

# Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Olivier Lacoste<sup>1</sup>, Laure Spinosi<sup>2</sup>, Madiou Sampil<sup>3</sup>,  
Gilles Poirier<sup>4</sup>, Bernadette Tillard<sup>5</sup>, Amélie Bruandet<sup>6</sup>.  
Avec le concours de Ludovic Cépré<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Directeur de l'Ors

<sup>2</sup> Médecin, chargée d'études à l'Ors

<sup>3</sup> Médecin, chargé d'études à l'Ors

<sup>4</sup> Statisticien, chargé d'études à l'Ors

<sup>5</sup> Médecin, chargée d'études à l'Ors

<sup>6</sup> Interne de Santé publique

<sup>7</sup> Conseil régional Nord – Pas-de-Calais / Centre de recherche en Géopolitique, Paris 8, Saint-Denis

*L'Ors est une association subventionnée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
et soutenue par le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.*



## Sommaire

---

<i>Introduction</i>	<i>p 7</i>
<b><i>CE QUE L'ON SAIT DE LA CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES</i></b>	<b><i>p 9</i></b>
Les fluctuations de la consommation en France	<i>p 10</i>
Les paradoxes apparents des consommations régionales	<i>p 13</i>
Les vins, une spécificité nationale, une surconsommation régionale	<i>p 17</i>
Les bières : une région au carrefour de l'Europe	<i>p 19</i>
Autres boissons alcoolisées	<i>p 21</i>
La consommation des jeunes	<i>p 22</i>
Bilan	<i>p 25</i>
<b><i>LA MORTALITÉ ATTRIBUÉE À LA CONSOMMATION CHRONIQUE DE BOISSONS ALCOOLISÉES</i></b>	<b><i>p 27</i></b>
Quelles causes de mortalité, quel impact sur la santé des populations?	<i>p 28</i>
Les cirrhoses	<i>p 28</i>
Les cancers des voies aérodigestives supérieures	<i>p 29</i>
Alcoolisme et psychoses alcooliques	<i>p 30</i>
Un triptyque alcool synthétique et non surjectif	<i>p 30</i>
Mortalité due au triptyque Alcool dans la région	<i>p 31</i>
Effectifs de décès et poids de chaque cause	<i>p 31</i>
Evolution depuis 1986	<i>p 31</i>
Décès par cause et par classe d'âge	<i>p 32</i>
Taux par cause et par classe d'âge	<i>p 41</i>
Ratios standardisés de mortalité région versus France	<i>p 43</i>
Mortalité due au triptyque Alcool aux moyennes échelles sub-régionales	<i>p 45</i>
Mortalité due au triptyque Alcool aux grandes échelles infrarégionales	<i>p 52</i>

<b>LA COMORBIDITÉ ASSOCIÉE À LA CONSOMMATION CHRONIQUE DE BOISSONS ALCOOLISÉES</b>	<b><i>p 61</i></b>
Le triptyque Alcool associé aux causes principales de décès	<i>p 61</i>
Les causes de décès associées aux cirrhoses alcooliques et sans précision et psychoses alcooliques	<i>p 64</i>
<b>LE RECOURS AUX SOINS DE LA POPULATION EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL</b>	<b><i>p 67</i></b>
Le dispositif et le recours régional aux soins et à la prévention en alcoologie	<i>p 67</i>
Le dispositif actuel	<i>p 67</i>
L'alcool dans les Programmes régionaux de santé : situation du Nord – Pas-de-Calais	<i>p 68</i>
Les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (Ccaa) et la prise en charge hospitalière	<i>p 69</i>
La prise en charge offerte à la population	<i>p 71</i>
Le profil et le recours aux soins des ménages du Nord – Pas-de-Calais ayant été confrontés au sevrage alcoolique	<i>p 80</i>
Répartition des ménages selon leurs caractéristiques socio-démographiques	<i>p 80</i>
Habitudes des ménages vis-à-vis du système de soins face à un problème d'alcool	<i>p 87</i>
Habitudes de recours aux soins vis-à-vis du système de soins face à d'autres motifs de recours aux soins	<i>p 90</i>
<i>Conclusion</i>	<i>p 95</i>
Propositions d'enquêtes	
<i>Annexes</i>	<i>p 101</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>p 115</i>
<i>Abréviations</i>	<i>p 119</i>

# Introduction

---

Ce rapport portant sur le *phénomène alcool*, qui a été demandé à l'Observatoire régional de la santé Nord – Pas-de-Calais conjointement par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais, aurait pu avoir un tout autre intitulé<sup>1</sup>.

En effet, s'il est possible de définir l'alcoolisme comme *une intoxication par usage répété de boissons alcoolisées ; une maladie chronique induite par la consommation répétée d'alcool, occasionnant des lésions irréversibles du système nerveux central, du foie et du pancréas*<sup>2</sup>, il est manifeste que la question de l'alcoolisation régionale, qui précède par essence les manifestations de l'alcoolisme, serait un champ d'observation encore plus nécessaire. De l'alcoolisation, c'est-à-dire des façons de boire, des types de consommations (quotidienne ou seulement festive, solidaire ou solitaire, chronique ou aiguë, du vin, de bière ou de toute autre boisson alcoolisée), il sera, certes question dans les pages qui suivent. Des modes de consommation, réglée, nocive, de la dépendance et de l'abstinence qui forment, elles-aussi, des entités indispensables à la juste connaissance de la réalité contemporaine, il sera, malheureusement, plus rarement question.

Ainsi, dans le cadre d'une approche globale des individus et des populations, fondatrice d'une politique publique, serait-il dans l'idéal, plus judicieux de cerner et de comprendre les conduites de consommations ayant cours au sein des diverses populations régionales, leurs contextes familiaux et sociaux, leurs origines ainsi que leurs rencontres avec le système de soins régional. De ceci nous sommes, avec d'autres, persuadés.

C'est pourquoi l'une des premières données qu'il convient d'exposer au lecteur dans cet ouvrage est que la connaissance actuelle des phénomènes régionaux d'alcoolisation reste encore aujourd'hui ponctuelle et partielle. Les

enseignements et les constatations que nous exposons dans cette synthèse ne peuvent à eux-seuls répondre aux questions, souvent parmi les plus élémentaires, qu'acteurs de santé publique, travailleurs sociaux, élus et simples habitants des deux départements sont en droit de poser.

Ce *petit divorce* entre connaissance et action, entre savoirs et pouvoirs, n'a pas tendu à se résorber au cours des toutes dernières années ; il s'est même récemment aggravé. En effet, si pour sa part l'appréciation de phénomènes alcooliques en cours dans le Nord – Pas-de-Calais est restée presque inchangée depuis quelques temps, l'approche de l'alcoolisation et de l'alcoolisme qui en découle a, quant à elle, connu une évolution tout à fait remarquable. Les publications successives en moins de quatre années des rapports *Padieu-Beaugé, Roques, Reynaud-Parquet*, des ouvrages et articles rédigés par *Got, Vincent, Zarifian, Craplet, Nahoum-Grappe, Ehrenberg* et bien d'autres se joignant au Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de la Miltt suffisent à témoigner, s'il le fallait, de l'accélération d'une réflexion scientifique et sociale qui embrasse l'alcool parmi ses objets. C'est fort de toutes ces avancées considérables qu'il convient de lire la désunion de la connaissance pragmatique avec la réflexion contemporaine non pas comme un échec, mais bien comme une étape très probablement provisoire.

Pour sa part, et avec le soutien de ses partenaires, l'Ors Nord – Pas-de-Calais s'est déjà attelé au renouvellement de la connaissance des phénomènes régionaux ayant trait à l'alcool, en réalisant diverses enquêtes telles que *Rhcp2s* (1997-98), *Les Réseaux médicaux, sanitaires et sociaux locaux* (1998), *La santé des 14-15 ans* (1998), *Territoires urbains et santé* (1998), et à la demande du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité une Enquête portant sur *la prévalence des problèmes d'alcool parmi les usagers de la médecine générale* (2000-2001).

---

<sup>1</sup> L'intitulé originel de ce travail était un "Tableau de bord de l'alcool".

<sup>2</sup> Richard D, Senon JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse, 1999 ; 433 p.



## *Ce que l'on sait de la consommation de boissons alcoolisées*

---

*"Le mal boire est la toxicomanie des alcooliques"*

Alain Ehrenberg, *Un monde de funambules* in *Individus sous influence*, 1991.

*"Aussi je laisse la bière  
Aux Anglois et Allemans  
Et Flamans,*

*Qui ont l'âme roturière"*  
Olivier Basselin, 15<sup>e</sup> siècle.

Il n'existe pas en France, et *a fortiori* dans le Nord – Pas-de-Calais, de statistiques directes décrivant la consommation de boissons alcoolisées. Cette réalité peut paraître curieuse, surprenante, lorsque l'on connaît les avancées récentes de la santé publique et des enquêtes *en population générale*<sup>1</sup>.

Cette absence majeure représente une lourde hypothèque vis-à-vis de la définition de la politique régionale de santé. En effet, la montée en puissance des analyses et de la réflexion consacrées aux phénomènes de *consommations à risques*, ne trouve pas aujourd'hui un écho dans la connaissance préalable des phénomènes régionaux ayant cours au sein de la population. En outre, les *modes d'usage* demeurent, de ce fait, presque totalement méconnus.

Pour suivre, apprécier, comprendre et tenter de tenir compte de la consommation d'alcool, il est donc aujourd'hui nécessaire de recourir à des palliatifs dont l'adaptation aux besoins d'analyse est très souvent imparfaite. Les conclusions émises dans ce contexte peuvent, de plus, mener à de lourds contresens d'interprétation aboutissant à de nettes inadéquations de la prise de décision aux réalités et processus en cours.

Statistiques de ventes, enquêtes par *panel* réalisées par des sociétés de services aux entreprises de la distribution, informations extraites des droits indirects du ministère des finances, calcul de la production, bilan des exportations et des importations sont, en

dépôt des réserves précédentes, les seules techniques d'approche disponibles afin de quantifier la réalité du phénomène, utilisées dans les comparaisons internationales ; et ce malgré la diversité de leurs protocoles et de leurs techniques de recueils.

À l'échelle régionale, même lorsqu'il s'agit d'une région aussi densément peuplée que le Nord – Pas-de-Calais, la probabilité de biais majeurs se renforce surtout lorsque l'on tente de suivre l'évolution de la consommation, lorsque l'on tente de comprendre si l'ingestion de boissons alcoolisées s'élève ou régresse dans les ménages.

Le Nord – Pas-de-Calais est une région très fortement urbaine, donc moins rurale et moins productrice de boissons alcoolisées que la moyenne des régions françaises. La part de l'autoconsommation devrait donc être (car les informations manquent pour en donner la preuve) en deçà de ce qui peut se pratiquer dans les zones de viticulture par exemple.

Dans le Nord – Pas-de-Calais, région frontalière, les achats et les ventes d'alcool à l'étranger ne peuvent être connus tandis que les différentiels de taxation finissent de ruiner les efforts d'appréciation. Entre les achats d'alcool réalisés par des *day-trippers* britanniques sur le Littoral et les ventes opérées par les distributeurs belges le long de la frontière, il est bien difficile d'espérer, par ces indicateurs indirects, reconstituer l'exacte consommation des habitants de la région.

Ces réserves une fois émises, il devient possible de présenter ici ce que l'on sait de la consommation d'alcool en France et dans la

---

<sup>1</sup> Got C, Weill J (dir.). *L'Alcool à livre ouvert*. Paris : Seli Arslan, 1997 ; 350 p.

et Craplet M. *Passion alcool*. Paris : Odile Jacob, 2000 ; 383 p.

région. En effet, si l'analyse exacte de la consommation de boissons alcoolisées fait défaut, il reste qu'il peut s'avérer utile de décrire et d'analyser les informations disponibles. Volumes de ventes, proportions de la population consommatrice, modes de consommations, types de boissons consommées sont, entre autres, autant d'éléments dont l'examen croisé permet de mieux cerner le phénomène "consommation d'alcool".

En l'occurrence, ce phénomène est bien plus complexe et intéressant à décrire que ce que le sens commun peut en dire. En cela, l'analyse des relations entre une population et les boissons alcoolisées contribue grandement à la compréhension de la situation régionale et de sa dynamique.

### Les fluctuations de la consommation en France

Depuis les années 1970, la consommation d'alcool (estimée au moyen des ventes) chute en France de façon certaine<sup>1</sup>. Cette régression a atteint 30 % par adulte de moins de 15 ans. Dans l'ensemble de la population, la baisse a été de 25 %. Cette baisse est en fait la prolongation d'un mouvement entamé dès 1950<sup>2</sup>.

Pour autant, il semblerait non seulement que la consommation française reste aujourd'hui la plus élevée d'Europe<sup>3</sup>, ou plus exactement l'une des plus importantes<sup>4</sup> (voir tableau suivant), mais qu'en outre, la décroissance de la période 1970-85 se soit fortement ralentie depuis lors.

---

<sup>1</sup> Haut Comité de santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994.

et Oberlé D (Dir). *Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the European Union*. Vandoeuvres-lès-Nancy, 1998, 106 p.

<sup>2</sup> Richard D, Senon JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse. 1999, 433 p.

<sup>3</sup> Haut Comité de santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994.

<sup>4</sup> Craplet M. *Passion alcool*. Paris : Odile Jacob, 2000 ; 383 p.

