du nombre de toxicomanes pris en charge dans les différentes structures régionales (établissements spécialisés, établissements sanitaires et établissements sociaux) depuis 1991 ; sachant par ailleurs qu'il existe une augmentation du nombre de structures dans la région (Figure 3-22). L'héroïne est la consommation à l'origine du recours dans une grande majorité de cas (63,8 %).

Le recours à la substitution dans le cadre de la prise en charge progresse entre 1997 et 2000 (5 points). La proportion de toxicomanes bénéficiant d'un traitement de substitution par Méthadone est l'objet d'une nette augmentation entre 1997 et 1999 (progression de près de 10 points) ; alors que la proportion de sujets bénéficiant d'une substitution par Subutex accuse une baisse de près de 5 points. Les autres types de substitution ne concernent que 1 % des toxicomanes. Ces évolutions sont d'interprétation difficile : elles peuvent dans une certaine mesure traduire soit la prise en charge de conduites toxicomaniaques plus sévères de nouveaux toxicomanes, soit la nécessité de réadaptations thérapeutiques de toxicomanes pris en charge au long cours dans les différentes structures (Figure 3-21).

Il apparaît une nette diminution de la proportion de toxicomanes séropositifs au virus VIH dans la période 1997-2000. La prévalence de toxicomanes infectés par le virus de l'hépatite C semble peu évoluer ; ceci malgré la mise en place de la politique de réduction des risques. Ce dernier constat vient conforter le peu d'effet de la politique de réduction des risques sur la prévalence du virus de l'hépatite C, dans la population toxicomane ayant recours aux différentes structures de prise en charge, observé en 1999 par l'InVS¹.

LES PROJETS RETENUS EN 2002

La mobilisation des acteurs concernés par ce PRS a été importante compte tenu du nombre de projets déposés en réponse à l'appel à projet. Le nombre de "projets-actions" retenus en 2002 est de 169. D'une manière globale, il existe une augmentation régionale du nombre d'actions par rapport à 2001. Cette augmentation concerne essentiellement les arrondissements de Boulogne-sur-Mer, Cambrai et Maubeuge. En ce qui concerne le type d'action, on constate une certaine diversité dans une majorité d'arrondissements dont celui de la métropole lilloise, de Maubeuge et de Lens ; néanmoins les arrondissements de Douai, Cambrai, Montreuil et Saint-Omer sont le sujet d'un nombre d'actions relativement moins important et bénéficient essentiellement d'actions de formation et d'éducation (Carte 27). Il est important de noter que le nombre d'actions non rattachées à un arrondissement est loin d'être négligeable, pouvant suppléer au faible nombre d'actions relevées dans certains arrondissements. En tant que porteur, les associations sont représentées dans tous les arrondissements (Carte 28).

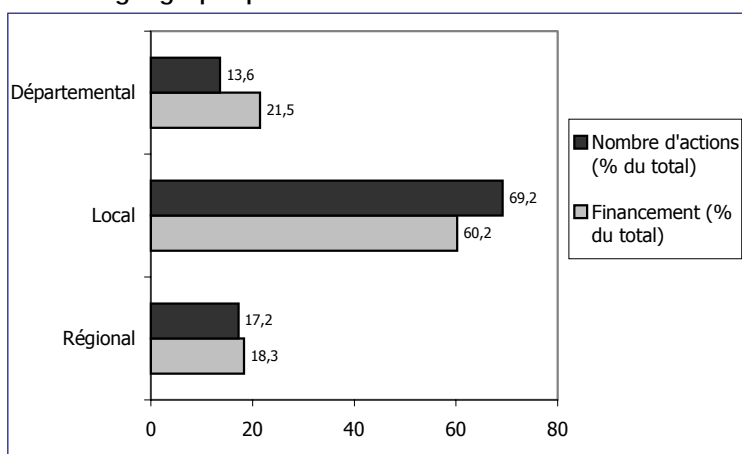
53,3 % des actions de ce PRS concernent la réduction des consommations ; elles représentent 44,5 % des financements. Près de 47 % des actions sont portées par les associations. L'éducation et l'information représentent près de la moitié des actions (respectivement 25,4 et 23,1 %), s'inscrivant dans la prévention des conduites à risque. 69,2 % des projets visent un territoire local. Les principaux financeurs d'actions dans le cadre de ce PRS sont l'État (44,4 % du financement total des actions), le Conseil régional (21,6 %) et le Conseil général du Pas-de-Calais (16,6 %). Le budget des différentes actions a été répertorié par quartiles. 17 % des actions représentent près de 48 % des financements pour ce PRS (Figure 3-23).

