

## Conduites de consommation à risque



## Conduites de consommation à risque

### LES INDICATEURS DE CONTEXTE

**P 41**

#### - La consommation de substances psycho-actives chez les jeunes

p 41

L'expérimentation de produits psycho-actifs

p 41

La fréquence de l'usage des produits psycho-actifs

p 41

Approche régionale de la consommation déclarée de produits psycho-actifs

p 41

#### - Usagers de drogues et réduction des risques

p 43

#### - Les accidents corporels de la circulation

p 43

Les accidents corporels recensés dans le Nord – Pas-de-Calais entre 1998 et 2002

p 45

Les données du Nord – Pas-de-Calais et de la France entre 1998 et 2002

p 45

Les accidents corporels dans un contexte d'alcoolémie illégale

p 45

#### - L'incidence des tumeurs malignes liées à une intoxication alcoolo-tabagique dans la région Nord – Pas-de-Calais

p 45

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

p 47

Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx

p 47

Tumeurs malignes du larynx et de l'œsophage

p 47

#### - La mortalité régionale

p 49

La mortalité par surdoses

p 49

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac

p 49

Analyse de la mortalité à l'échelle infra-régionale

p 51

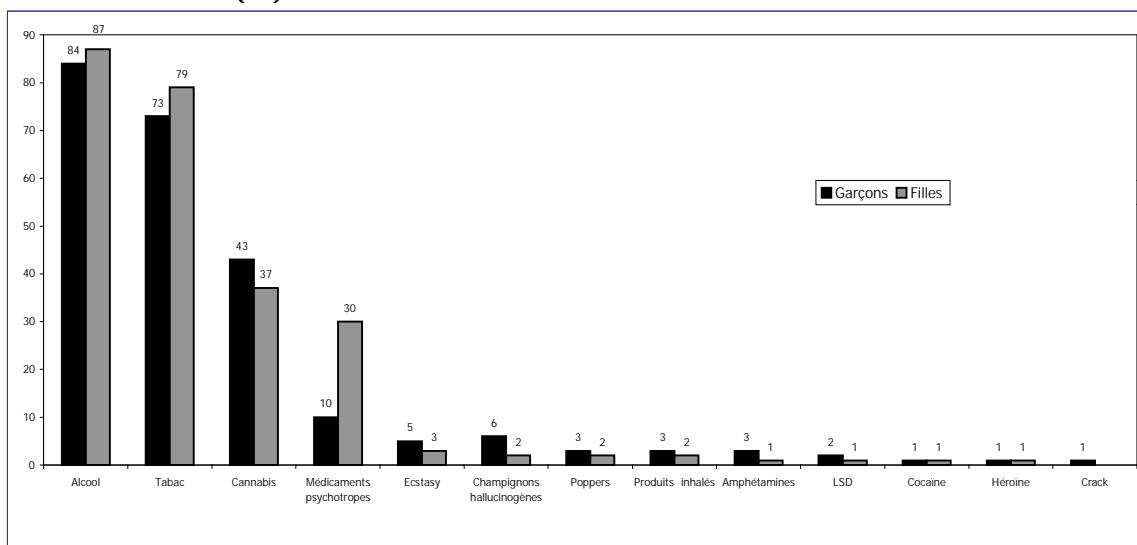
### LES PROJETS RETENUS EN 2003

**P 53**

Cartes 06, 07, 08, 09, 33, 40

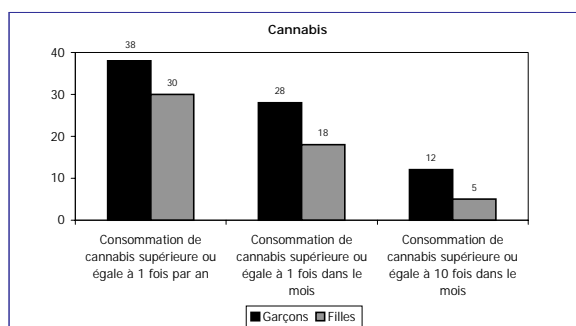
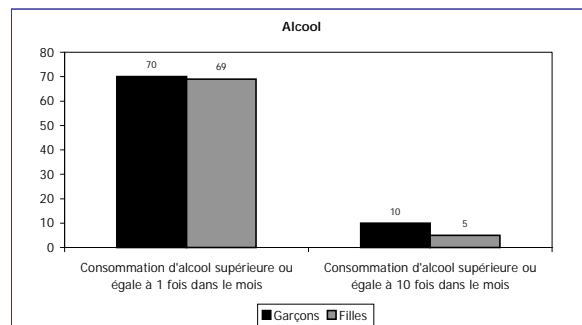
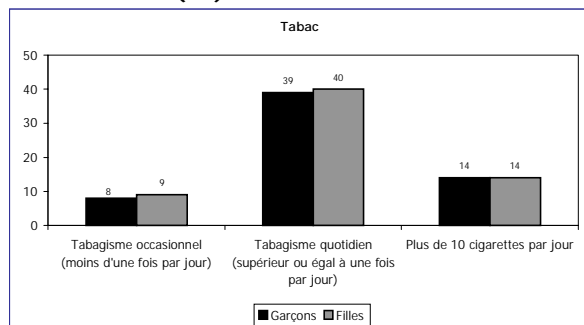
## Conduites de consommation à risque

### 3-1 Expérimentation de produits psycho-actifs des jeunes de 17 et 18 ans en 2000-2001 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)



Source : Enquête ESCAPAD 2000-2001, OFDT.

### 3-2 Usage de produits psycho-actifs parmi les jeunes de 17 et 18 ans en 2000-2001 dans le Nord – Pas-de-Calais (%)



Source : Enquête ESCAPAD 2000-2001, OFDT.

## 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 psycho-actives chez les jeunes et les adultes ;

Les actions autour des déterminants des comportements de mésusage des substances psycho-actives 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. Pour cet axe, une appréciation de l'utilité et du champ d'investigation des actions était jugée essentielle.

### LES INDICATEURS DE CONTEXTE

#### La consommation de substances psycho-actives chez les jeunes<sup>1</sup>

##### L'expérimentation de produits psycho-actifs

Près de 9 jeunes sur 10 âgés de 17 et 18 ans ont déjà expérimenté la consommation d'alcool, 8 sur 10 le tabac, plus de 4 sur 10 le cannabis et près de 2 sur 10 les médicaments psychotropes. L'expérimentation des autres produits psycho-actifs est relativement moins importante et concerne moins d'1 jeune sur 10 (6 % pour les champignons hallucinogènes, 4 % pour l'ecstasy, 2,5 % pour les poppers ou autres produits inhalés, 2 % pour les amphétamines, 1,5 % pour le LSD, 1 % pour la cocaïne ou l'héroïne et moins de 1 % pour le crack).

Quelques différences existent selon le sexe : les garçons déclarent avoir plus fréquemment expérimenté le cannabis que les filles alors que ces dernières rapportent beaucoup plus souvent avoir déjà eu recours aux médicaments psycho-actifs (Figure 3-1).

En moyenne, les jeunes ayant déjà expérimenté le tabac, ont fumé leur première cigarette peu avant 14 ans. L'âge moyen de l'expérimentation de l'ivresse se situe à 15 ans pour les garçons, 15 ans et demi pour les filles ; pour le cannabis la première consommation se situe en moyenne peu après l'âge de 15 ans et demi (15,6 pour les garçons et 15,8 pour les filles). L'étude des courbes de diffusion rétrospectives de l'expérimentation du tabac et de l'ivresse montre une progression importante de l'expérimentation entre 14 et 16 ans.