## Consommation

**Tableau 1**

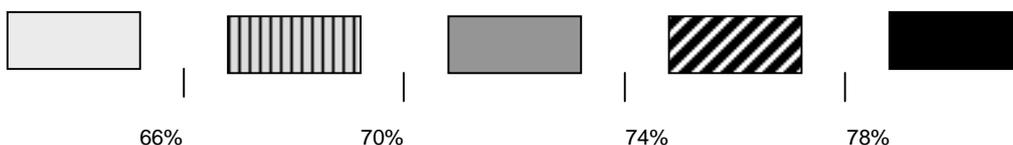
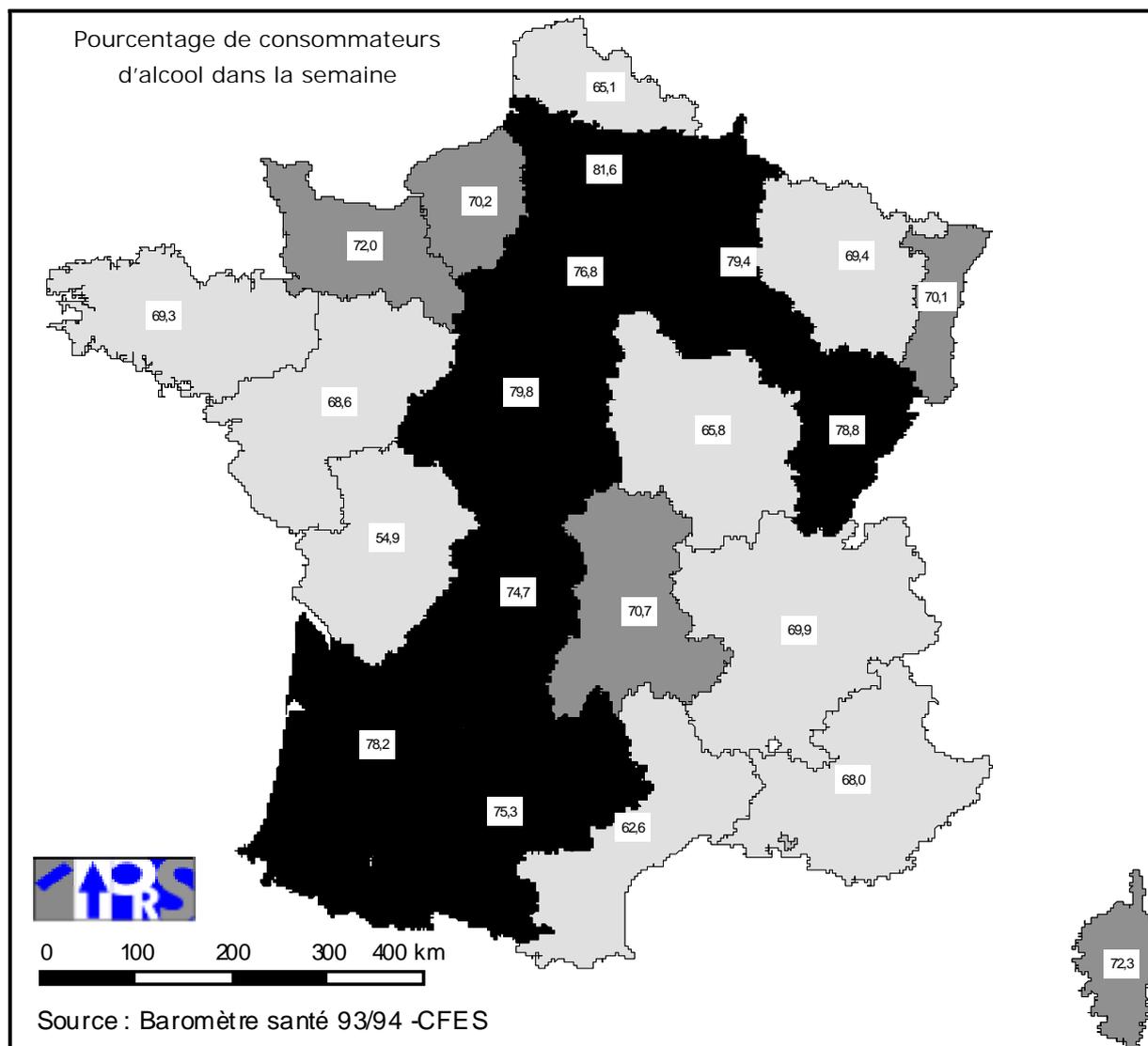
Consommation de boissons alcoolisées en France et dans le monde (dernières années disponibles)									
	Pays	Total		Vin		Bière		Alcools distillés	
		en litre d'alc. pur par hab. et par an	Indice (France=100)	en litre par hab. et par an	Indice (France=100)	en litre par hab. et par an	Indice (France=100)	en litre d'alc. pur par hab. et par an	Indice (France=100)
	France	10,9	<b>100</b>	60,0	<b>100</b>	37,5	<b>100</b>	2,4	<b>100</b>
Europe du nord-ouest	Belgique	8,9	<b>82</b>	25,0	<b>42</b>	102,0	<b>272</b>	1,0	<b>42</b>
	Pays-bas	8,2	<b>75</b>	17,5	<b>29</b>	86,3	<b>230</b>	1,7	<b>71</b>
	Royaume-Uni	7,7	<b>71</b>	14,3	<b>24</b>	103,6	<b>276</b>	1,4	<b>57</b>
	Irlande	9,0	<b>83</b>	15,0	<b>25</b>	140,0	<b>373</b>	1,7	<b>71</b>
	Luxembourg	11,2	<b>103</b>	52,0	<b>87</b>	111,8	<b>298</b>	1,6	<b>67</b>
	Allemagne	9,5	<b>87</b>	23,0	<b>38</b>	131,1	<b>350</b>	2,0	<b>83</b>
Scandinavie	Finlande	7,0	<b>64</b>	13,1	<b>22</b>	83,9	<b>224</b>	2,1	<b>88</b>
	Danemark	9,9	<b>91</b>	29,3	<b>49</b>	113,6	<b>303</b>	1,1	<b>46</b>
	Suède	5,1	<b>47</b>	14,5	<b>24</b>	61,7	<b>165</b>	1,1	<b>46</b>
	Norvège	4,3	<b>39</b>	8,6	<b>14</b>	54,0	<b>144</b>	0,9	<b>38</b>
Europe centrale et de l'est	Autriche	9,5	<b>87</b>	30,0	<b>50</b>	113,2	<b>302</b>	1,5	<b>63</b>
	Suisse	9,2	<b>84</b>	43,5	<b>73</b>	159,3	<b>425</b>	1,5	<b>63</b>
	Roumanie	9,2	<b>84</b>	23,5	<b>39</b>	37,2	<b>99</b>	4,5	<b>188</b>
	Rép. tchèque	10,0	<b>92</b>	16,9	<b>28</b>	158,8	<b>423</b>	1,6	<b>67</b>
	Rép. slovaque	8,6	<b>79</b>	15,1	<b>25</b>	94,8	<b>253</b>	4,5	<b>188</b>
	Pologne	6,3	<b>58</b>	6,5	<b>11</b>	41,8	<b>111</b>	3,4	<b>142</b>
	Russie	7,3 (?)	<b>67</b>	5,9 (?)	<b>10</b>	25 (?)	<b>67</b>	5,5 (?)	<b>229</b>
Europe du sud	Italie	7,9	<b>72</b>	53,5	<b>89</b>	25,4	<b>68</b>	0,7	<b>29</b>
	Espagne	10,1	<b>93</b>	34,8	<b>58</b>	65,7	<b>175</b>	2,6	<b>108</b>
	Portugal	11,3	<b>104</b>	61,0	<b>102</b>	62,6	<b>167</b>	0,8	<b>33</b>
	Grèce	8,8	<b>81</b>	34,9	<b>58</b>	39,0	<b>104</b>	2,7	<b>113</b>
Non européens	Etats-Unis	6,6	<b>61</b>	7,4	<b>12</b>	83,2	<b>222</b>	1,9	<b>79</b>
	Canada	6,0	<b>55</b>	7,4	<b>12</b>	66,9	<b>178</b>	1,7	<b>71</b>
	Japon	6,6	<b>61</b>	1,1	<b>2</b>	54,7	<b>146</b>	2,2	<b>92</b>
	Turquie	1,1	<b>10</b>	0,7	<b>1</b>	13,1	<b>35</b>	0,4	<b>17</b>
	Israël	0,9	<b>8</b>	3,1	<b>5</b>	11,5	<b>31</b>	0	<b>0</b>

Source : ANPA / Craplet, 2000.

Cette évolution est sans doute la résultante de plusieurs phénomènes s'alliant plus ou moins les uns aux autres, selon les lieux, les populations ou les époques. Lorsque l'on suit les phénomènes au plus près, il ne se dessine pas de linéarité, de constante en la matière. Bien au contraire, c'est l'impression d'un chaos qui l'emporte, le sens des tendances à l'œu-

vre n'apparaissant qu'en prenant du recul, c'est-à-dire en examinant la situation régionale en comparaison d'autres situations, en observant les processus sur des *temps longs* (de plusieurs dizaines d'années) bien plus que sur des *temps courts* (de quelques années).

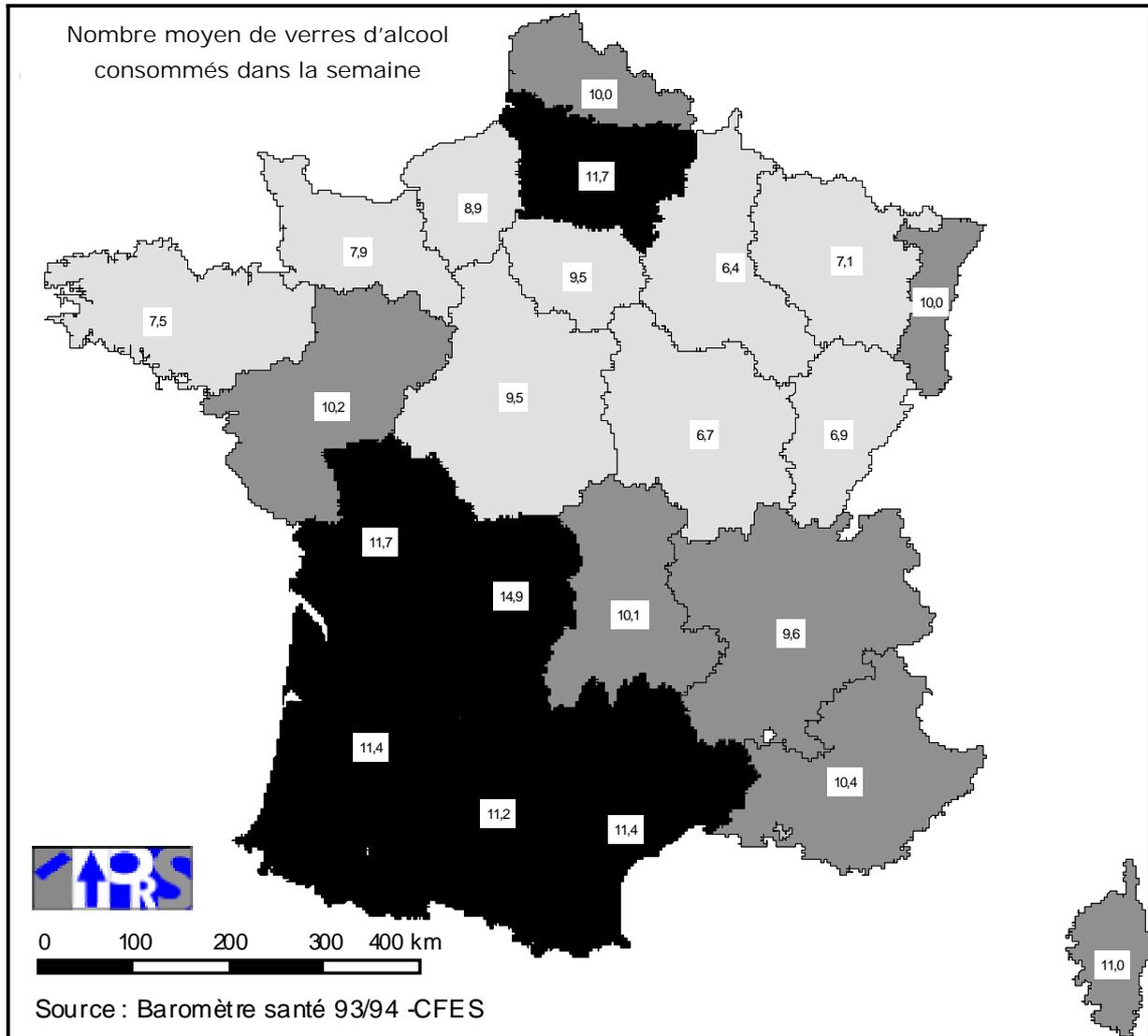
## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais



La part de buveurs réguliers baisse depuis les années 1980, tandis que la baisse des buveurs occasionnels poursuit sa chute engagée dès les années 1970. Pour autant, le fait que la proportion de non-buveurs reste stable depuis plusieurs décennies<sup>1</sup>, suffit à démon-

trer que les phénomènes de consommation de boissons alcoolisées restent des entités complexes vis-à-vis desquelles il convient de se préserver de raisonnements simplistes et d'analyses par trop rapides.

<sup>1</sup> Oberlé D (Dir). *Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the European Union*. Vandoeuvre-lès-Nancy, 1998 ; 106 p.



Il convient de ne pas perdre de vue, que les prix courants des boissons alcoolisées, comme de l'ensemble des produits alimentaires, en France et en Europe, n'ont cessé de baisser depuis les années 1960. Depuis près de cinq décennies l'offre alimentaire s'est diversifiée, les boissons consommées aujourd'hui ne le sont plus dans les proportions qui étaient celles dans les années 1940 ou 1950 ; d'autant plus que certaines de ces boissons étaient fort rares, que d'autres n'existaient même pas.

## Les paradoxes apparents des consommations régionales

D'après le *Baromètre santé 1993-94* réalisé par le Cfes<sup>1</sup>, 72 % des adultes âgés de plus de 18 ans habitant dans le Nord – Pas-de-Calais, consommaient alors de l'alcool au moins une fois au cours de la semaine. Pour autant, si la répartition géographique de cette

<sup>1</sup> Comité français d'éducation pour la santé.

consommation ne semble pas correspondre à des aires géographiques connues (ce qui ne suppose pas qu'elle ne puisse être observée avec pertinence à d'autres échelles que celle de la région), il apparaît que la variabilité décrite est loin d'être négligeable. Entre Poitou-Charentes et Picardie, entre la plus faible population consommatrice et la plus grande buveuse, s'observe une différence de 27 % qui ne peut être jugée comme étant marginale.