Les différents projets entrepris ou poursuivis cette année dans le cadre du PRS *Conduite de consommation à risque* sont renseignés quant à leur financeur, leur porteur, le type d'action qu'ils représentent, leur budget de financement et l'objectif dans lequel ils s'inscrivent. Nous avons cherché à décrire les différents objectifs cités plus haut suivant le type d'action, le financeur, le budget et le porteur ; ceci afin de mettre en évidence des caractéristiques spécifiques pour un même objectif. Cette analyse a pour objectif d'améliorer la lisibilité concernant les actions qui se profilent autour des 3 différents objectifs de ce PRS (Figures 3-24 à 3-29).

¹ http://www.invs.sante.fr/publication/sida_1101/point_ud_iv.pdf

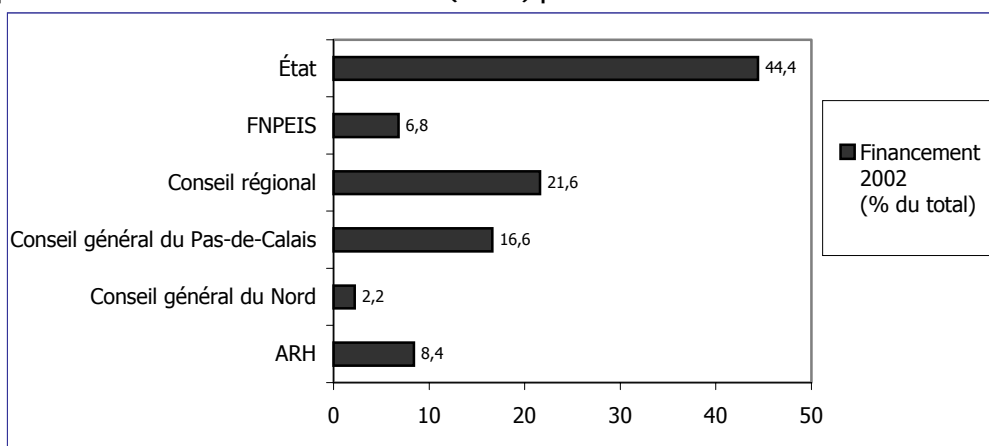
Conduites de consommation à risque

3-27 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



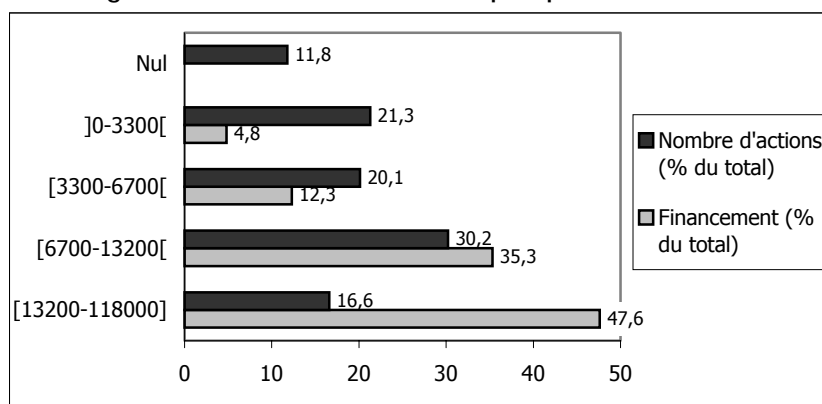
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-28 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

3-29 Répartition du budget de financement des actions par quartile



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Conduites de consommation à risque

L'action "Étude" est peu spécifique de la réduction de consommation, alors qu'elle paraît plus spécifique de la promotion de la recherche. Les projets qui se rapportent à la réduction des consommations sont plutôt représentés par des actions d'éducation et d'information, le budget de ces dernières se situant plutôt au niveau des deux premiers quartiles (0-3 700 euros). Ces actions sont plus souvent locales, portées par l'Éducation nationale et les organismes professionnels, et financées par les deux conseils généraux. Les actions dont l'objectif est mal défini ou qui en comprennent plusieurs sont réalisées plus rarement dans un cadre local ; le budget lorsqu'il est pris en charge par le PRS, semble relativement plus important que précédemment (dernier quartile : 13 200-118 000 euros).