##### La fréquence de l'usage des produits psycho-actifs

Quelle que soit la fréquence de consommation de tabac, les garçons et les filles rapportent une fréquence d'usage similaire. Près d'1 jeune sur 2 a une consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac à l'âge de 17-18 ans (Figure 3-2). Parmi les jeunes âgés de 12 à 25 ans, la proportion de fumeurs réguliers (au moins 1 cigarette par jour) augmente sensiblement suivant les classes d'âge entre 12 et 18 ans : ils représentent 3,9 % des 12-14 ans, 24,5 % des 15-17 ans, environ 36 % des 18-25 ans. En ce qui concerne la consommation d'alcool, les garçons de 17 et 18 ans déclarent plus fréquemment avoir une consommation répétée (plus de 10 fois par mois) que les filles de cet âge (Figure 3-2). Parmi les 12-25 ans, les garçons sont largement sur-représentés dans les classes de fréquences de consommation mensuelle et hebdomadaire. La consommation de cannabis, produit illégal le plus utilisé, est plus importante chez les garçons que chez les filles, notamment en ce qui concerne les plus importantes fréquences de consommation (supérieure ou égale à 10 fois dans le mois écoulé) (Figure 3-2).

##### Approche régionale de la consommation déclarée de produits psycho-actifs

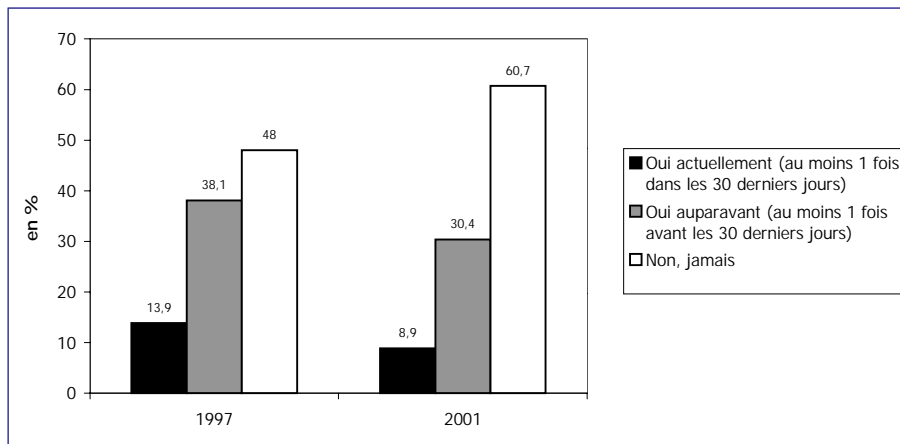
L'approche régionale de la consommation de produits psycho-actifs montre que l'usage de ces produits s'avère relativement moins fréquent dans la région Nord – Pas-de-Calais<sup>2</sup> qu'en moyenne en France ; notamment en ce qui concerne l'usage régulier de l'alcool chez les garçons, l'expérimentation de l'ivresse, l'âge de la première ivresse, l'expérimentation du tabac des garçons, l'expérimentation du cannabis, l'âge moyen de la première expérimentation de cannabis et l'usage régulier de cannabis chez les garçons.

<sup>1</sup> Les données présentées sont issues du Baromètre santé des jeunes réalisé en 2000 et de l'enquête ESCAPAD 2000 et 2001 (enquête sur les consommations de produits psycho-actifs réalisée lors de l'appel de préparation à la défense) menée auprès des jeunes du Nord – Pas-de-Calais.

<sup>2</sup> 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.

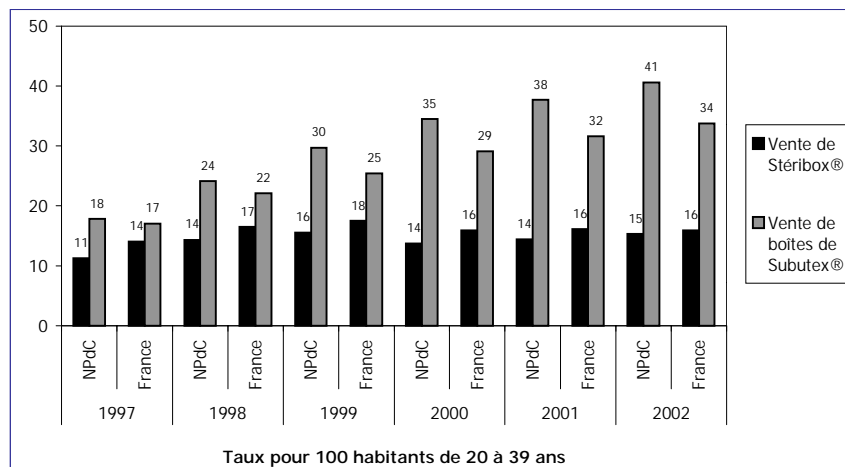
## Conduites de consommation à risque

### 3-3 Évolution du recours à l'injection par voie intraveineuse chez les usagers de drogue pris en charge par les structures sanitaires et sociales dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997 et 2001 (%)



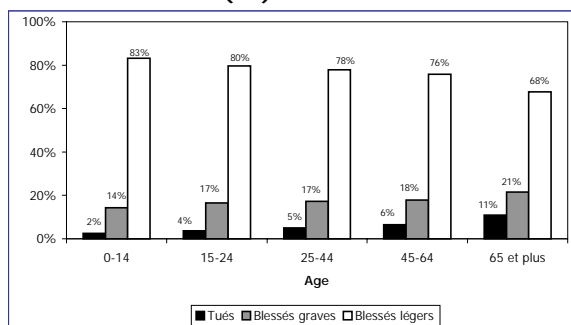
Source : DRASS Nord – Pas-de-Calais.

### 3-4 Évolution des ventes de Stéribox® et Subutex® pour 100 habitants de 20 à 39 ans, Nord – Pas-de-Calais versus France, de 1997 à 2002



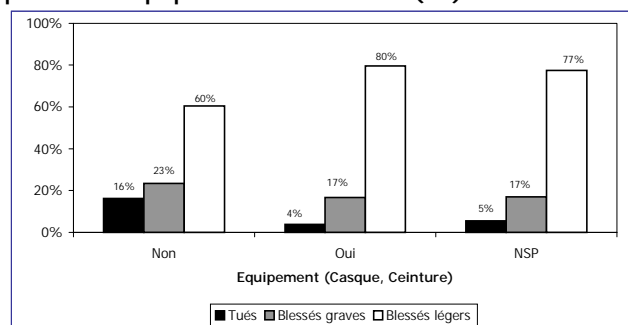
Source : SIAMOIS/InVS.

### 3-5 Répartition des accidentés de la route par classe d'âge et suivant les conséquences sur leur état de santé (%)



Source : Centre d'Études Techniques de l'Équipement, Directions régionale et départementales de l'Équipement.

### 3-6 Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et le port d'un équipement de sécurité (%)



### Usagers de drogue et réduction des risques

L'enquête de la DRASS réalisée chaque année au mois de novembre montre pour l'année 2001 une légère baisse du nombre d'Usagers de Drogue (UD) pris en charge par les structures sanitaires et sociales de la région (3 403 *versus* 3 677 en 2000), alors que les neuf années précédentes ont connu une augmentation constante (Moniteur 2002). L'âge moyen des UD augmente, entre 2000 et 2001, de 26,8 à 27,5 ans ; le Pas-de-Calais a une moyenne d'âge inférieure à celle du Nord (24,9 ans *versus* 28,5 en 2001).

23,6 % des UD pris en charge en 2001 déclarent être porteurs du virus de l'hépatite C et 1,6 % se déclarent séropositifs au VIH. La proportion monte à plus d'un tiers des UD pris en charge (35,8 %) pour l'hépatite C et à 2,6 % pour l'HIV, si l'on suppose que les UD dont le statut sérologique est déclaré inconnu lors de l'enquête (soit 34 % pour l'hépatite C et 33,9 % pour l'HIV), se répartissent comme les autres.