### **Le Baromètre-santé du Cfes et les enquêtes Secodip Région et "grande région"**

Deux sources de données, utiles à la description de la consommation de boissons alcoolisées, sont aujourd'hui accessibles. Elles émanent d'une part, du *Baromètre santé* du Cfes (Comité français d'éducation pour la santé), et d'autre part, des résultats des enquêtes portant sur les achats alimentaires, réalisées par la société Secodip, filiale de la Sofres. Les premières données se rapportent à la population régionale tandis que les secondes consistent en une moyenne portant sur une grande région d'étude composée du Nord – Pas-de-Calais et de la Picardie.

Le Baromètre santé procède par échantillonnage aléatoire de ménages dont le tirage au sort s'effectue à partir du fichier de l'annuaire téléphonique. A partir de celui-ci est réalisé un second tirage au sort portant, cette fois, sur les individus participant à l'enquête. Ceux-ci doivent, dans le cas présent (car le Cfes réalise par ailleurs un *Baromètre santé des jeunes*), être âgés de 18 à 75 ans, et être contactés dans le lieu de résidence principal du ménage. Le recueil des données s'opère lors d'entretiens téléphoniques. Les données commentées ici proviennent du *Baromètre santé 1993/94*. Elles émanent des réponses effectuées par 1 950 personnes résidant en France métropolitaine. Elles ont été analysées par le Cfes en fonction de diverses catégories dont la région de résidence des personnes.

Les enquêtes de la Secodip sont réalisées sur la base d'un panel permanent de 8 000 ménages représentatifs des consommateurs.

Ces ménages sont recrutés à la suite de campagnes de recrutements complétées d'un entretien à domicile. L'enregistrement des données s'effectue au moyen d'une "scannette" (lecteur de code-barre), d'un livret remis aux participants et suivis par un "journal" tenu par les familles. Pour chaque achat,

l'identité de l'acheteur, le lieu d'achat et sa date, le montant total du "panier", l'identification du produit acquis, ainsi que sa quantité et le prix payé, sont enregistrés et recueillis régulièrement par l'organisme en charge de l'enquête. Ces données permettent de suivre, de façon continue, l'évolution des achats de produits de grande consommation (dont les boissons alcoolisées font partie), d'être en permanence représentatives des ménages vivant en France métropolitaine, et de fournir des informations très détaillées sur l'évolution des "produits" acquis par les ménages.

Ces deux sources d'information n'apportent malheureusement pas d'indications concernant les motivations, attentes, intentions et opinions des répondants. Données quantitatives, elles ne peuvent prétendre convenir à saisir des aspects plus qualitatifs dont l'intérêt, qui n'est que secondaire dans la progression de la connaissance, devient de plus en plus essentiel dans l'élucidation des comportements observés.

Enfin, on ne peut que regretter que ces résultats ne soient pas parfaitement comparables. D'une part, les modes de recours divergent trop pour qu'une analyse conjointe et fiable puisse être menée (sauf pour l'analyse des différentiels indicateurs spécifiques/situation générale entre catégories, Csp ou lieu de résidence par exemple). D'autre part le recours à des délimitations géographiques *ad hoc* de la part de la Secodip limite considérablement les conclusions que l'on peut émettre. En effet, rappelons que la **région "Nord" définie par la Secodip recouvre les deux régions du Nord – Pas-de-Calais et de la Picardie**. Or, les résultats issus des données du *Baromètre santé 1993/94* font apparaître des comportements très différents entre ces deux territoires. Il est donc hautement probable que des oppositions de semblable envergure existent entre groupes infrarégionaux.

Qui plus est, seulement 65,1 % de la population adulte du Nord – Pas-de-Calais ; c'est-à-dire bien moins que la moyenne française ou l'Aquitaine, Midi-Pyrénées, est consommatrice de boissons alcoolisées. Ce fait est sans doute trop souvent passé inaperçu, d'autant plus que d'après les mêmes sources de données, le nombre moyen de verres d'alcool consommés dans le Nord – Pas-de-Calais est lui aussi, mais dans une moindre ampleur toutefois, inférieur à la moyenne française et à celui de plusieurs régions méridionales. Majoritairement, la *France buveuse* est constituée de ces régions méridionales, exception

## Consommation

faite de la Picardie. Elle n'englobe donc pas les départements du Pas-de-Calais et du Nord.

Les données acquises auprès de la Secodip, bien que d'un autre type, permettent de saisir des phénomènes nouveaux mais pourtant convergents avec les précédents. En 1998, les achats de boissons alcoolisées rapportés à chaque habitant étaient non seulement d'un volume bien supérieur à la moyenne française, mais aussi en très nette

progression. La surconsommation estimée au travers de ces données est de + 53 %. Elle s'est accrue de près de 4 % entre 1996 et 1998. Le recours aux informations répertoriées en fonction des ménages donne l'occasion de constater cette fois, que la surconsommation régionale demeure. Cependant, celle-ci s'abaisse sensiblement, et sa progression s'amointrit. Il semble que le décalage observé entre les deux séries de données soit une constante affectant tout autant les séries régionales que nationales.

**Tableau 2 : Nombre de litres achetés par an et par personne**

Alcools	1996	1997	1998
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	12,9	13,9	14,4
France	9,3	9,4	9,4
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>138,7</i>	<i>147,9</i>	<i>153,2</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	7,8	3,6
<i>Tendance France (%)</i>	-	1,1	0,0

Source : Secodip

**Tableau 3 : Pourcentage de ménages acheteurs**

Alcools	1996	1997	1998
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	88,4	87,5	88,0
France	82,7	81,6	79,6
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>106,9</i>	<i>107,2</i>	<i>110,6</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	-1,0	0,6
<i>Tendance France (%)</i>	-	-1,3	-2,5

Source : Secodip

La population Nord – Pas-de-Calais est l'un des exemples-types d'un groupe social pour lequel la réalité des phénomènes observés au travers de données agrégées, moyennées, est bien plus riche et complexe que ce que le sens commun peut concevoir. Le *sens commun* oublie trop souvent sans doute la variabilité de la consommation selon les buveurs, c'est-à-dire selon les différents groupes de buveurs<sup>1</sup> et les individus eux-mêmes.

Le nombre de litres d'alcool acquis par personne résidant dans le Nord – Pas-de-Calais / Picardie, est très anormalement élevé : + 53 %. Sur les *temps courts* il est en nette progression. Par ailleurs, cette surconsommation par rapport au comportement français moyen se maintient, certes lorsque l'on rapporte ces achats aux ménages et non plus aux personnes. Elle n'est plus, dans ce cas, que de 11 % supérieure.

**Ceci pourrait signifier qu'au sein des ménages, et parmi la population régionale, certains individus et groupes consomment peu de boissons alcoolisées, ou sont abstinentes, tandis que d'autres sont très probablement de très grands consommateurs.**

Cette hypothèse se maintient lorsque l'on tient compte de la faible part de la population consommatrice et du nombre, moyen cette fois, de verres consommés. Ce type d'incohérence apparente s'observe toutefois dans d'autres régions. Ainsi en Champagne-Ardenne, le nombre moyen de verres est très faible tandis que la part de la population consommatrice y est très élevée ; parmi les plus fortes de France.

Cette hypothèse mériterait d'être validée, ou invalidée, très prochainement. Cette interrogation et cette nécessité se replacent avec actualité dans la relecture contemporaine de la *loi de Ledermann*.

<sup>1</sup> Craplet M. *Passion alcool*. Paris : Odile Jacob, 2000 ; 383 p.

### **La "Loi de Ledermann" et ses implications** **Analyse critique**

Sully Ledermann, démographe à l'Ined, a publié en 1956, le premier tome d'un ouvrage qui a fondé la recherche en Sciences sociales sur le "système alcool" : Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation.

De cet ouvrage, l'alcoologie et la santé publique ont surtout retenu l'énoncé de ce qui fut plus tard appelé "Loi de Ledermann".

Celle-ci relevait, certes, plus d'une approche inductive<sup>1</sup> que déductive. Elle stipulait que le nombre et la proportion de buveurs excessifs (d'alcooliques donc), dans une population donnée sont liés à la consommation moyenne de cette population.

Ledermann exposait que ce nombre augmente selon le carré de la consommation d'alcool moyenne de cette même population. Cet exposé reposait sur la mise en évidence de l'existence, dans le cas de la consommation de boissons alcoolisées, de la "Loi du carré", très commune en statistiques. La découverte, l'observation d'une caractéristique statistique bien connue entre d'autres domaines, ont largement contribué à conférer un poids considérable au texte de Ledermann.

L'affirmation de Ledermann fut donc le fondement théorique de l'action des pouvoirs publics en termes de lutte contre l'alcoolisme en France. Il découlait en effet mathématiquement de cette hypothèse, que :

**Faire baisser la consommation moyenne de l'ensemble d'une population devait immanquablement faire baisser, au carré, le nombre de malades alcooliques.**

Depuis la disparition de S. Ledermann en 1964, le champ est resté libre à des exégèses et interprétations très nombreuses de son œuvre. Celles-ci n'auraient sans doute pas été les siennes. En effet, si le tome 2 de l'ouvrage se trouve dans de nombreux centres de documentation, le tome 1 dans lequel figure toute la méthodologie de Ledermann,

<sup>1</sup> L'induction est un raisonnement qui remonte des faits observés à l'explicitation d'une loi, qui passe du *particulier* au *général*. En cela, elle se situe à l'opposé de la déduction et des méthodes hypothético-déductives.

De nombreux philosophes des sciences, et au premier chef Karl Popper, ont explicité et traité de la non-scientificité de la méthode déductive, de ses effets pervers et dangereux.

dont l'exposé de la *loi*, son édification rigoureuse, patiente mais inductive, est, pour sa part, une rareté bibliographique<sup>2</sup> et <sup>3</sup>.

À ce jour, il nous semble qu'une réserve certaine doit entourer l'usage de la loi de Ledermann. Plus que le texte original lui-même, les utilisations et extrapolations ultérieures qui ont pu en être faites, montrent limites et inadéquations des faits et des idées aux contextes contemporains.

Plusieurs remarques peuvent être énoncées :

- ✘ La construction de la loi de Ledermann ne tient pas compte de l'existence d'abstinents.
- ✘ La construction de la loi de Ledermann n'intègre pas l'existence des seuils létaux de consommation.
- ✘ La loi de Ledermann postule que tous les individus ne sont pas libres devant la consommation d'alcool.
- ✘ La loi de Ledermann extrapolait le nombre de buveurs excessifs, sans disposer des moyens de le vérifier.
- ✘ La loi de Ledermann ne tient pas compte du temps de latence entre consommation et mortalité ; les "réactions" exposées ne laissent pas le temps à la consommation d'alcool de se muer en décès.
- ✘ Ledermann ne distingue pas les données individuelles des données agrégées.
- ✘ La loi de Ledermann n'avait pas recours à des indicateurs de mortalité standardisés.
- ✘ La loi de Ledermann ne tient pas compte des différentes fréquences de consommation, des volumes consommés.
- ✘ La loi de Ledermann n'analyse pas le passage de la consommation à la consommation excessive, de la consommation excessive à la morbidité et de la morbidité à la mortalité.
- ✘ La loi de Ledermann postule que l'on ne peut scinder la population en différentes catégories qui suivraient des parcours diver-

<sup>2</sup> L'Ors remercie le Professeur Henri Picheral de Montpellier, qui a bien voulu nous confier l'un des très rares exemplaires du tome 1 qui fait partie de sa bibliothèque personnelle.

<sup>3</sup> Une partie de l'ouvrage a été rééditée par le professeur Jacques Weill, aux éditions de l'Ireb en 1993.

gents (usage réglé, usage nocif et dépendance).

✘ La loi de Ledermann laisse à penser que toute la politique de lutte contre l'alcoolisme peut passer par des mesures de réduction des volumes consommés, et rien d'autre.

✘ Dans certains cas vérifiés, suffisants pour invalider la loi, il n'y a pas de concomitance entre remontée de la consommation et accroissement de la mortalité (au Danemark entre 1950 et 1970).

✘ L'utilisation de la loi de Ledermann peut aboutir à des abus surjectifs : s'il peut être envisagé que la consommation des buveurs abusifs est proportionnelle à la consommation moyenne de la population, peut-on avec certitude en conclure que la baisse voulue de la consommation d'alcool devrait obligatoirement entraîner la réduction des volumes consommés par les grands buveurs ?

✘ **Il est toutefois certain que la banalisation de l'alcool induit des risques sanitaires et sociaux dans toutes les sociétés.**

### **Les vins, une spécificité nationale, une surconsommation régionale**

Les vins de consommation courante ont vu leur prix chuter parallèlement à leur considérable diminution de volumes produits et à la réduction des volumes distribués. Leur place a été prise par les vins de qualité supérieure et Aoc<sup>1</sup>, dont le coût d'achat pour les ménages a fortement baissé<sup>2</sup>.

Il résulte de ce double mouvement que les vins vendus aujourd'hui en France sont, certes de meilleure qualité, mais sont, proportionnellement moins chers et ont des degrés alcooliques bien plus élevés qu'auparavant. Le vin reste en France comme dans le Nord – Pas-de-Calais, la première boisson alcoolisée achetée par les ménages. Cette spécificité ne se retrouve à l'échelle européenne qu'en Italie<sup>3</sup> où, pourtant, les volumes commercia-

lisés sur le marché intérieur sont plus faibles de près de 10 %.

Il y a là, pour le contexte français, la marque d'un héritage provenant des deux siècles précédents. C'est en effet aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles que production et consommation de vin se sont considérablement accrues en France. Sur les temps longs, les oscillations constatées depuis les débuts de la régression viticole de 1920-1930 n'ont été que marginales. Entre 1865 et 1925, chaque Français buvait en moyenne un peu plus de 160 litres de vin par an<sup>4</sup>. S'il y a un surinvestissement culturel allié à une forte consommation de vin en France, force est de constater que celle-ci n'existe, sous cette forme et sur *la longue durée*, que depuis 250 ans.

Les habitants de la région demeurent de grands consommateurs de vins, mais des consommateurs paradoxaux. D'après les données acquises auprès de la Secodip, le volume acheté par an et par personne résidant dans la "grande région Nord" est de 18,5 % supérieur à la moyenne des achats des Français. En revanche, 87,5 % des ménages seraient acheteurs contre 90,2 % en moyenne nationale.

<sup>1</sup> Leur progression les a fait passer d'un indice 100 en 1981 à un indice 210 en 1996.