L'objectif de "Réduction des dommages" comprenant plutôt des actions de formation professionnelle et d'action sociale, est plus souvent porté par des associations et financé par l'État. Les actions d'éducation semblent plutôt sous-représentées dans cet objectif : sur 43 actions éducatives, 1 était réalisée dans le cadre de l'objectif "Réduction des dommages", alors que 35 l'étaient dans le cadre de la "Réduction de la consommation". Or, il est vrai que les démarches éducatives peuvent s'avérer utiles dans le cadre d'une réduction des dommages, permettant aux individus de mieux contrôler les déterminants des comportements dommageables et de les rendre davantage acteurs de leur santé. L'implication plus importante d'une diversité de porteurs et de financeurs autour de la réduction de la consommation peut, dans une grande partie, être expliquée par l'importance du nombre d'actions dédiées à cet objectif.

Le point sur...

Les patients et l'alcool en Médecine générale

La consommation excessive d'alcool représente en France, et plus particulièrement dans notre région¹, un problème majeur de Santé Publique. En effet, une importante morbi-mortalité est liée à l'abus d'alcool, de même que de nombreux accidents de la circulation, des troubles du comportement avec agressivité et dans une certaine mesure la désinsertion sociale de certains individus.

La DRESS, l'OFDT, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et la FNORS ont été à l'initiative d'une enquête nationale transversale concernant le comportement par rapport à la consommation d'alcool, des usagers du système de soin hospitalier et de la médecine de ville. Cette enquête a été réalisée en octobre 2000. Les différents ORS ont pris en charge la réalisation et l'exploitation des données issues de l'enquête dans leur région respective.

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

Les principaux objectifs sont :

- de mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans la clientèle des médecins généralistes, et chez les usagers du système de soin hospitalier ;
- d'étudier le lien entre les motifs de recours aux soins et la consommation excessive d'alcool.

L'échantillon représentatif de la région Nord – Pas-de-Calais en médecine générale était constitué de 1 972 patients enquêtés par 67 médecins généralistes.

Un échantillonnage aléatoire à 2 niveaux a été réalisé. Les médecins sélectionnés ont enquêté les patients âgés de plus de 16 ans rencontrés durant 2 journées d'activité.

La population enquêtée	
Nombre de médecins participant	67
Nombre de patients enquêtés	1972
Moyenne de patients par médecin (brut)	29,4
Nombre de patients ayant accepté de répondre	1898 (96,2%)
Nombre de patients ayant refusé de participer à l'enquête	61 (3,1%)
Nombre de patients n'ayant pas participé à l'enquête par incapacité	13 (0,7%)

¹ Majed B. *Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2002 ; 93 p.

LES TROIS PROFILS DE CONSOMMATION D'ALCOOL

Les données issues du questionnaire ont permis d'identifier les patients, suivant d'une part la notion de consommations à risque, et la notion de dépendance d'autre part.

Les critères définissant une consommation à risque étaient les suivants :

- la fréquence et l'importance de la consommation d'alcool permettant de définir les consommations ponctuelles ou régulières à risque ;
- l'existence d'une consommation d'alcool problématique selon le médecin ;
- l'existence d'un test DETA positif. Le test DETA (ou CAGE) est un questionnaire composé de quatre items permettant de suspecter une consommation d'alcool abusive à partir de deux réponses positives sur quatre.

TEST DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous-a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?
3. Avez vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez vous eu déjà besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Les critères de dépendance étaient :

- le fait de consommer de l'alcool le matin pour se sentir en forme ;
- avoir une consommation quotidienne supérieure à 7 verres ;
- l'existence de signes physiques de dépendance selon le médecin.

Ainsi, à partir des notions de consommation à risque et de dépendance, les patients ont été classés suivant trois profils de consommateurs :

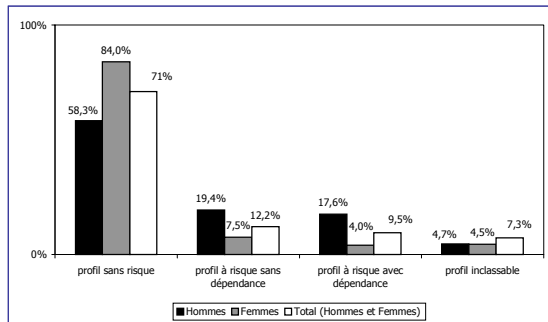
- un profil de consommation sans risque : il concernait 71 % des patients interrogés, l'intervalle de confiance à 95 % de cette prévalence était [67,5-74,2] ;
- un profil de consommation à risque sans dépendance : 12,2 % [10,2-14,6] ;

- un profil de consommation à risque avec dépendance : 9,5 % [7,6-11,7].