Le recours à l'injection par voie intraveineuse chez les UD semble diminuer. Leur proportion est passée de 13,9 % en 1997 à 8,9 % en 2001. Sur la même période, le pourcentage d'UD pris en charge n'ayant jamais eu recours à l'injection augmente (de 48 à 60,7 %) (Figure 3-3).

Tout en se situant toujours en dessous du niveau de la France, la vente de Stéribox<sup>®</sup> (trousse de prévention destinée aux usagers de drogue par voie intraveineuse) a augmenté dans la région Nord – Pas-de-Calais ; passant de 11,3 kits pour 100 habitants de 20-39 ans en 1997 à 15,3 en 2002 (soit une hausse des ventes de 37 % contre 13 % au niveau national) (Figure 3-4). L'utilisation de ce type de kit permet d'éviter le risque lié au partage de matériel d'injection : contamination par les virus du Sida et des hépatites mais aussi abcès. La hausse des ventes de ce type de matériel de réduction des risques est davantage à mettre en lien avec une meilleure gestion des risques des usagers de drogues qu'avec une hausse des pratiques d'injection. Depuis la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (Subutex<sup>®</sup>) en 1996, les ventes de ce médicament n'ont cessé d'augmenter. Entre 1997 et 2002, les ventes de boîtes de Subutex<sup>®</sup> (pour 100 habitants de 20-39 ans) ont doublé, que ce soit au niveau régional (+128 %) ou national (+98 %). La région connaît un niveau de vente supérieur à la France (Figure 3-4).

### Les accidents corporels de la circulation (conducteurs, passagers ou piétons)<sup>1</sup>

Lors d'un accident corporel de la circulation routière, les forces de l'ordre se rendent sur les lieux de l'accident afin d'établir un procès-verbal. Parallèlement à cette procédure judiciaire, elles remplissent une fiche BAAC (Bulletin d'Analyse d'Accident Corporel de la Circulation) qui va servir à alimenter le fichier national des accidents. Ce dernier constitue le centre du système d'information de la sécurité routière.

Un accident corporel (mortel et non mortel) de la circulation routière est défini selon les critères suivants :

- il provoque au moins une victime,
- il survient sur une voie ouverte à la circulation publique,
- il implique au moins un véhicule.

Parmi les usagers impliqués dans un accident corporel de la circulation, on distingue : les indemnes dont l'état ne nécessite aucun soin médical, les tués (victimes tuées sur le coup ou décédées dans les 6 jours qui suivent l'accident), les blessés graves (victimes non tuées mais blessées dont l'état nécessite plus de 6 jours d'hospitalisation), les blessés légers (victimes non tuées mais blessées, leur état nécessitant entre 0 et 6 jours d'hospitalisation ou un soin médical).

Des biais concernant les accidents corporels sont identifiés<sup>2</sup> : il s'agit essentiellement de biais de classement quant à la gravité des dommages corporels, notamment lors d'une évaluation dans un contexte non-médical et de biais de sélection concernant le recensement des accidents corporels. Ce dernier peut varier selon l'implication ou non d'un tiers, le mode de transport ou la gravité des dommages corporels.

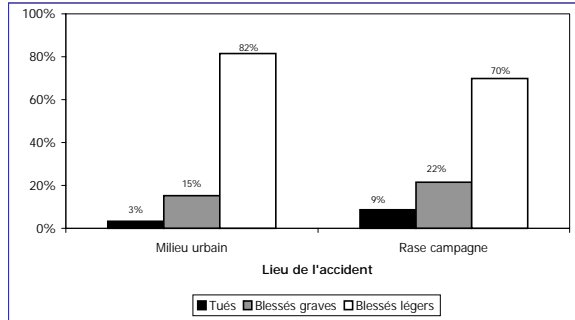
Enfin, il est utile de noter que l'importance de l'accidentologie dans un territoire donné dépend de plusieurs facteurs. Il s'agit en l'occurrence des infrastructures, de l'importance de l'utilisation de certains parcours, du type de véhicule utilisé et du comportement des conducteurs (alcoolisation, prise de risque...).

<sup>1</sup> CETE. Centre d'Études Techniques de l'Équipement, Directions régionale et départementales de l'équipement.

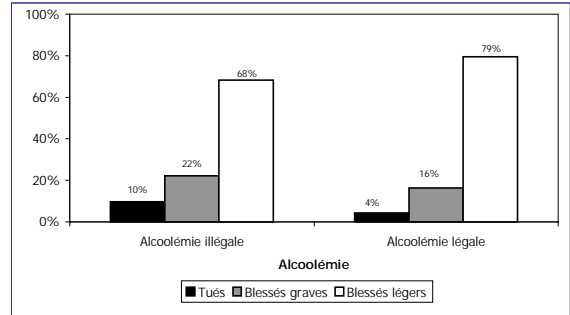
<sup>2</sup> Laumon B, Martin JL. Analyse des biais dans la connaissance épidémiologique des accidents de la route en France. *Rev. Épidémiol. Santé Publique* 2002, 50 : 277-285.

## Conduites de consommation à risque

**3-7** Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et le lieu de l'accident

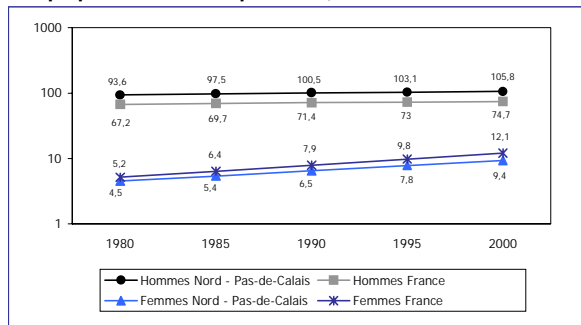


**3-8** Répartition des accidentés de la route suivant les conséquences sur l'état de santé et l'alcoolémie

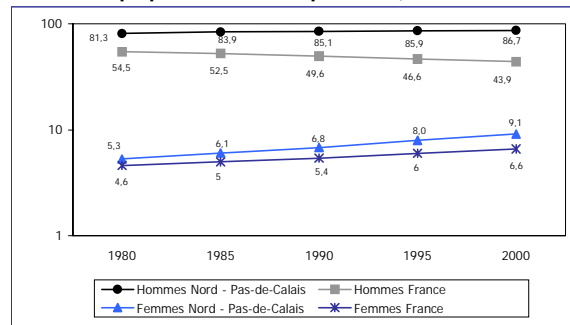


Source : Centre d'Études Techniques de l'Équipement, Directions régionale et départementales de l'Équipement.