<sup>2</sup> Herpin N, Verger D. *La consommation des Français*. Paris : La Découverte, 2000 ; 2 vol.

<sup>3</sup> La consommation de vin par personne s'est effondrée en Italie, depuis les années 1970. En 1996, elle ne représentait plus que 52 % des volumes consommés trente ans plus tôt.

<sup>4</sup> Flandrin JL, Montanari M. *Histoire de l'alimentation*. Paris : Fayard, 1996 ; 915 p.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Tableau 4 : Nombre de litres achetés par an et par personne

Vins	1996	1997	1998
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	-	57,0	58,8
France	-	51,3	49,6
<i>Indice régional (France = 100)</i>	-	111,1	118,5
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	-	3,2
<i>Tendance France (%)</i>	-	-	-3,3

Source : Secodip

Tableau 5 : Pourcentages de ménages acheteurs

Vins	1996	1997	1998
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	-	93,8	87,5
France	-	91,4	90,2
<i>Indice régional (France = 100)</i>	-	102,6	97,0
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	-	-6,7
<i>Tendance France (%)</i>	-	-	-1,3

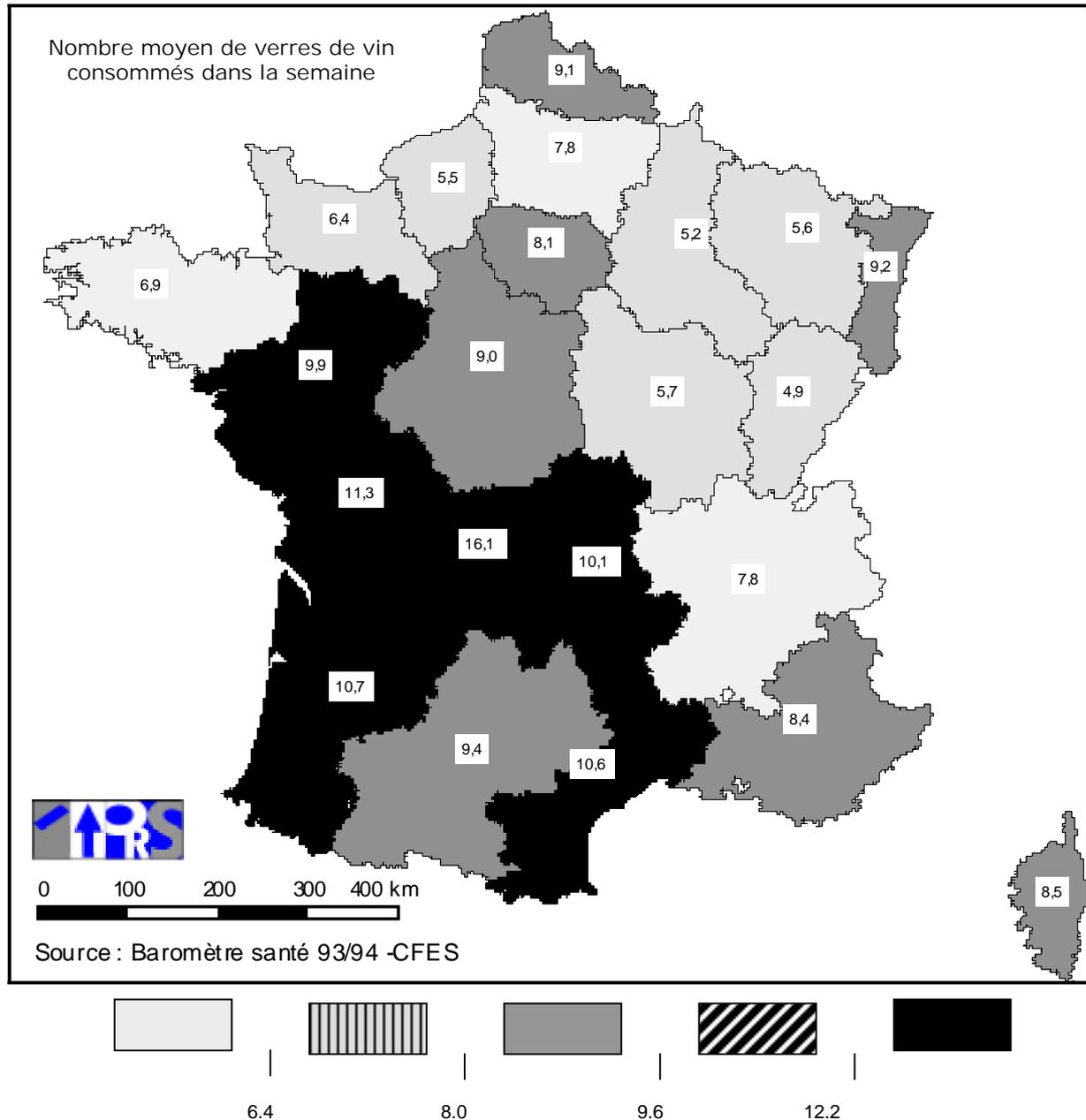
Source : Secodip

Cette apparente distorsion entre volumes acquis et ménages acheteurs se retrouve dans l'évolution récente des ventes. En effet, d'une part les volumes achetés par les habitants du Nord et du Pas-de-Calais ont progressé tandis que la baisse est le principal mouvement à l'échelle nationale. Cette double possibilité de croissance ou de décroissance est, quant à elle rapportée, à l'échelle nationale cette fois, par les chercheurs de l'Inra rencontrés par l'équipe de Daniel Oberlé<sup>1</sup>.

En outre, la part des ménages acheteurs vient de s'atténuer récemment ; passant de 93,8 % des ménages en 1997 à 87,5 % en 1998. Cette dernière tendance est d'autant plus curieuse qu'il est patent que la diminution nationale est nettement moins marquée. Il résulte de ces processus que les habitants du Nord – Pas-de-Calais sont désormais et depuis fort peu de temps, moins souvent acheteurs de vin mais en restent surconsommateurs.

<sup>1</sup> Oberlé D (Dir). *Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the European Union*. Vandoeuvre-lès-Nancy, 1998 ; 106 p.

## Consommation



### Les bières : une région au carrefour de l'Europe

Les bières ont connu en France, depuis les années 1960, une très nette baisse de volumes vendus<sup>1</sup>. Il s'agit, en fait, d'un reflux partiel puisque les bières, comme toutes les boissons *non dominantes* (pour reprendre l'expression de Flandrin et

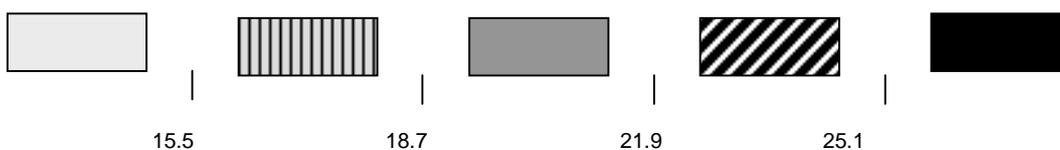
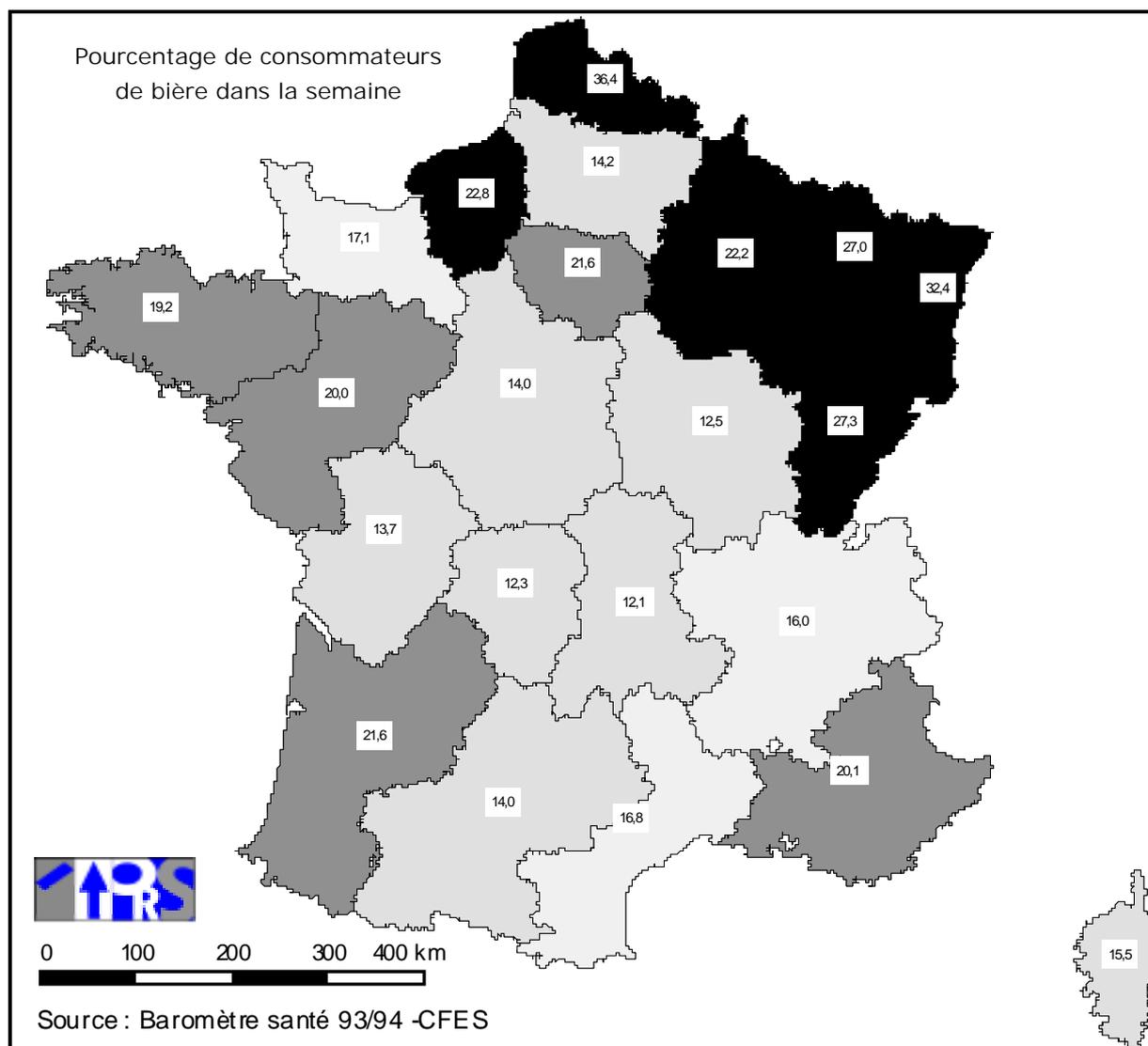
Montanari<sup>2</sup>), alcoolisées ou non, ont connu depuis 1880, un essor très marqué dans la plupart des régions de France et auprès de toutes les catégories sociales.

<sup>1</sup> Herpin N, Verger D. *La consommation des Français*. Paris : La Découverte, 2000 ; 2 vol.

et Oberlé D (Dir). *Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the European Union*, Vandoeuvre-lès-Nancy, 1998, 106 p.

<sup>2</sup> Flandrin JL, Montanari M. *Histoire de l'alimentation*. Paris : Fayard, 1996 ; 915 p.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais



Tout laisse à penser que cette expansion séculaire a aussi touché le Nord – Pas-de-Calais. En effet, l'expansion de la bière s'est observée aussi dans les aires culturelles européennes où elle était antérieurement dominante<sup>1</sup>. Entre 1850 et 1900, le volume consommé par les Allemands et les Britanniques a été multiplié par trois. Pour autant, on ne sait si ces volumes ont continué de croître dans la région comme ils l'ont fait jus-qu'en 1975 dans l'aire culturelle germanique.

À bien des égards, l'actuelle consommation de bière dans le Nord – Pas-de-Calais rapporte avec une grande fidélité sa double appartenance, d'une part à l'Europe du Nord-Ouest dont elle constitue la terminaison occidentale, et d'autre part à l'ensemble français.

<sup>1</sup> C'est-à-dire depuis l'Irlande à l'ouest jusqu'en Russie à l'est et depuis les pays scandinaves au nord jusqu'à l'extrémité méridionale de l'Europe centrale non musulmane.

## Consommation

Tableau 6 : Nombre de litres achetés par an et par personne

<b>Bière</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	57,5	56,5	57,8
France	29,4	31,3	29,5
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>195,6</i>	<i>180,5</i>	<i>195,9</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	-1,7	2,3
<i>Tendance France (%)</i>	-	6,5	-5,8

Source : Secodip

Tableau 7 : pourcentages de ménages acheteurs

<b>Bière</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	84,1	87,3	82,8
France	76,6	76,2	75,7
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>109,8</i>	<i>114,6</i>	<i>109,4</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	3,8	-5,2
<i>Tendance France (%)</i>	-	-0,5	-0,7

Source : Secodip

De ces sociétés *du nombre*, des fortes densités de population, de cet ensemble structuré de villes fortes et nombreuses posées au milieu de terres riches et céréalières fortement productives, plus encore sans doute que de sa situation septentrionale, elle garde la trace du monde de la bière.

La consommation décrite au travers des données Secodip atteint presque 58 litres par personne et par an en 1998 dans le Nord - Pas-de-Calais, contre moins de 30 litres en France. Dans la région, plus de 82 % des ménages sont acheteurs contre 76 % des français. Or, tout laisse à penser que ces données masquent des comportements enco-

re plus typés, puisque les données du Cfes font, pour leur part, apparaître une augmentation très marquée de la proportion de consommateurs de bière dans le Nord - Pas-de-Calais par rapport à ceux de la Picardie.

### Autres boissons alcoolisées

Faute d'informations disponibles, il est très difficile d'estimer si les données Secodip portant sur les autres types de boissons alcoolisées peuvent être considérées comme faibles ou pâtissent d'avoir été enregistrées dans la "grande région Nord".