Certains patients n'ont pu être classés en raison de données manquantes ; ils représentaient 7,3 % de l'échantillon.

Il existe une sur-représentation des hommes dans les deux profils à risque.

Répartition des trois Profils Alcool suivant le sexe



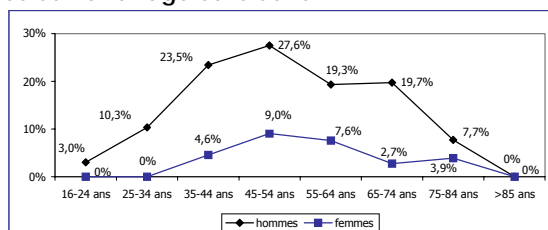
Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les patients dépendants

Les patients ayant un profil à risque avec dépendance représentent d'une manière globale près de 1 patient sur 10 dans la clientèle des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais. Cette prévalence est la plus importante parmi toutes les régions françaises. La prévalence standardisée sur l'âge des patients dépendants représente chez les hommes de la région 15,9 % [14,3-21,3] versus 9,8 % [9,1-10,5] en France ; chez les femmes elle est de 4 % [2,7-6,0] versus 2,7 % [2,4-3,1] en France.

Les hommes sont beaucoup plus concernés par la dépendance que les femmes, notamment entre 35 et 74 ans.

Prévalence du profil à risque avec dépendance suivant l'âge et le sexe



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les patients dépendants sont plus souvent en situation de précarité socio-économique, définie par une situation précaire par rapport à l'emploi (chômeur, emploi précaire), et par le fait d'être bénéficiaire de minima sociaux (RMI, CMU), et dans un état sanitaire plus défavorable (bénéficiaire de l'Affection Longue Durée et le fait d'être considéré par le médecin traitant en longue maladie).

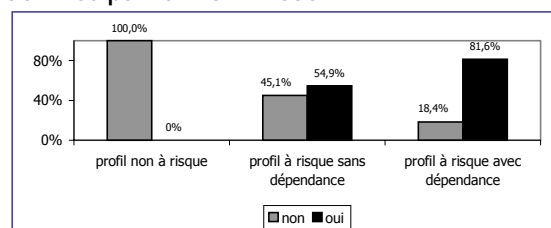
Cependant, ces différents facteurs (âge, sexe, situation par rapport à l'emploi, PCS, bénéficiaire de minima sociaux et état sanitaire), prédictifs de la consommation à risque avec dépendance, ne permettaient d'expliquer qu'en partie les disparités régionales quant à l'importance des patients dépendants à l'alcool dans la clientèle des médecins généralistes. D'autres facteurs explicatifs peuvent alors être envisagés tels que les représentations de la consommation d'alcool, l'importance du recours au soin en médecine générale des patients dépendants, l'investissement des structures spécialisées ou le type d'alcool consommé préférentiellement.

Le repérage des consommations à risque

Concernant le repérage de la consommation excessive d'alcool, cette étude montre la difficulté de définir et d'identifier les consommations à risque sans dépendance :

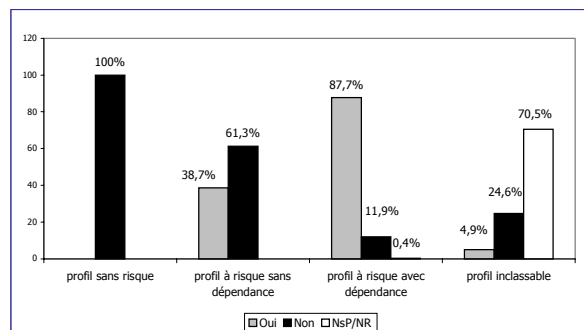
- les praticiens n'ont repéré que près de 40 % de ces patients ;
- le test DETA semble plus approprié pour la détection de l'abus d'alcool avec dépendance. Il ne tient pas compte de la consommation actuelle d'alcool.