**3-9** Évolution de l'incidence des tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)

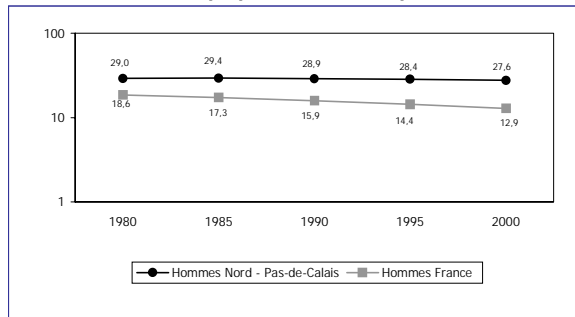


**3-10** Évolution de l'incidence des tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)

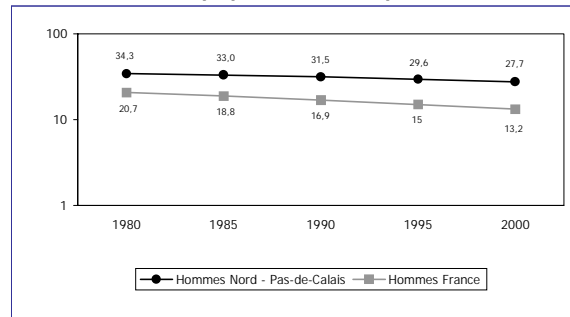


Source : Réseau Francim, FNORS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

**3-11** Évolution de l'incidence des tumeurs malignes du larynx (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)



**3-12** Évolution de l'incidence des tumeurs malignes de l'œsophage (taux comparatifs annuels standardisés sur population européenne)



Source : Réseau Francim, FNORS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

## Conduites de consommation à risque

### Les accidents corporels recensés dans le Nord – Pas-de-Calais entre 1998 et 2002

Entre 1998 et 2002, 35 524 accidentés (conducteurs, passagers ou piétons) de la circulation ayant eu un dommage corporel ont été recensés dans la région Nord – Pas-de-Calais. 1 735 (4,9 %) d'entre eux ont été tués, 6 064 (17,1 %) étaient des blessés graves et enfin 27 725 (78 %) des blessés légers.

Plus de 3 personnes sur 4 impliquées dans des accidents corporels de la circulation sont âgées de moins de 45 ans. Toutefois, ce sont les personnes âgées de plus de 45 ans et notamment les plus de 65 ans qui sont les plus fréquemment tuées ou gravement blessées. Les hommes sont sur-représentés et constituent 64 % de l'effectif. Ces derniers sont plus souvent victimes d'accidents ayant des conséquences plus lourdes sur leur santé que les femmes (Figure 3-5). Les conséquences sur l'état de santé semblent plus graves lorsque les accidents de la route surviennent la nuit (7 % de tués contre 4 % le jour). Par ailleurs, elles sont plus fréquemment sévères le week-end par rapport à la semaine, mais cela dans une faible mesure.

Une très large majorité des personnes impliquées dans les accidents corporels de la circulation routière (62 %) est porteuse d'un équipement de sécurité ; les personnes qui ne s'en prémunissent pas subissent davantage de conséquences graves sur leur état de santé (décès ou blessures graves) (Figure 3-6).

Plus de 2 accidentés sur 3 sont recensés en milieu urbain ; les accidentés de la circulation dans les zones rurales font davantage l'objet de conséquences plus graves sur leur santé (décès ou blessures graves) (Figure 3-7).

### Les données du Nord – Pas-de-Calais et de la France entre 1998 et 2002

La comparaison des caractéristiques des populations concernées par les accidents corporels de la circulation de la région Nord – Pas-de-Calais et de la France suivant la gravité, l'âge, le sexe, l'équipement, les circonstances de survenue (nuit/jour, week-end/jour férié, lieu) ou la notion d'alcoolémie positive, permet d'objectiver quelques différences. Il est à noter que la proportion de personnes impliquées dans un accident corporel où au moins un individu a une alcoolémie positive est plus importante dans le Nord – Pas-de-Calais de 2,6 points (12,5% *versus* 9,9 %) qu'en France.

Le pourcentage de victimes d'accidents corporels de la circulation en milieu urbain est plus important de près de 10 points dans la région (70,1 *versus* 60,8 % au niveau national). Enfin, la part des accidentés de la circulation la nuit est relativement plus importante (de près de 4 points : 38% *versus* 34,4 %) dans la région par rapport à la France.

### Les accidents corporels dans un contexte d'alcoolémie illégale

Les personnes impliquées dans un accident où au moins une personne présente une alcoolémie illégale sont plus souvent tuées ou blessées graves (Figure 3-8).

La population des accidentés de la circulation dans un contexte d'alcoolémie illégale, recensés dans la région Nord – Pas-de-Calais, se caractérise, par rapport à l'ensemble des personnes victimes d'accidents corporels de la circulation, par une sur-représentation des hommes (74,4% *versus* 64,4 %), des personnes âgées de 25 à 44 ans (46,2% *versus* 34,6 %), du contexte d'accidents nocturnes (70,4 % *versus* 38 %), durant un week-end/un jour férié (54,8 *versus* 34,4 %) et en rase campagne (35,3 *versus* 29,9 %).

### L'incidence<sup>1</sup> des tumeurs malignes liées à une intoxication alcoolo-tabagique dans la région Nord – Pas-de-Calais

La mesure de l'incidence permet d'apprécier la "vitesse d'apparition" des nouveaux cas de maladie. L'importance de l'incidence d'une pathologie donnée au sein d'une population est liée aux facteurs associés à la survenue de la maladie. Il s'agit entre autres de l'âge et du sexe. La comparaison de différents taux d'incidence dans le temps et dans l'espace nécessite alors de contrôler ces facteurs. L'analyse des données d'incidence, séparément chez les hommes et les femmes, et l'utilisation de la standardisation directe (sur la population type européenne) pour le calcul des taux d'incidence, permet de comparer ces derniers tout en éliminant d'éventuelles variations liées aux changements de structure des populations. Enfin, les données d'incidence peuvent être confrontées à celles de la mortalité. Outre les problèmes de déclaration des décès et l'utilisation d'une même nomenclature pour définir les pathologies, la confrontation des données de mortalité et d'incidence doit tenir compte de la durée de survie après le diagnostic de la maladie, des campagnes de dépistage, de la facilité de l'accès aux soins ou de la modification de l'exposition aux facteurs de risques des différentes générations.

<sup>1</sup> Les données d'incidence présentées sont issues des estimations fournies par le réseau Francim des registres des cancers français. Ces données sont estimées à partir des données d'incidence de plusieurs départements, à l'aide d'un modèle mathématique utilisant les chiffres de la mortalité (Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. *Épidémiologie des cancers*. Paris : Médecine-Science Flammarion, 1997 ; 111 p.).

## Conduites de consommation à risque

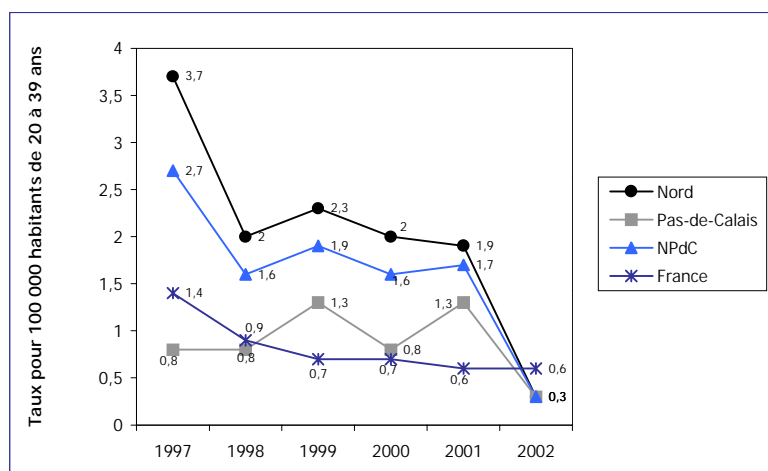
**3-13** Nombre de cas incidents estimés et nombre de décès annuels observés en ce qui concerne les pathologies tumorales malignes fréquemment associées à une intoxication alcoolo-tabagique chronique

Pathologies Tumorales malignes	Année	Nombre de cas incidents annuels		Décès observés annuels	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	1980	1254	104	519	45
	1985	1300	121	550	49
	1990	1351	139	497	49
	1995	1444	169	441	52
	2000	1562	203	457*	45*
Tumeurs malignes de l'oesophage	1980	529	-	466	73
	1985	515	-	498	58
	1990	504	-	462	76
	1995	499	-	416	65
	2000	501	-	391*	77*
Tumeurs malignes du larynx	1980	444	-	360	15
	1985	457	-	353	22
	1990	460	-	308	12
	1995	473	-	205	14
	2000	491	-	196*	16*
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	1980	1447	95	1316	104
	1985	1529	116	1463	128
	1990	1632	145	1519	155
	1995	1772	184	1679	191
	2000	1939	231	1646*	220*

\* Données de mortalité année 1999

Source : INSERM, Cedepic, Réseau Francim, FNORS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

**3-14** Évolution du nombre de décès par surdoses pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans, de 1997 à 2002



Source : OCRTIS.