Tableau 8 : Nombre de litres achetés par an et par personne

<b>Apéritifs anisés</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	5,9	6,0	7,0
France	4,8	4,5	4,7
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>122,9</i>	<i>133,3</i>	<i>148,9</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	1,7	16,7
<i>Tendance France (%)</i>	-	-6,3	4,4

Source : Secodip

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Tableau 9 : Pourcentages de ménages acheteurs

<b>Apéritifs anisés</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	44,2	47,3	43,2
France	41,4	43,1	40,1
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>106,8</i>	<i>109,7</i>	<i>107,7</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	7,0	-8,7
<i>Tendance France (%)</i>	-	4,1	-7,0

Source : Secodip

Tableau 10 : Nombre de litres achetés par an et par personne

<b>Eaux de vie, cognac, armagnac, calvados</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	1,7	1,1	1,2
France	1,0	0,9	0,9
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>170,0</i>	<i>122,2</i>	<i>133,3</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	-35,3	9,1
<i>Tendance France (%)</i>	-	-10,0	0,0

Source : Secodip

Tableau 11 : Pourcentages de ménages acheteurs

<b>Eaux de vie, cognac, armagnac, calvados</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Nord - Pas-de-Calais et Picardie	11,3	13,2	14,6
France	7,8	7,0	7,1
<i>Indice régional (France = 100)</i>	<i>144,9</i>	<i>188,6</i>	<i>205,6</i>
<i>Tendance Nord - Pas-de-Calais - Picardie (%)</i>	-	16,8	10,6
<i>Tendance France (%)</i>	-	-10,3	1,4

Source : Secodip

Il reste que rien n'indique une éventuelle sous-consommation. La surconsommation par rapport à la moyenne française atteint 49 % pour les apéritifs anisés et 33 % pour les alcools forts. C'est pour ces derniers que la pénétration parmi les ménages est la plus élevée. Ainsi en Nord – Pas-de-Calais / Picardie, 14,5 % des familles achètent des eaux de vie ou du cognac contre seulement 7 % en moyenne française.

### La consommation des jeunes

Dans ses dernières extensions régionales, le *Baromètre santé 2000* du Cfes portant sur les jeunes âgés de 12 à 25 ans<sup>1</sup>, apporte des informations très utiles à la compréhension de la complexité de la consommation d'alcool du Nord – Pas-de-Calais.

<sup>1</sup> Les résultats régionaux du *Baromètre santé* chez les 12-75 ans n'étaient pas encore connus au moment de la rédaction de ce rapport.

Ainsi, la proportion de jeunes déclarant consommer de l'alcool est-elle particulièrement faible. Elle est non seulement inférieure à la moyenne française, et ce quel que soit le sexe des répondants, mais elle est toujours inférieure aux résultats constatés dans les trois autres régions sur lesquelles a porté l'enquête (Picardie, Alsace, Pays de la Loire). L'écart entre le Nord – Pas-de-Calais et la France est plus élevé chez les garçons consommateurs (22,0 % *versus* 30,5 %) que chez les filles buveuses. Par ailleurs, il est à remarquer que dans les autres régions (Picardie, Alsace, Pays de la Loire), la consommation des jeunes est là-aussi inférieure à la moyenne française. Ces mêmes territoires (tels que la Picardie) sont connus pour être affectés de très nettes surmortalités.

Par ailleurs, les fréquences de consommations déclarées (tous les jours, plusieurs fois par semaine, etc.) sont, elles-aussi, chez les garçons et les filles, toujours plus faibles dans le Nord – Pas-de-Calais que dans les autres régions. Les réponses des jeunes du Nord – Pas-de-Calais mettent en évidence

## Consommation

qu'ils sont plus nombreux que ceux de Picardie, d'Alsace ou des Pays de la Loire à consommer des boissons alcoolisées moins souvent qu'une fois par mois (42,1 % d'entre eux), jamais au cours de l'année écoulée (11,7 %) ou encore jamais au cours de leur vie (15,0 %).

**Tableau 12**

Jeunes déclarant consommer de l'alcool		
	Garçons	Filles
Nord - Pas-de-Calais	22,0%	6,0%
Picardie	26,3%	12,3%
Alsace	24,9%	9,1%
Pays de la Loire	29,9%	10,0%
France	30,5%	12,3%

Source : Baromètre santé CFES 2000, Ors Alsace, Pays de la Loire, ORS et Drass Nord - Pas-de-Calais

**Tableau 13**

Fréquence de la consommation déclarée chez les jeunes garçons							
	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Une fois par mois	Moins souvent	Jamais au cours de l'année	Jamais au cours de la vie
Nord - Pas-de-Calais	2,2%	10,3%	17,5%	19,0%	26,4%	11,3%	13,2%
Picardie	3,0%	10,2%	21,4%	20,0%	25,9%	11,0%	8,5%
Alsace	4,8%	14,1%	26,9%	20,5%	22,6%	6,0%	5,3%
Pays de la Loire	4,6%	17,7%	28,6%	19,2%	19,5%	7,2%	3,3%

Source : Baromètre santé CFES 2000,

Ors Alsace, Pays de la Loire, Picardie, Ors et Drass Nord - Pas-de-Calais

**Tableau 14**

Fréquence de la consommation déclarée chez les jeunes filles							
	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Une fois par mois	Moins souvent	Jamais au cours de l'année	Jamais au cours de la vie
Nord - Pas-de-Calais	0,4%	2,9%	12,5%	15,4%	42,1%	11,7%	15,0%
Picardie	0,3%	3,7%	13,0%	23,5%	40,1%	11,3%	8,3%
Alsace	0,3%	4,3%	16,4%	20,5%	36,3%	11,6%	10,6%
Pays de la Loire	0,2%	5,5%	22,0%	21,3%	36,7%	9,3%	5,0%

Source : Baromètre santé CFES 2000,

Ors Alsace, Pays de la Loire, Picardie, Ors et Drass Nord - Pas-de-Calais

Ces résultats méritent assurément d'être commentés puisqu'ils remettent en cause un certain nombre d'idées couramment admises. À notre sens, ils viennent renforcer la thèse d'une **sous-consommation globale d'alcool de la part de la population régionale, s'accompagnant de la très probable existence de sous-populations grosses consommatrices d'alcool.**

En effet, cette éventualité a non seulement été évoquée, dans les lignes qui précèdent, à propos de la consommation des adultes. Elle entre aussi en convergence avec d'autres sources d'information ayant décrit antérieu-

rement des phénomènes identiques. Ainsi peut-on citer les travaux de Philippe Arvers et Maurice Bazot qui portent sur l'alcoolisation déclarée, en 1987, des garçons lors de leur visite dans les centres de sélection du service national<sup>1</sup>. Outre l'Île-de-France, l'interrégion Nord – Pas-de-Calais – Picardie – Haute Normandie y est décrite comme un ensemble où la consommation moyenne de boissons alcoolisées (125 gr. par semaine) était de 20 % inférieure à la moyenne française et considérablement plus réduite que

<sup>1</sup> Arvers P, Bazot M. L'alcoolisation à l'âge du service national ; in *L'Alcool à Chiffres ouverts*, op.cit.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

celle des appelés et engagés résidant dans l'interrégion Provence Côte d'Azur – Languedoc-Roussillon. De plus, l'indice d'appétence pour les boissons alcoolisées était, lui-aussi, en deçà de l'indice moyen national comme de ceux de régions méridionales, pourtant exemptes de surmortalités alcooliques. Enfin, l'indice de représentation sociale issu de la même enquête ne fait pas apparaître une survalorisation de l'alcool dans la population étudiée.

Tout permet donc de considérer qu'en l'état actuel des connaissances, **la consommation de boissons alcoolisées chez les jeunes du Nord – Pas-de-Calais n'est pas, globalement, d'une intensité supérieure à celle de la France et des autres régions.**

## Consommation

**Tableau 15**

Indicateurs de consommation chez les jeunes appelés et engagés 1987			
	Consommation*	Apétence pour les boissons alcoolisées**	Représentation sociale de l'alcool***
Rhône-Alpes, Franche-Comté	127,8	35,3	47,3
Centre, Bourgogne, Auvergne, Limousin	208,4	39,1	50,0
Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace	133,3	37,2	48,0
Ile-de-France	117,6	26,5	42,8
Pays de la Loire, Poitou-Charentes,	174,2	39,8	48,9
Provence-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon	212,7	39,7	50,9
Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Haute Normandie	125,1	31,4	48,1
Bretagne, Basse Normandie	158,5	38,1	47,2
Aquitaine, Midi-Pyrénées	181,1	39,4	50,5
Moyenne française	159,9	36,3	48,2

Source : Arvers, Bazot 1997

\* Consommation hebdomadaire de boissons alcoolisées en grammes d'Alcool pur

\*\* Indicateur composite (boissons bues seul, fréquence de la consommation et des ivresses, recherche des occasions de boire)

\*\*\* Indicateur composite fondé sur la perception de l'image positive des boissons alcoolisées

### Bilan

Dans le Nord – Pas-de-Calais comme dans toutes les régions françaises, les types et les modes de consommation, ainsi que les populations en difficulté en raison de leur proximité avec l'alcool, restent insuffisamment connus.

Ceci implique qu'il est bien difficile de comprendre comment aborder cette question, qu'il n'est pas certain que l'on sache aujourd'hui auprès de qui, et où, il serait nécessaire de faire porter les initiatives et favoriser l'éclosion de projets. Il aurait été bien utile,

par exemple, de comprendre comment s'est opérée la décade alcoolique bretonne afin de savoir quels en furent les ressorts. Il serait sans doute plus aisé aujourd'hui, de concevoir une nouvelle politique de diminution des risques.

Cette méconnaissance héritée prive l'observation et les techniques d'ingénierie d'un juste abord dynamique des évolutions en cours. En effet, il semble certain qu'actuellement les types de consommation mutent. Mais l'on ne sait pas assez vers quoi ils peuvent tendre, en France, et plus encore dans la région.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

De plus, plusieurs questions demeurent aujourd'hui sans réponse :

- ✘ Assiste-t-on à l'apparition d'une consommation de type anglo-saxon, réduisant la quantité d'alcool consommée tous les jours au profit d'ivresses délibérément recherchées en fin de semaine ?
- ✘ Ce phénomène, bien que de plus en plus signalé dans les publications nationales, est-il réellement nouveau, ou ne vient-il pas d'être tout juste observé ?
- ✘ Touche-t-il effectivement les classes d'âge jeunes ?
- ✘ Caractérise-t-il de façon plus fugace plutôt une génération qu'une tranche d'âge bien délimitée ?

L'alcoolisation, comme bien des comportements de consommation, reste fortement *imprégnée* par les modèles culturels nationaux et régionaux. Elle est, de plus, fortement corrélée à l'appartenance sociale, à l'adhésion des individus aux normes d'un groupe. Même s'il devient patent que l'approche collective de tendances en cours tend actuellement à ne plus être aussi efficiente qu'il y a dix ou vingt ans, il n'en demeure pas moins que la seule analyse des facteurs au niveau de l'individu risquerait d'exposer l'analyse de la consommation de boissons alcoolisées à un réductionnisme tout aussi regrettable et dommageable.

## ***La mortalité attribuée à la consommation chronique de boissons alcoolisées***

*"Une cause de mort est pour l'hygiéniste ce qui entraîne une mortalité excessive, comme elle est pour le médecin ce qui entraîne une mort prématurée [...]"*

*Ce n'est pas l'absence de cause qui rend le décès inexplicable, mais l'absence complète de proportion entre la cause et l'effet. Or, il n'y a pas plus de raisons de croire que cette absence de proportion tient à l'ignorance médicale, que de croire qu'elle tient au caractère réellement aléatoire des événements observés [...]"*

*L'idée, au demeurant, commence à devenir familière à la profession médicale, qu'aucune cause isolée n'est déterminante, que c'est l'association des "facteurs de risques" qui finit par faire basculer les événements dans un sens ou dans un autre"*

Anne Fagot-Largeault. *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risques*. 1989

La consommation d'alcool peut, sous certaines conditions, être directement responsable, passé un certain délai, de multiples pathologies. Les effets principaux et connus à ce jour de l'alcool éthylique sont cardiovasculaires, digestifs, ORL, génito-urinaires, hématopoïétiques et neurologiques. Ces effets sont accessibles et quantifiables au travers de la classification internationale des maladies (Cim 9 et Cim 10) qui est par ailleurs utilisée dans la caractérisation des causes de décès.

### ***La classification internationale des maladies et la déclaration de décès en France***

Si l'enregistrement des décès s'effectue selon des procédures différentes d'un pays à l'autre, le mode de déclaration est uniforme depuis plusieurs décennies. Il faut voir là, au travers de la mise en place de cette standardisation relative, les conséquences concrètes des initiatives diverses prises par l'Oms depuis les années 1950. Contrairement à d'autres sources d'information, l'enregistrement des causes de décès suit des procédures internationales normalisées. Ceci accroît l'utilisation et la possibilité de comparaisons entre divers lieux du globe.

En France, la certification médicale des décès est relativement ancienne. Elle remonte à 1960<sup>1</sup>, depuis que celle-ci conditionne le permis d'inhumation.

<sup>1</sup> Décret n°60-285 du 28 mars 1960, abrogeant l'article 77 du Code Civil.

Dans les cas ordinaires, lorsqu' aucune suspicion de mort violente, accidentelle ou de suicide n'existe, le certificat de décès est rempli directement par un médecin qui, d'après les textes, ne devrait pas être le médecin traitant. Il s'avère que cette règle n'est pas appliquée dans la pratique. Il semblerait, selon divers auteurs, que la qualité des certificats de décès soit inversement proportionnelle au recours à des médecins d'état civil renseignant les certificats en lieu et place des médecins traitants. Généralement la qualité des certificats de décès est estimée au travers de la fréquence des décès non définis. Ils sont, en France comme dans le Nord – Pas-de-Calais, sensiblement moins nombreux que dans d'autres pays européens ou d'autres régions françaises.

C'est sur la seconde partie, anonyme, du certificat que sont portés les renseignements confidentiels décrivant la cause du décès. Y sont reportées non seulement la cause immédiate et la cause initiale, mais aussi d'éventuelles autres causes associées. Ces dernières peuvent constituer des événements notables ayant contribué à l'évolution fatale, sans pour autant pouvoir être directement responsables du décès.