Proportion de patients ayant un test DETA positif dans les différentes sous-populations définies par le Profil Alcool



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Proportion de patients ayant une consommation d'alcool problématique dans les différentes sous-populations définies par le Profil Alcool



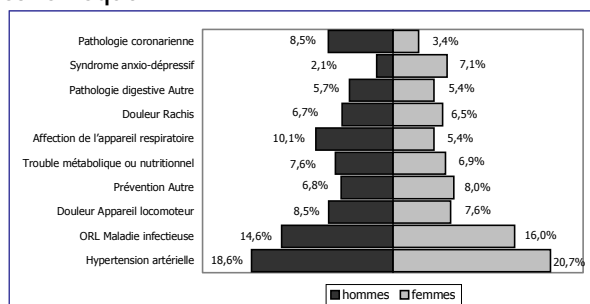
Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Motifs de recours aux soins

L'hypertension artérielle apparaît comme le motif de recours aux soins en médecine générale le plus fréquent. Il concerne principalement l'adulte à partir de 45 ans. Arrivent en 2^{ème} position les pathologies infectieuses oto-rhino-laryngologiques qui concernent essentiellement les adultes jeunes. D'une manière globale, l'abus d'alcool est en 23^{ème} position.

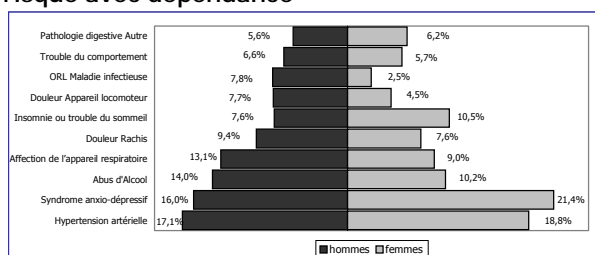
Nous avons étudié le motif de recours aux soins dans les 3 sous-populations définies par rapport au profil de consommation d'alcool. Il existe une sur-représentation des motifs liés aux troubles psychiques dans la sous-population de patients dépendants ; témoignant de la souffrance psychique de ces derniers. L'abus d'alcool, comme motif de recours aux soins, est également sur-représenté dans cette sous-population (3^{ème} position) ; alors qu'il ne concernait que 35,4 % de ces patients en tant que motif principal de recours ou de suivi.

Les 10 motifs les plus fréquents de recours aux soins des patients ayant un Profil Alcool sans risque



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les 10 motifs les plus fréquents de recours aux soins des patients ayant un Profil Alcool à risque avec dépendance



Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

LA PRISE EN CHARGE

Les patients dépendants

84 % des patients ayant un profil à risque avec dépendance avaient bénéficié d'une prise en charge

(passée, en cours ou proposée) par leur médecin généraliste. Ce chiffre mis en parallèle avec la proportion de patients dépendants dont le recours aux soins est l'objet d'une consommation abusive d'alcool (en tant que motif de consultation ou de suivi) évoque une prise en charge peu suivie. Il est à noter que les patients vus pour la 1^{ère} fois représentaient 4 % de cette sous-population.

Dans 49,3 % des cas, la prise en charge par une structure spécialisée des patients dépendants est méconnue ou inexistante pour le médecin généraliste. La prise en charge, par une structure spécialisée effective (actuelle, en cours) connue par le praticien, ne concerne que 5,9 % des patients dépendants. Cette situation témoigne d'un certain manque de coordination entre les médecins libéraux et les structures spécialisées.

Les patients ayant une consommation à risque sans dépendance

Seuls 34 % des patients ayant une consommation à risque sans notion de dépendance ont bénéficié d'une prise en charge de leur médecin traitant (passée, proposée ou en cours) ; cette proportion souligne la nécessité d'un investissement plus important. Ceci est cependant à mettre en parallèle avec la difficulté de repérage de ces patients par les généralistes.

CONCLUSION

La proportion des patients en difficulté avec l'alcool est relativement importante dans la clientèle des médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais ; ces derniers sont par conséquent en première ligne pour la détection et la prise en charge des problèmes d'alcool chez ces patients.

Néanmoins, le repérage et la prise en charge des consommations abusives sans notion de dépendance pourraient être améliorés par la formation des médecins généralistes en addictologie et en alcoologie, notamment sur les acquis scientifiques les plus récents (plusieurs études anglo-saxonnes ont montré l'efficacité des interventions brèves sur la réduction de consommation des patients en difficulté avec l'alcool), la mise au point et la validation de questionnaires brefs de dépistage de la consommation abusive d'alcool ou la diffusion de messages de prévention au sein des cabinets de consultation.

Concernant les patients les plus en difficulté avec l'alcool, avec une notion de dépendance, l'investissement des médecins généralistes pourrait être plus suivi et beaucoup plus en coordination voire en réseau avec les différents acteurs pouvant peser sur les déterminants des conduites d'alcoolisation abusive ; il s'agit notamment des psychologues, psychiatres, acteurs sociaux, structures spécialisées et médecins du travail.