**3-15** Répartition des causes de décès liées à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac suivant la cause de décès en 1999 dans la région Nord – Pas-de-Calais

Causes de décès	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	457	13,0%	45	5,5%	502	11,6%
Tumeur maligne de l'oesophage	391	11,1%	77	9,4%	468	10,8%
Tumeur maligne du larynx	196	5,6%	16	2,0%	212	4,9%
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	1646	46,7%	220	26,8%	1866	42,9%
Psychose alcoolique et alcoolisme	199	5,6%	76	9,3%	275	6,3%
Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie	637	18,1%	386	47,1%	1023	23,5%
<b>Total</b>	<b>3526</b>	<b>100%</b>	<b>820</b>	<b>100,0%</b>	<b>4346</b>	<b>100,0%</b>

Source : INSERM, Cedepic. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Conduites de consommation à risque

### Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

Le taux d'incidence brut (nombre de nouveaux cas/population totale) s'élève en 2000 à 99,4/100 000 hommes (avec près de 2 000 nouveaux cas estimés par an) et à 11,1/100 000 femmes (avec près de 250 nouveaux cas estimés par an) (Figure 3-13). Entre 1980 et 2000, l'incidence annuelle estimée des hommes de la région a progressé de 13 % (Figure 3-9). Malgré une augmentation de l'incidence nationale sur la même période (11,2 %), une sur-incidence régionale (de 41,6 % en 2000, de 39,3 % en 1980) est observée. Dans un contexte où la mortalité est "stable" depuis le début des années 1990 et où l'incidence continue de progresser, même légèrement, on peut penser que l'observation d'une diminution du cancer pulmonaire chez l'homme se fera attendre, malgré la mise en œuvre de politiques de Santé publique visant la réduction du tabagisme.

Sur la même période 1980-2000, l'incidence annuelle estimée des femmes de la région a suivi la tendance française en doublant (+108,1 %), tout en conservant des taux d'incidence constamment inférieurs à ceux de la France (de 13,1 % en 1980 et de 22,4 % en 2000). Sachant que la mortalité connaît une augmentation significative sur la période 1979-1999, les données d'incidence actuelles laissent à penser que l'augmentation du cancer pulmonaire chez les femmes, en termes de mortalité et d'incidence, devrait se poursuivre.

### Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx

Le taux d'incidence brut masculin s'élève en 2000 à 80,1 nouveaux cas pour 100 000 hommes par an avec près de 1 600 nouveaux cas estimés en 2000 (Figure 3-13). Entre 1980 et 2000, l'incidence annuelle estimée a augmenté de 6,6 % dans la région Nord – Pas-de-Calais, alors que sur la même période, la France a connu une diminution de 19,4 % (Figure 3-10). Les taux d'incidence du Nord – Pas-de-Calais sont constamment supérieurs à ceux de la France sur cette période ; et les écarts semblent s'accroître (sur-incidence régionale de 49,2 % en 1980 et de 97,4 % en 2000). Compte tenu de l'évolution de la mortalité, la baisse de la fréquence des tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx paraît bien entérinée en France ; ceci semble moins évident pour la région (diminution de la mortalité beaucoup plus modeste que la France et dont l'incidence a progressé entre 1980 et 2000 alors qu'elle a baissé en France). L'écart Nord – Pas-de-Calais/France, en termes d'incidence et de mortalité, risque alors de s'aggraver dans les prochaines années.

Le taux d'incidence brut féminin s'élève en 2000 à 9,8/100 000 femmes par an avec plus de 200 nouveaux cas estimés en 2000 (Figure 3-13). L'incidence régionale féminine a connu une augmentation sensible entre 1980 et 2000 (+72,2 %) qui s'avère supérieure à celle de la France (+43,5 %). L'augmentation relativement plus importante de l'incidence régionale se traduit donc par une augmentation de la sur-incidence régionale par rapport à la France, entre 1980 et 2000 (sur-incidence régionale de 15,5 % en 1980 et de 38,6 % en 2000). La mortalité étudiée sur la période 1979-1999 est stable mais compte tenu de la forte progression de l'incidence depuis 20 ans, une augmentation significative de la mortalité peut être attendue dans les prochaines années.

### Tumeurs malignes du larynx et tumeurs malignes de l'œsophage

Les tumeurs malignes du larynx et tumeurs malignes de l'œsophage connaissent chez les hommes des situations similaires en matière de taux d'incidence brut (respectivement 25,2 et 25,7 nouveaux cas pour 100 000 hommes par an) avec près de 500 nouveaux cas estimés pour chacune des deux localisations (Figure 3-13).

Entre 1980 et 2000, ces deux types de tumeurs connaissent une diminution sensible de leur incidence estimée, qui reste toutefois moins prononcée qu'au niveau national. Les tumeurs malignes de l'œsophage connaissent une baisse d'incidence estimée plus marquée (baisse de 19,2 % en région contre 36,2 % en France) que celles du larynx (diminution de 4,9 % au niveau régional contre 30,6 % au niveau national) (Figures 3-11 et 3-12). La baisse plus lente de l'incidence régionale de ces deux types de tumeurs se traduit par une augmentation de la sur-incidence régionale par rapport à la France, lors des estimations entre 1980 et 2000 (pour les tumeurs malignes du larynx : sur-incidence régionale de 56,1 % en 1980 et de 113,9 % en 2000 ; pour les tumeurs malignes de l'œsophage : sur-incidence régionale de 65,6 % en 1980 et de 109,8 % en 2000). Dans un contexte de baisse de la mortalité régionale et nationale, associée à une surmortalité régionale significative sur la période 1979-1999, la baisse plus lente de ces incidences dans la région peut être associée à une augmentation de la surmortalité dans le Nord – Pas-de-Calais par rapport à la France.

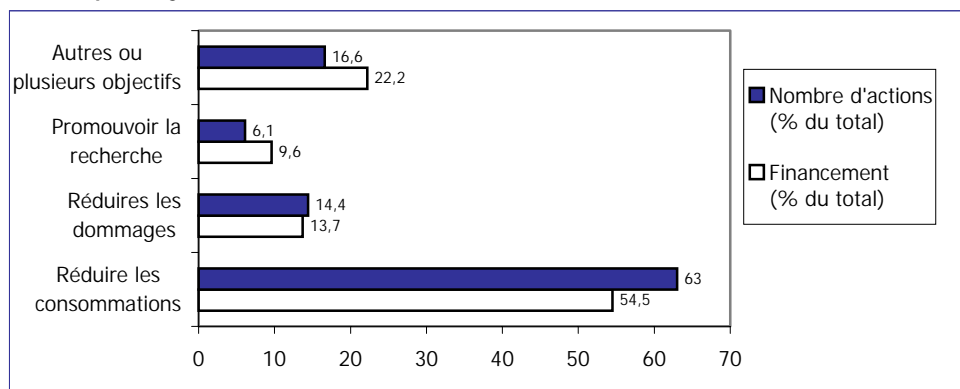
## Conduites de consommation à risque

**3-16 Répartition et part des causes de décès fréquemment associés à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac (tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée, des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx et de l'œsophage, cirrhose alcoolique ou sans précision du foie et psychose alcoolique et alcoolisme) en 1999 dans la région Nord – Pas-de-Calais**