Ces diverses données, exception faite de la cause initiale du décès, sont rarement exploitées. Cette lacune résulte sans doute de la simplification apportée par le certificat français au modèle international<sup>2</sup>. Y font

<sup>2</sup> Fagot-Largeault A. *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*. Paris : Librairie Philosophique J. Vrin, 1989 ; 420 p.

défaut, par rapport aux informations produites dans d'autres pays, la chronologie des événements pathologiques ayant conduit au décès. Nous verrons plus loin que ces données peuvent pourtant être exploitées, pourvu que certaines réserves soient respectées.

Les problèmes touchant la validité et la certification des causes de décès sont connus depuis longtemps et ont été l'objet de nombreuses publications. Si, ici ou là, certaines réserves peuvent légitimement être émises, il convient de ne pas perdre de vue que peu de recueils exhaustifs de données ont été l'objet de telles standardisations de leurs routines de collecte. En 1961, le Bureau régional de l'Europe de l'Oms mettait en lumière les sources d'incertitudes possibles des statistiques issues des causes de décès. Pour autant, il concluait que, d'après les termes d'Anne Fagot-Largeault (voir bibliographie), *une statistique de mortalité est, de toute façon, plus sûre qu'une statistique de morbidité, et peut servir de base relativement solide aux enquêtes épidémiologiques.*

Fondamentalement, la Classification internationale des maladies est un classement (comprenant désormais plus de mille rubriques) qui prend en compte l'étiologie c'est-à-dire la **cause** des maladies. Accessoirement, elle se fonde sur la manifestation particulière de tel ou tel signe. La Cim est plus un inventaire exhaustif qu'une typologie.

Dans le cas de la mortalité attribuable à la consommation chronique de boissons alcoolisées, certaines causes, telles que les cirrhoses alcooliques, s'imposent d'elles-mêmes. En revanche, d'autres causes de décès peuvent être retenues lorsque l'alcool est un facteur de risque connu et quasiment exclusif et lorsque la létalité de cette pathologie est d'une intensité certaine et connue.

### Quelles causes de mortalité, quel impact sur la santé des populations ?

Il est raisonnablement impossible d'estimer *parfaitement* quelles peuvent être l'expression et l'ampleur des atteintes organiques d'origine alcoolique s'exprimant au travers des données de mortalité.

Les facteurs individuels (qui demeurent sans doute encore trop méconnus), la durée de la consommation, la nature des boissons alcoolisées consommées et sans doute l'environne-

ment, ainsi que le patrimoine génétique, semblent devoir être autant de perturbations limitant l'adoption de toutes ces subtilités qui peuvent être observées dans l'exercice clinique, à une synthèse de santé publique, à un bilan rigoureux des conséquences de la consommation de boissons alcoolisées au sein d'une population. Ainsi, s'il est reconnu que la consommation chronique d'alcool a, sous certaines conditions, un effet pathogène sur l'appareil cardiovasculaire ou génito-urinaire, il est impossible aujourd'hui d'attribuer avec une fiabilité raisonnable quels sont les décès ou la fraction de mortalité relevant de la consommation chronique d'alcool. Les tentatives d'estimations qui ont pu être menées antérieurement se sont toutes révélées être décevantes et surtout non transposables d'une population à l'autre, d'un lieu à l'autre, d'une période à l'autre.

Ces mêmes motifs, dans le cas de non-disponibilité d'enquêtes *ad hoc*, interdisent le suivi et l'observation de l'impact de la consommation aiguë d'alcool au sein de la population, même si le rôle de la consommation d'alcool est dans certains cas incontestable. Pour autant, il convient de ne pas sous-estimer l'influence et la présence de la consommation aiguë d'alcool dans la survenue d'accidents de la circulation, d'accidents du travail ou d'accidents domestiques, d'homicides, d'intoxications massives et mortelles, et dans d'autres registres<sup>1</sup>, lors d'homicides ou de blessures volontaires, d'incendies, de crimes et délits contre les enfants, de crimes et délits sexuels...

Devant ce constat, il convient de procéder à un certain nombre d'arbitrages orientés en fonction de la fiabilité des données exploitées. Ne seront donc retenues que des causes de décès pour lesquelles la consommation chronique de boissons alcoolisées est classiquement et explicitement connue dans la littérature.

### LES CIRRHOSES

La cirrhose alcoolique est la forme la plus fréquente de cirrhose en Europe, Amérique du nord et Amérique du sud.

Les cirrhoses alcooliques ne sont, d'une part que l'une des nombreuses pathologies, conséquences de l'alcoolisme chronique. D'autre part, la plus forte fraction des

<sup>1</sup> Barbier D. *La dangerosité alcoolique*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998 ; 128 p.

cirrhoses sans précision de mention alcoolique est liée à une consommation chronique d'alcool, même si d'autres facteurs entrent en jeu (les hépatites en outre). Péquignot<sup>1</sup> pour sa part, a estimé que 93 % des cirrhoses étaient d'origine alcoolique. D'autres auteurs décrivent une fourchette allant de 60 à 85 % des cirrhoses ayant comme cause essentielle l'alcool<sup>2</sup>.

Il semblerait que cette proportion soit de plus en plus discutée. En effet, la progression du dépistage<sup>3</sup> ou la simple élévation du nombre d'hépatites de type C pourraient aujourd'hui comme à l'avenir venir renforcer les effectifs de décès dus à cette pathologie. Le groupe des cirrhoses pourrait, dans une certaine mesure, englober des pathologies dont le lien avec la consommation chronique d'alcool serait moins évident. Dans l'état actuel des connaissances il n'est pourtant pas possible de trancher dans un sens ou dans un autre. Il reste que rien ne prouve que la population du Nord – Pas-de-Calais soit significativement plus ou moins exposée que le reste de la population française aux hépatites de type C. C'est pourquoi, au delà des ces interrogations légitimes, il convient de ne pas décomposer cette catégorie dans le cadre de la présente analyse de la mortalité régionale.

Les quantités et la durée de l'intoxication nécessaires à la formation d'une cirrhose ne sont pas encore clairement définies<sup>4</sup>. Le *cirrhose éthylique-type* nord américain consomme plus d'un demi-litre de whisky par jour, plusieurs bouteilles de vin ou une quantité équivalente de bière pendant au moins dix ans. Pour sa part la littérature européenne (Péquignot toujours) décrit qu'il faut un laps de temps de 10 ans chez les femmes et de 20 ans chez les hommes pour décéder d'une cirrhose alcoolique<sup>5</sup>. Cette longue durée est aussi affichée par Murray et Lopez<sup>6</sup>. Pour autant il ne s'agit là que de

moyennes. En effet, la période de latence précédant le développement de la cirrhose est en général inversement lié à la quantité d'alcool consommée quotidiennement, elle varie donc considérablement d'un individu à l'autre.

On estime en général que de 10 à 15 % seulement des alcooliques développent une cirrhose<sup>7</sup>. Les femmes semblent, en général, développer une hépatopathie alcoolique puis une cirrhose avec des niveaux de consommation inférieurs à ceux des hommes.

Si la cirrhose alcoolique est en général une maladie d'évolution progressive, un traitement approprié et l'arrêt total de l'ingestion d'alcool peuvent stabiliser la maladie et améliorer l'état général du malade.

La survie à cinq ans des patients ayant développé une complication de la cirrhose et qui continuent à boire est très faible (inférieure à 50 %). En revanche, les patients qui restent abstinents ont un pronostic nettement meilleur.

### LES CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES

Les cancers représentent la seconde cause de décès chez les alcooliques après les maladies cardiovasculaires. Pourtant Hill, Doyon et Sancho-Garnier<sup>8</sup> rappellent que l'activité cancérogène de l'alcool n'a jamais été démontrée. Ceci n'implique certes pas que l'alcool ne soit pas un co-agent notable dans la déclaration de multiples tumeurs ; 12 % de l'ensemble des décès par cancers sont associés à la consommation chronique d'alcool<sup>9</sup>.

Les cancers du larynx, de l'oropharynx et de l'hypopharynx, qui constituent les cancers des voies aérodigestives supérieures<sup>10</sup> ont comme principaux facteurs de risque la double consommation d'alcool et de tabac qui sont, avec les cancers du poumon, les plus nombreux<sup>11</sup> (entre 13 000 et 23 000 nou-

*disease*. Genève – New York : World health organization, Harvard school of public health, World bank, 1996 : 295-324.

<sup>1</sup> Podolsky DK, Isselbacher KJ. 1995.

<sup>2</sup> Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. *Epidémiologie des cancers*. Paris : Flammarion, 1997, 111p.

<sup>3</sup> Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. 1997.

<sup>4</sup> Certains auteurs y associent les cancers de l'œsophage.

<sup>5</sup> Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. 1997.

<sup>1</sup> Péquignot G, Tuyns AJ, Berta JL. Ascitis cirrhosis in relation to alcohol consumption. *International Journal of Epidemiology*, Oxford University Press, 1978.

<sup>2</sup> Beaugrand M. Diagnostic des cirrhoses de l'adulte. *La revue du praticien*, 1997, Tome 47, 5 ; 487- 490.

<sup>3</sup> On peut citer entre autre la relative généralisation des sérologies virales.

<sup>4</sup> Podolsky DK, Isselbacher KJ. *Maladies alcooliques du foie et des cirrhoses*. In Harrisson TR. *Médecine interne*. Milan : Mc Graw-Hill, 1995 : 1483-1495.

<sup>5</sup> Péquignot G, Tuyns AJ. *Rations d'alcool déclarées et risques pathologiques*. Colloques de l'Inserm, 1976.

<sup>6</sup> Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In Murray CJL, Lopez AD, eds, *The global burden of*

veaux cas par an). On estime que 80 % des cancers des voies aérodigestives supérieures sont attribuables à l'alcool<sup>1</sup>, d'autres facteurs de risque, professionnels entre autres, ayant pu être décrits<sup>2</sup>. Ils ont comme particularité de toucher, jusqu'à aujourd'hui, beaucoup plus les hommes que les femmes. L'âge de déclaration de la maladie et l'âge au décès sont sensiblement plus tardifs que dans le cas des cirrhoses (entre 55 ans et 60 ans).

Le risque dépend là-encore de la quantité d'alcool et de tabac consommée. En revanche, la nature de la boisson alcoolisée consommée ne semble pas avoir d'impact notable.

Certaines tumeurs du foie, comme le carcinome hépatocellulaire ont un lien avec une consommation chronique de boisson alcoolisée<sup>3</sup>. Il est quatre fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et se développe habituellement sur un foie cirrhotique, surtout en Europe, entre 50 et 60 ans. Les cirrhoses alcooliques en sont un facteur de risque. Les carcinomes hépatocellulaires peuvent donc être secondaires à une cirrhose. Leur rareté relative et la précision que leur diagnostic appelle, expliquent probablement qu'ils ne fassent pas partie du cortège courant des causes de décès exploitées en santé publique. Toutefois, l'épidémiologie actuelle estime que 60 % des cancers du foie sont attribuables à l'alcool<sup>4</sup>.

### ALCOOLISME ET PSYCHOSES ALCOOLIQUES

Ces causes de décès sont tout à la fois les plus évidentes et les plus sujettes à interprétation, voire à polémiques. Évidents, les psychoses alcooliques et l'alcoolisme le sont puisque le lien causal, l'étiologie de ces pathologies, leur confère un rapport indiscutable avec la consommation de boissons alcoolisées. Sujettes à interprétation, elles le sont tout autant car on ne peut que difficilement concevoir qu'une pathologie mentale, voire un comportement, puissent induire à eux-seuls et directement un décès.

Entre comportement et décès doivent *a priori* intervenir soit un décès dont la "cause" est incertaine, soit un suicide, soit un événement certifié "causal" par le médecin déclarant et le médecin codeur de la Ddass ou de l'Inserm. Cet événement causal doit être autre que la psychose ou l'alcoolisme de la personne décédée. Force serait alors de supposer qu'il faut comprendre dans leur déclaration un phénomène s'approchant d'un facteur associé ou d'une comorbidité. En ce cas, *alcoolisme* et psychoses alcooliques devraient être interprétés comme un reliquat de décès pour lesquels une forte intoxication alcoolique préexistait sans que pour autant une étiologie explicite ait pu être conçue par le médecin déclarant.

### UN TRIPTYQUE ALCOOL SYNTHÉTIQUE ET NON SURJECTIF

Cirrhoses alcooliques et cirrhoses sans précisions, cancers des voies aérodigestives supérieures, *alcoolisme* et psychoses alcooliques constituent donc le triptyque *Alcool* de causes de décès que nous retiendrons dans ce travail. Cet ensemble constitué est fiable dans la mesure où la consommation chronique d'alcool est nécessaire à la déclaration de ces pathologies et dans une moindre mesure à la survenue de ces décès. Nous avons exposé les limites de la famille "*alcoolisme* et psychoses alcooliques", légitime sur le plan de l'étiologie, contestable dès lors qu'elle est exploitée dans le cadre de la mortalité.

Pour autant, ce triptyque *Alcool* ne se situe pas dans le cadre d'une relation surjective. Si la consommation chronique d'alcool est nécessaire à ces causes, ces causes ne résument pas à elles-seules l'ensemble de la mortalité alcoolique. D'autres pathologies, telles que les pancréatites chroniques, certains troubles neurologiques<sup>5</sup>, bon nombre de cardiomyopathies et d'accidents vasculaires cérébraux<sup>6</sup>, ont souvent ou parfois une cause éventuellement liée à la consommation chronique d'alcool. Toutefois, toutes les personnes atteintes et tous ces cas de maladies ne sont assurément pas liés à l'alcool.

C'est bien cette incertitude majeure qui interdit de retenir ces autres causes en plus du triptyque *Alcool* que nous avons retenu com-

<sup>1</sup> Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. 1997.

<sup>2</sup> Haguenoer JM, Cordier S, Morel C, Lefebvre JL, Hemon D. Occupational risk factors for upper respiratory tract and upper digestive tract cancers. *Brit Jo Ind Med* 1990 ; 47 : 380-383.

<sup>3</sup> Isselbacher KJ, Dienstag JL. 1995.

<sup>4</sup> Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. 1997.

<sup>5</sup> Neuropathies périphériques, syndromes de Wernike et Korsakoff.

<sup>6</sup> Isselbacher KJ, Dienstag JL. 1995.

me l'ont fait d'ailleurs Got et Weill<sup>1</sup> dans leur ouvrage paru en 1997 ou comme le fait la Fédération nationale des Ors.