Classes d'âge	Répartition des décès en 1999 suivant le sexe et la classe d'âge						Part des décès totaux en 1999 suivant le sexe et la classe d'âge		
	Hommes		Femmes		Ensemble		Hommes	Femmes	Ensemble
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage			
moins de 25 ans	1	0,0%	1	0,1%	2	0,0%	0,2%	0%	0,3%
25-34 ans	24	0,7%	8	1,0%	32	0,7%	6,4%	5,7%	6,2%
35-44 ans	227	6,4%	90	11,0%	317	7,3%	26,1%	17,4%	24,6%
45-54 ans	779	22,1%	180	22,0%	959	22,1%	36,9%	17,0%	32,1%
55-64 ans	900	25,5%	168	20,5%	1068	24,6%	33,7%	13,4%	28,5%
65-74 ans	1014	28,8%	190	23,2%	1204	27,7%	19,9%	4,3%	15,1%
75-84 ans	467	13,2%	116	14,1%	583	13,4%	10,0%	1,3%	6,3%
85 ans et plus	114	3,2%	67	8%	181	4,2%	3,8%	0,5%	1,7%
<b>Total</b>	<b>3526</b>	<b>100,0%</b>	<b>820</b>	<b>100,0%</b>	<b>4346</b>	<b>100,0%</b>	<b>18,3%</b>	<b>4,6%</b>	<b>11,8%</b>

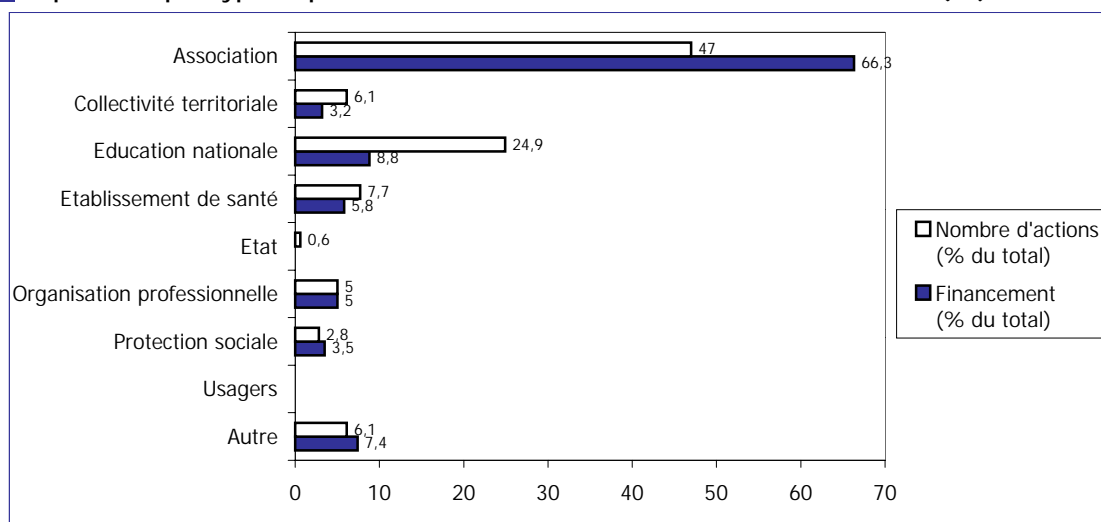
Source : INSERM, Cedepic. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

**3-17 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)**



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

**3-18 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.

### La mortalité régionale

#### La mortalité par surdoses

Les décès par surdose<sup>1</sup> sont en forte baisse depuis 1997. Au niveau national, leur nombre a été divisé par plus de deux entre 1997 (227 décès) et 2000 (97 décès).

La région Nord – Pas-de-Calais suit une évolution encore plus marquée puisqu'elle est passée de 31 décès par surdose en 1997 à 3 en 2002 ; soit un nombre total de surdoses divisé par 10 sur cette période. Le faible effectif de 2002 (3 décès) par rapport aux années précédentes (19 surdoses en 2001, 18 en 2000) amène à nuancer cette chute. Les chiffres pour 2003 confirmeront ou non cette tendance. Le département du Pas-de-Calais a été moins touché par les décès par surdoses depuis 1997, c'est seulement en 2002 que les deux départements connaissent des taux identiques (0,3 décès pour 100 000 personnes de 20 à 39 ans) (Figure 3-14).

#### La mortalité<sup>2</sup> liée à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac

L'analyse de la mortalité régionale pour les causes de décès fréquemment associés à une intoxication éthylique et/ou tabagique chronique montre une surmortalité significative par rapport à la France métropolitaine. Cette situation concerne autant la mortalité tous âges que la mortalité prématurée (avant 65 ans) quel que soit le sexe (hormis la mortalité par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée où les femmes de la région Nord – Pas-de-Calais présentent une sous-mortalité significative par rapport à la France).

Près de 4 500 décès liés à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac ont été recensés en 1999 dans la région. Près de la moitié (42,9 %) sont des décès par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon ; les cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie représentent 23,5 % des décès (Figure 3-15). L'ensemble de ces décès représente 11,8 % du total des décès dans le Nord – Pas-de-Calais en 1999 (Figure 3-16). Les hommes sont beaucoup plus touchés par ces causes de décès que les femmes : près de 8 décès sur 10 liés à la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac en tant que cause initiale affectent les hommes.

Les femmes sont sur-représentées par rapport aux hommes quant aux décès par cirrhose (47,1 % *versus* 18,1 %), et sous-représentées en ce qui concerne les décès par tumeurs malignes des VADS (tumeurs malignes de la cavité buccale, du pharynx et du larynx : 7,5 *versus* 18,6 %) et de la trachée, des bronches et du poumon (26,8 *versus* 46,7 %) (Figure 3-15). Plus de la moitié de ces décès (55 %) surviennent avant 65 ans (Figure 3-16). En 1999, ces décès représentaient 18,3 % de tous les décès chez les hommes et 4,6 % chez les femmes.

Malgré la diminution sensible de la mortalité régionale et nationale par tumeurs malignes des VADS et de l'œsophage, par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie et par psychoses alcooliques et alcoolisme, essentiellement chez les hommes, ces dernières années, on note une surmortalité régionale durant toute la période 1979-1999 par rapport à la France (Données [Moniteur 2002](#)). Cette dernière semble s'accroître pour certaines causes de décès, notamment pour la mortalité par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie chez les hommes et les femmes, par tumeurs malignes de l'œsophage et des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx uniquement chez les hommes. Ce constat traduit une diminution plus lente de la mortalité dans la région Nord – Pas-de-Calais qu'en France.

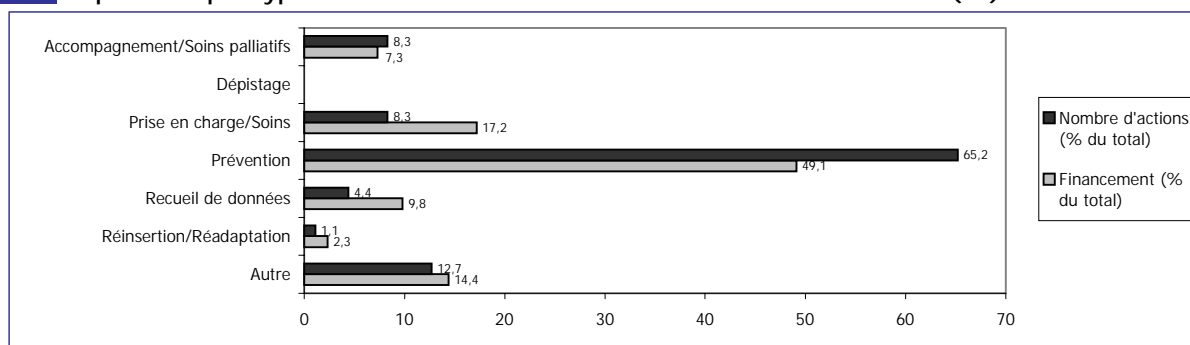
En ce qui concerne la mortalité par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée, on remarque chez les femmes, au cours des vingt dernières années, une nette augmentation ; l'évolution chez les hommes est marquée par une discrète augmentation puis une certaine "stabilisation". Les courbes régionales et nationales sont superposables, sachant que les hommes du Nord – Pas-de-Calais présentent une surmortalité alors que les femmes sont le plus souvent l'objet d'une sous-mortalité.

<sup>1</sup> Les données concernant les surdoses de l'OCRIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants) correspondent aux surdoses portées à la connaissance des services de police, car faisant l'objet d'une enquête de police.

<sup>2</sup> La mortalité est étudiée pour les causes de décès où d'une part le rôle de la consommation de tabac et/ou d'alcool est clairement établie et où d'autre part il existe une intoxication éthylique et/ou tabagique fréquente associée à la maladie représentant la cause principale de décès. Il s'agit des décès par tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée, des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx et de l'œsophage, par cirrhose alcoolique ou sans précision du foie et par psychose alcoolique et alcoolisme. 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.

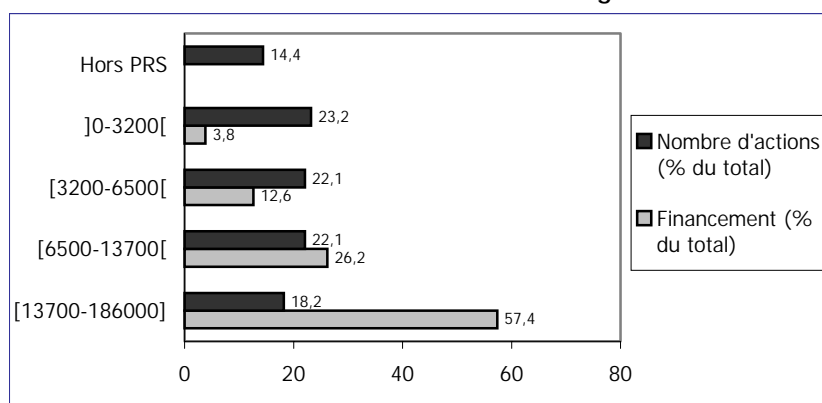
## Conduites de consommation à risque

### 3-19 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (%)



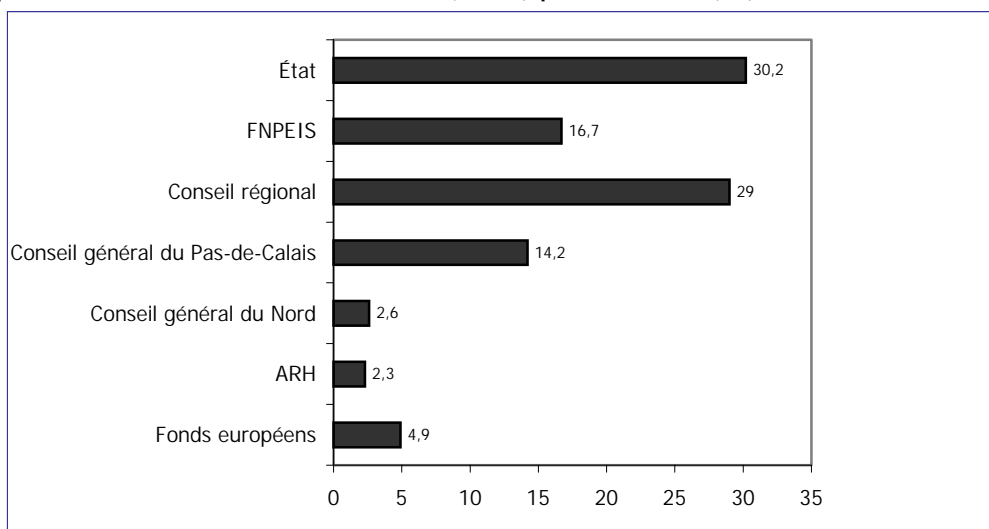
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

### 3-20 Répartition des actions et de leur financement selon la catégorie de financement (%)



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

### 3-21 Répartition du financement des actions (en %) par financeur (%)



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

## Conduites de consommation à risque

### Analyse de la mortalité à l'échelle infra-régionale<sup>1</sup>

L'analyse de la mortalité à travers les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) à différentes échelles infra-régionales (arrondissements, intercommunalités) permet de mettre en évidence certaines disparités.

#### Tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée (Cartes 06 et 07)

L'ICM des hommes de la région Nord – Pas-de-Calais montre une surmortalité significative de près de 40 % par rapport à la France métropolitaine ; en ce qui concerne les femmes, il existe une sous-mortalité significative de plus de 20 %. Ces constatations s'appliquent tant à la mortalité tous âges qu'à la mortalité précoce.

#### **Analyse par arrondissement**

Les arrondissements de Béthune et de Valenciennes connaissent des chiffres relativement supérieurs à l'ICM régional en ce qui concerne la mortalité masculine tous âges. Les arrondissements de Montreuil, Saint-Omer et Arras sont, à l'inverse, dans une situation où la mortalité par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon est sensiblement plus faible que dans la région. La mortalité prématurée des hommes est nettement plus importante dans l'arrondissement de Lens par rapport à la région, et relativement plus faible dans l'arrondissement d'Arras (comparable à la France métropolitaine). En matière de mortalité féminine tous âges, l'arrondissement de Lille accuse une surmortalité significative par rapport à la région.

#### **Analyse par pays, communauté d'agglomération, communauté urbaine**

En matière de mortalité masculine, les Communautés d'Agglomération d'Hénin-Carvin, de Valenciennes et de l'Artois se distinguent par une mortalité tous âges plus importante que la mortalité régionale, alors que les pays du *Ternois*, des *Sept Vallées* et du *Cœur de Flandre* ont une mortalité inférieure à celle de la région et par ailleurs comparable à la mortalité nationale (non significative). Pour la mortalité prématurée (avant 65 ans), les Communautés d'Agglomération d'Hénin-Carvin et de la Porte du Hainaut affichent une mortalité supérieure à la mortalité régionale, alors que le pays de l'Artois présente une mortalité relativement plus faible.

En ce qui concerne les femmes, la Communauté Urbaine de Lille Métropole se distingue par une mortalité tous âges plus élevée que la mortalité régionale, par ailleurs comparable à la mortalité nationale. Le pays du *Cambrésis* est l'objet d'une mortalité plus faible que la région, significativement inférieure à la mortalité nationale.

#### Tumeurs malignes des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx) et de l'œsophage

Par rapport à la France, il existe dans le Nord – Pas-de-Calais, une surmortalité tous âges de plus de 75 % pour les hommes et de plus de 40 % pour les femmes. L'ICM relatif à la mortalité prématurée (avant 65 ans) est supérieur à 200 chez l'homme et proche de 160 chez la femme.

#### **Analyse par arrondissement**

Seul l'arrondissement de Lens présente une mortalité masculine prématurée supérieure à la mortalité régionale. Tous les arrondissements sont au même niveau en ce qui concerne la mortalité féminine tous âges et prématurée.