### **Mortalité due au triptyque *Alcool* dans la région**

Afin de décrire au mieux la mortalité attribuée aux causes de décès compris dans le triptyque *Alcool*, nous avons retenu des périodes de quatre années. Les données les plus récentes présentées ici portent sur les années 1994-95-96-97.

Ponctuellement, afin de mettre en lumière les dynamiques régionales ou locales, seront aussi présentés diverses données et indicateurs portant sur deux périodes antérieures, les années 1990-91-92-93 et 1986-87-88-89.

#### **EFFECTIFS DE DÉCÈS ET POIDS DE CHAQUE CAUSE**

Au cours de la dernière période (1994-95-96-97), 8 289 décès ont été attribués au triptyque *Alcool*. 6 091 avaient touché des hommes, 2 198 avaient été constatés chez les femmes. En moyenne annuelle, ce sont donc près de 2 100 décès qui sont enregistrés dans le Nord – Pas-de-Calais.

Ce rapport de un à trois entre les sexes (1 à 2,7 très exactement) illustre la très nette surmortalité masculine. Celle-ci est une constante mondiale et ne peut donc être considérée comme une spécificité régionale. Cette dissymétrie selon les sexes se répercute très logiquement dans le poids que le triptyque *Alcool* a dans l'ensemble de la mortalité ; c'est-à-dire par rapport à l'ensemble des causes de décès. Près de 8 % de la mortalité masculine totale provient d'une cause liée à la consommation chronique d'alcool tandis que chez les femmes cette proportion est de 3,2 %.

Conformément aux attentes, les décès par cancers des Vads sont bien plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (1 pour 10). Dans la mortalité masculine, cirrhoses et cancers des Vads emportent chacun des effectifs très similaires. Toutefois, il convient de remarquer que, quel que soit le sexe, les cirrhoses sans précision sont en

nombre sensiblement équivalent aux cirrhoses alcooliques. Ce groupe pourrait donc, *a priori*, se composer d'un ensemble hétérogène dont l'appartenance des parties au triptyque *Alcool* pourrait être débattue.

Les psychoses alcooliques emportent, quant à elles, une proportion de décès identique pour les deux sexes (13 %) avec le maintien d'un rapport de surmortalité masculine de un à trois (1 à 2,7 très exactement).

#### **ÉVOLUTION DEPUIS 1986**

La baisse du nombre de morts attribuées à la consommation chronique d'alcool est un phénomène bien connu en France comme dans la région. Celle-ci remonte aux années 1970-75 et fait suite à l'apparition de la *crise alcoolique* régionale qui se mit en place entre les années 1950-1970. En 1994, l'Ors Nord – Pas-de-Calais décrivait 3 000 décès annuels attribuables à une consommation chronique d'alcool et non pas 2 100<sup>2</sup>. Il existe donc bien un reflux, très clair de la mortalité alcoolique dans le Nord – Pas-de-Calais.

Entre les deux périodes extrêmes retenues, 1986-89 et 1994-97, la baisse a été très sensible. Plus de 20 % de la mortalité alcoolique a disparu en moins de dix ans. En comparaison, la décroissance de la mortalité régionale toutes causes a été seulement, durant la même période, de 6 %. Cependant, il est à remarquer que cette atténuation de la mortalité alcoolique fut plus rapide entre 1986-89 et 1990-93 qu'entre 1990-93 et 1994-97. À une réduction de 14 % a fait suite, lors de la seconde phase, une réduction du nombre de décès de 7 % seulement. Il est encore trop tôt pour que l'on sache s'il s'agit d'un *plateau* dans la décroissance ou de tout autre phénomène issu d'autres facteurs tels que les effets de la structure par âge. Cependant, la première hypothèse semble, aujourd'hui, la plus probable.

<sup>1</sup> Got C, Weill J. *L'alcool à chiffres ouverts*. Paris : Seli Arslan, 1997 ; 350 p.

<sup>2</sup> Ors Nord – Pas-de-Calais. *L'alcool dans le Nord – Pas-de-Calais. Mortalité, morbidité, consommation, système de soins*. Lille : Ors Nord – Pas-de-Calais, 1994 ; 96 p.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Tableau 16

	Effectifs décès 1986-1989		Effectifs décès 1994-1997		Evolution	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cirrhoses alcooliques	1 686	1 053	1 338	844	-20,64%	-19,85%
Cirrhoses sans précisions	1 454	835	1 281	810	-11,90%	-2,99%
Alcoolisme et psychoses alcooliques	967	308	792	284	-18,10%	-7,79%
Vads	3 525	239	2 680	260	-23,97%	8,79%
Total alcool	7 632	2 435	6 091	2 198	-20,19%	-9,73%

Sources Inserm/Insee

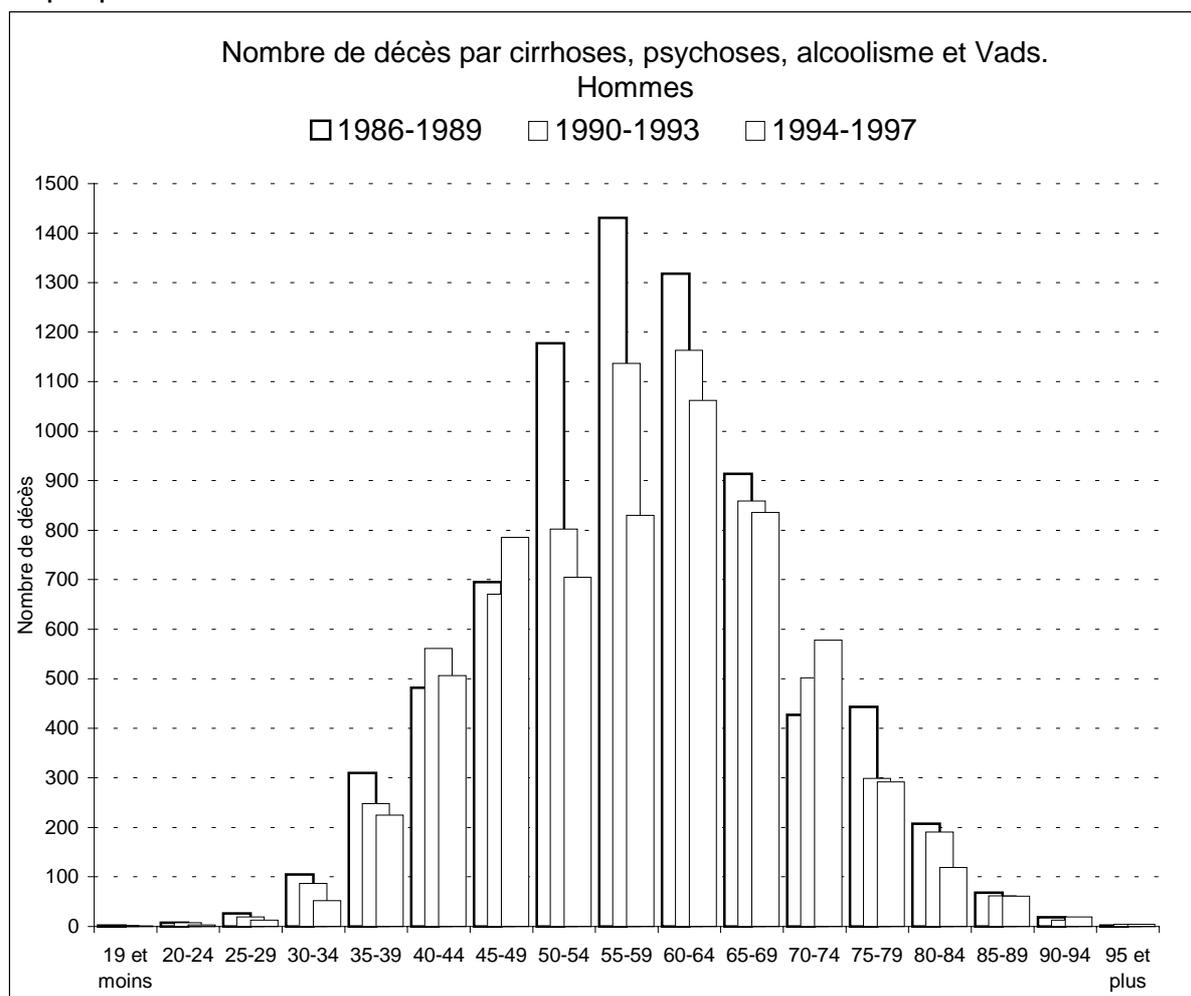
En terme de tendance nette, l'atténuation de la mortalité alcoolique a été plus sensible chez les hommes, surtout entre 1986-89 et 1990-93 (- 15 %, passant de 7 632 décès à 6 627 décès), que chez les femmes. La diminution a été quasiment nulle entre 1990-93 et 1994-97 (- 1 % par réduction de 2 227 décès à 2 198 décès).

Par cause, ce sont les cirrhoses et les tumeurs des Vads des hommes qui ont connu les plus fortes baisses. Chez les femmes, l'augmentation des tumeurs des Vads, peu nombreuses en effectifs bruts, est très certainement plus le reflet indirect de la progression du tabagisme féminin que celui de phénomènes liés à l'alcool.

### DÉCÈS PAR CAUSE ET PAR CLASSE D'ÂGE

On ne relève aucun décès attribué à l'une des causes de décès du triptyque Alcool avant l'âge de 19 ans. Ceci ne signifie certes pas que les jeunes n'ont pas de contact avec les boissons alcoolisées. Il faut voir dans cette absence la marque du temps de latence nécessaire (entre 5 et 20 ans), séparant le début d'une consommation immodérée d'une pratique à risque ou de dépendance (pour reprendre les nouveaux termes en vogue), et la survenue de la mort.

Graphique I

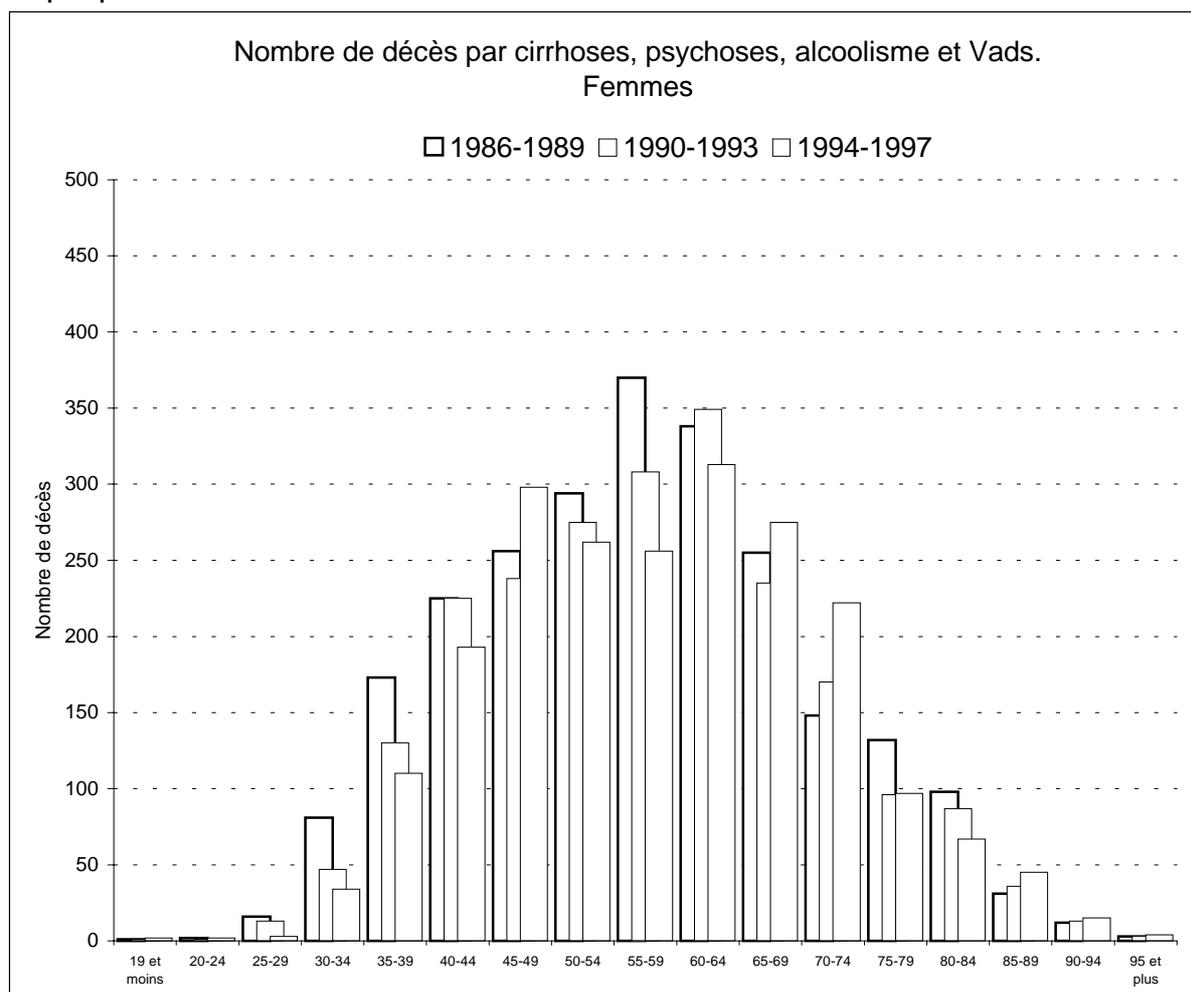


Source : Inserm, Insee

Au-delà de vingt ans, l'élévation se marque une première fois entre 25 et 34 ans chez les hommes et pour la seule classe d'âge des 30-34 ans chez les femmes. De quelques unités le total des décès se compte en dizaines. Après c'est en centaines que se comptent les décès du triptyque pour les périodes quadriennales. Chez les hommes comme chez les femmes, ce sont les 60-64 ans qui paient le plus lourd tribut alcoolique à la mort.