#### **Analyse par pays, communauté d'agglomération, communauté urbaine**

La Communauté Urbaine d'Arras se distingue avec un ICM significativement inférieur à celui de la région pour la mortalité masculine tous âges et prématurée (ainsi que le pays du *Ternois* pour la mortalité prématurée). Par contre, la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin connaît une surmortalité significativement supérieure à la surmortalité régionale. En matière de mortalité féminine (tous âges ou prématurée), il n'y a pas de différence significative entre intercommunalités.

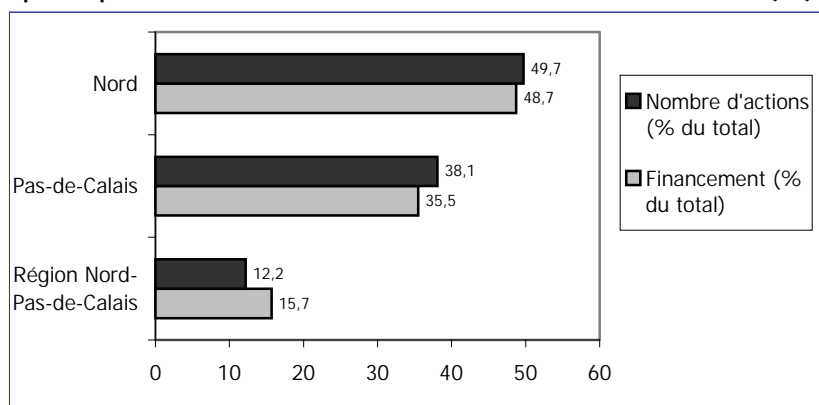
#### Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie

L'ICM des cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie de la région Nord – Pas-de-Calais montre une surmortalité tous âges significative par rapport à la France métropolitaine de l'ordre de 80 % pour les hommes et de 150 % pour les femmes. La surmortalité prématurée (avant 65 ans) est plus importante et dépasse 100 % pour les hommes et 190 % pour les femmes.

<sup>1</sup> Toutes ces données sont disponibles dans la rubrique Indicateurs statistiques du site Internet de l'ORS Nord – Pas-de-Calais : <http://www.orsnpdc.org>.

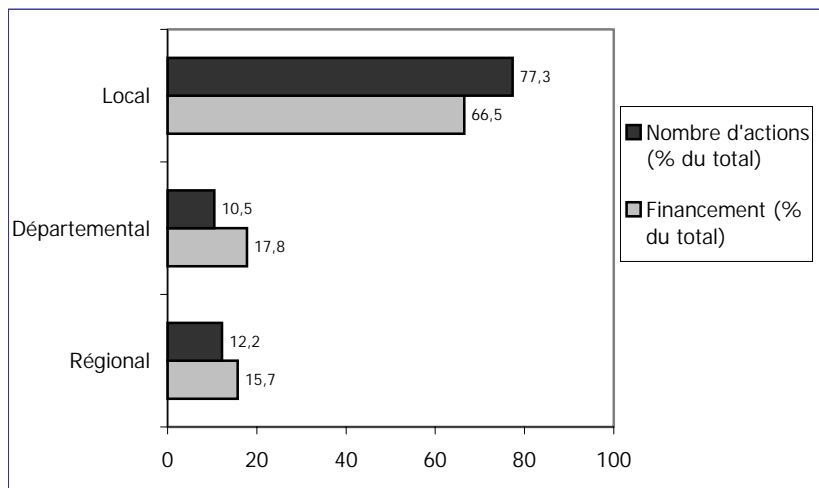
## Conduites de consommation à risque

### 3-22 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)



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

### 3-23 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.

## Conduites de consommation à risque

### Analyse par arrondissement

Tous les arrondissements présentent une surmortalité masculine tous âges significative par rapport à la France. Exception faite de l'arrondissement de Lens qui affiche une surmortalité plus importante que la surmortalité régionale, tous les autres arrondissements font l'objet d'une surmortalité comparable à celle du Nord – Pas-de-Calais.

Il en est de même pour la mortalité prématurée, à l'exception de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer qui présente une mortalité significativement inférieure à celle de la région (comparable au niveau national). En ce qui concerne les femmes, les arrondissements de Lens et Valenciennes se distinguent par une mortalité tous âges relativement plus importante que la région (la mortalité prématurée est également sensiblement plus forte dans l'arrondissement de Lens). À l'inverse, l'arrondissement de Montreuil se caractérise par une mortalité tous âges inférieure à celle de la région (comparable à la France) et celui de Calais par une mortalité prématurée inférieure à la région (comparable à la France).

### Analyse par pays, communauté d'agglomération, communauté urbaine

La Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin se distingue en cumulant surmortalité tous âges et surmortalité prématurée (par rapport à la région) pour les deux sexes. Au contraire, les pays de l'*Artois/Ternois*, du *Boulonnais* et du *Cœur de Flandre* présentent une mortalité masculine tous âges et précoce sensiblement inférieures à la mortalité régionale, comparables à la mortalité nationale. La Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut se distingue par une surmortalité féminine tous âges plus importante que la surmortalité régionale, alors que les pays du *Calaisis*, de l'*Artois* et du *Montreuillois* ont une mortalité féminine tous âges et précoce (à l'exception du pays du *Montreuillois* pour cette dernière) comparables à la France et inférieure à la région.

### Psychose alcoolique et alcoolisme (Cartes 08 et 09)

La région Nord – Pas-de-Calais affiche, par rapport à la France métropolitaine, une surmortalité significative par psychose alcoolique et alcoolisme pour les deux sexes. Cette surmortalité concerne à la fois la mortalité tous âges et la mortalité prématurée, et s'élève à plus de 50 % chez les hommes et à près de 100 % chez les femmes.

Que ce soit pour la mortalité tous âges ou la mortalité prématurée, l'ensemble des arrondissements présente des ICM comparables à l'ICM régional. Hormis la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin (qui se distingue par une surmortalité prématurée sensiblement supérieure à celle de la région chez les hommes), toutes les autres intercommunalités présentent une mortalité comparable à celle du Nord – Pas-de-Calais.

## LES PROJETS RETENUS EN 2003

242 projets ont été déposés dans le cadre de l'appel à projets 2003, 74,8 % ont été acceptés (soit 181 projets). Ces 181 projets représentent 22,5 % du financement total des PRS 2003 (près d'1,5 millions d'euros sont donc destinés au PRS CCAR) et 28,7 % des projets acceptés en 2003. Comme en 2002, ce sont les projets visant l'objectif "Réduire les consommations" qui sont au premier plan avec 63 % des actions et 54,5 % du financement (Figure 3-17). Les associations portent 47 % des actions pour un budget total de 66,3 % du financement total. L'Éducation nationale est le second porteur de projets avec 24,9 % des actions et 8,8 % du financement (Figure 3-18 et Carte 40). Les actions sont en grande majorité orientées vers la prévention (65,2 % des actions et 49,1 % du financement). L'accompagnement/soins palliatifs et la prise en charge/soins représentent chacun 8,3 % des actions mais différent quant à la part de financement (respectivement 7,3 et 17,2 %) (Figure 3-19 et Carte 33). 18,2 % des actions ont reçu un financement s'échelonnant entre 13 700 et 186 000 euros, soit 57,4 % du financement total (Figure 3-20). Le plus gros financeur de ce PRS est l'État (30,2 % des financements) ; suivent le Conseil Régional (29 %), le Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire (16,7 %), et le Conseil Général du Pas-de-Calais (14,2 %) (Figure 3-21). Près de la moitié des actions concernent exclusivement le département du Nord (49,7 %) et représentent la plus grande part des financements (48,7 %) (Figure 3-22). Plus des trois quarts des actions sont locales<sup>1</sup> et représentent 66,5 % des financements de ce PRS (Figure 3-23).

<sup>1</sup> Une action est considérée comme locale si le territoire concerné se limite à un arrondissement.