Entre 1986-89 et 1994-97, l'atténuation de la mortalité a surtout été sensible chez les hommes entre 50 et 59 ans. Toutefois, cette réduction doit être lue avant tout au travers d'une évolution entre générations plutôt qu'une tendance mécanique entre classes d'âge. Bon nombre de phénomènes démographiques et sociaux varient non seulement en fonction de l'âge des individus, mais aussi en fonction de la génération à laquelle ils appartiennent. Il serait très certainement nécessaire et utile qu'à l'avenir, l'étude des phénomènes liés à l'alcoolisation s'inquiète plus qu'à présent de ces *processus générationnels*.

Graphique II



Source : Inserm, Insee

Il est à remarquer qu'en 1994-97 ce ne sont plus les 55-59 ans mais les 60-64 ans qui correspondent à la classe d'âge la plus touchée. Cette tendance au vieillissement des décès se lit particulièrement bien sur les histogrammes ci-dessus et ci-dessous. Pour autant, il convient de tenir compte de l'influence de la structure par âge de la population. Les variations observées à propos des effectifs bruts de décès peuvent et sont très souvent induites par des différences d'effectifs de population et peuvent être moins redevables des oscillations de la mort.

Au-delà de 55 ans, la mortalité alcoolique s'abaisse. À ces âges apparaissent d'autres causes de décès (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes, entre autres) qui deviennent concurrentielles à la mortalité du triptyque. Mécaniquement cette fois, le nom-

bre de décès dus aux cirrhoses, psychoses ou tumeurs malignes des Vads s'abaisse. Ces phénomènes concurrentiels entre causes de décès devraient être mieux étudiés qu'ils ne le sont aujourd'hui.

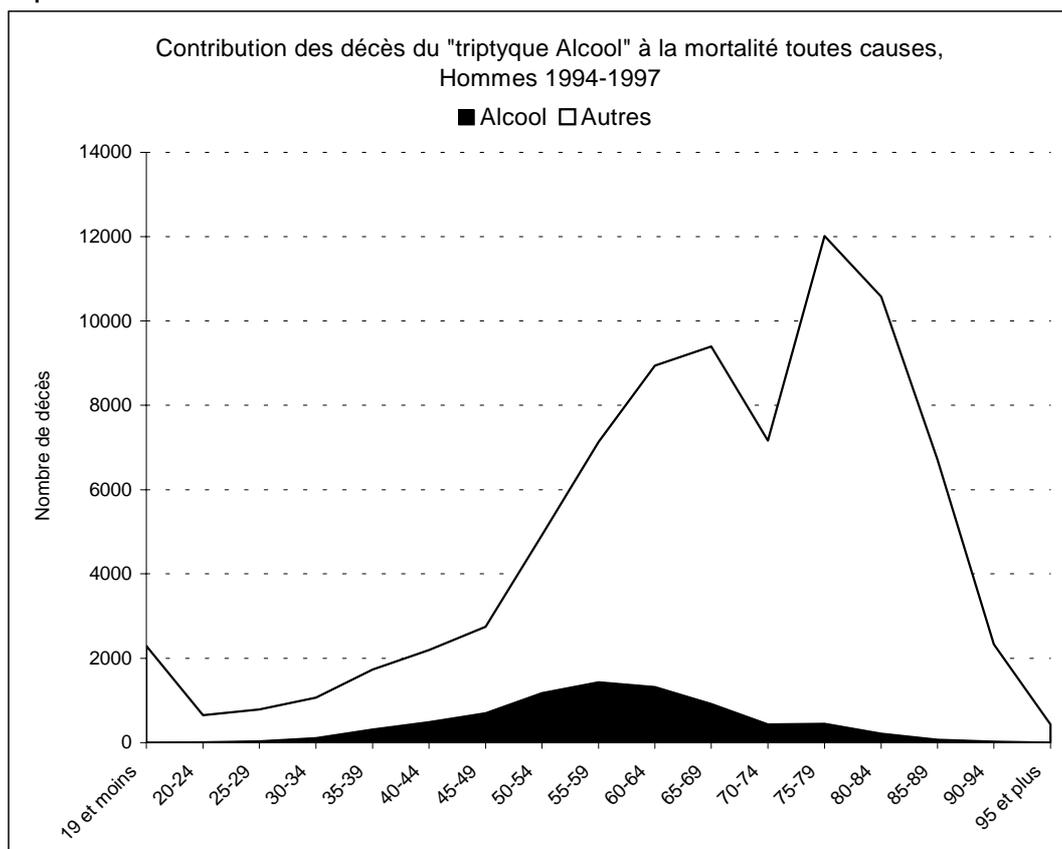
Toute chose étant égale par ailleurs, c'est, entre 40 et 65 ans chez les hommes et 40 et 60 ans chez les femmes, que la mortalité du triptyque *Alcool* est relativement la plus forte. On retrouve dans ces classes d'âge les groupes qui marquent le plus la spécificité nordiste : la surmortalité des âges actifs<sup>1</sup>.

Qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, 20 % de la mortalité des 40-60 ans provient des décès liés à l'alcool. L'impact sur l'espérance de vie est par conséquent considérable.

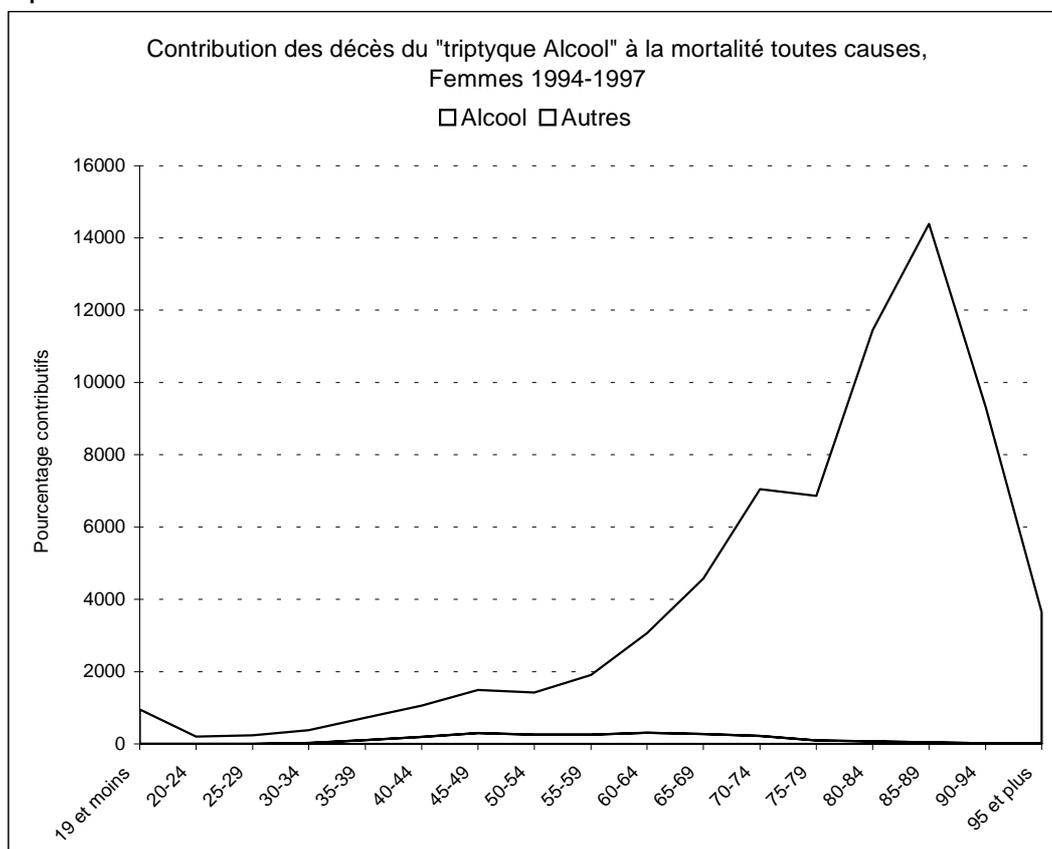
<sup>1</sup> Lacoste O. *Géopolitique de la santé*. Paris : La Découverte, 1994 ; 385 p.

# Mortalité

Graphique III



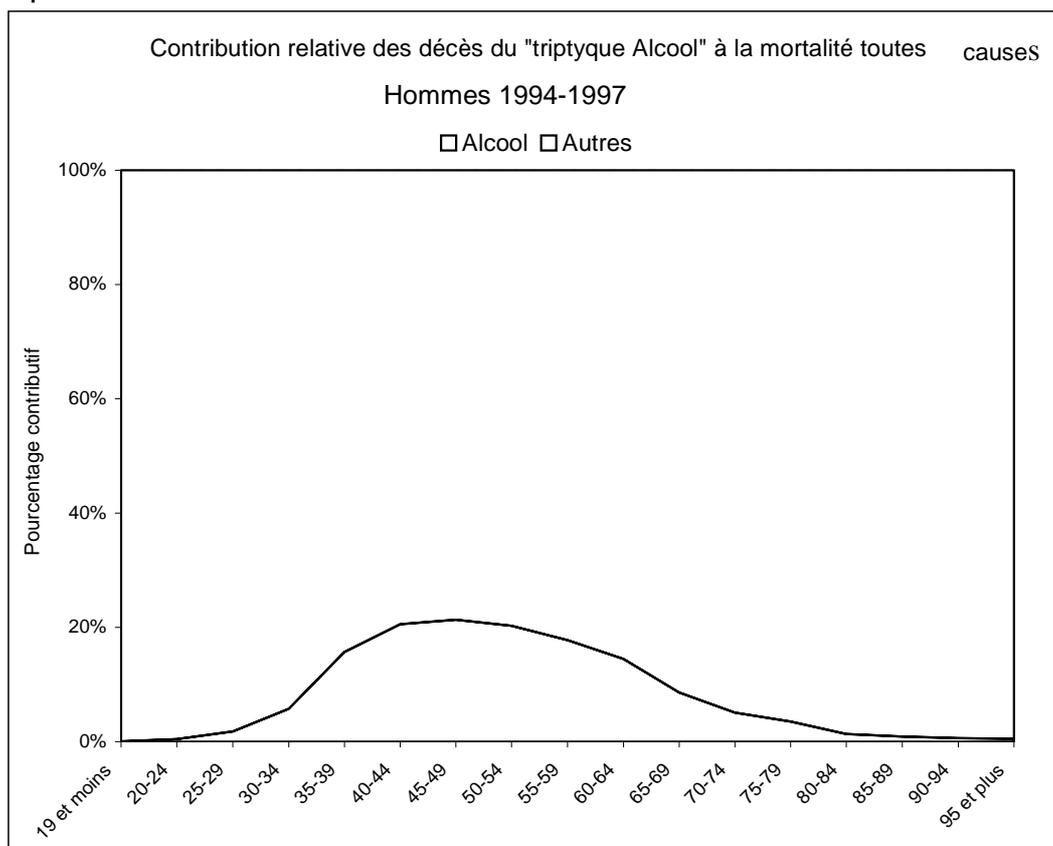
Graphique IV



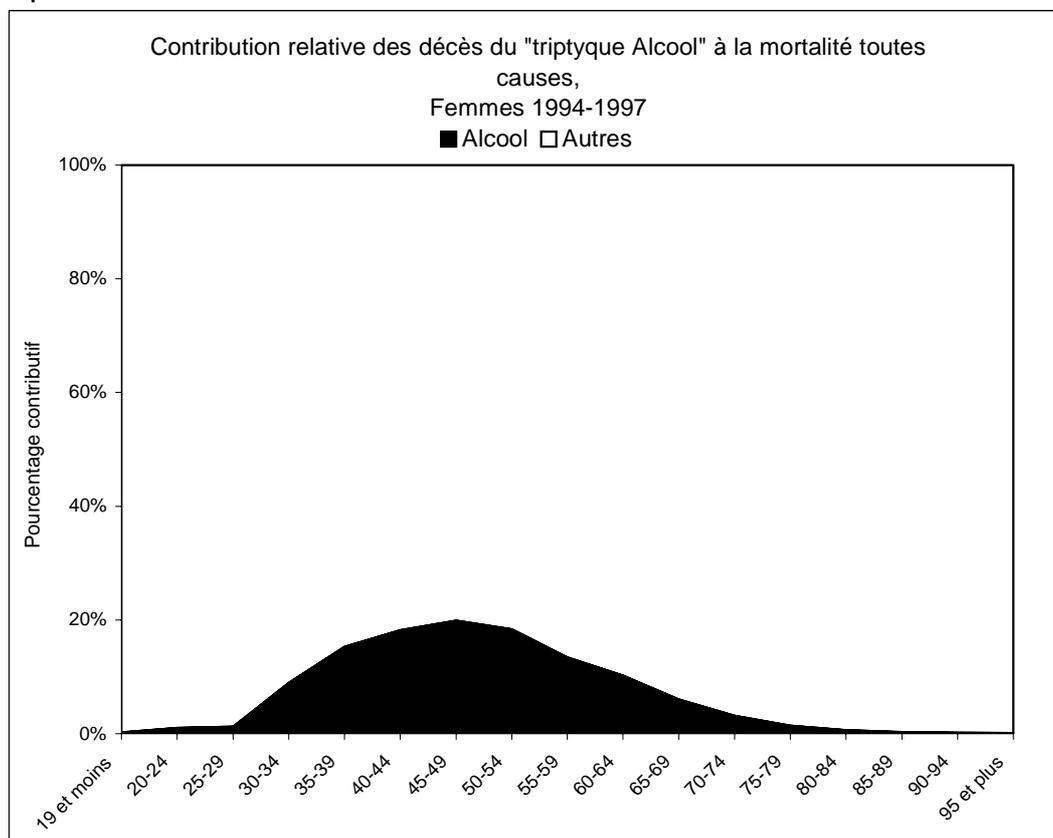
Source : Inserm, Insee

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

**Graphique V**



**Graphique VI**



Source : Inserm, Insee

Tableau 17

Nombres de décès par cause attribuable à l'alcoolisation chronique																		
N	Hommes																	
	Période du décès																	
	1986-1989						1990-1993						1994-1997					
Âges	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans précisions	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans précisions	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans précisions	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes
19 et moins	0	0	1	1	2	2293	0	1	0	1	2	1841	0	0	1	0	1	1489
20-24	2	0	4	1	7	655	0	1	5	1	7	709	0	0	3	0	3	664
25-29	7	7	12	0	26	786	6	2	10	1	19	724	4	1	7	1	13	722
30-34	39	22	35	9	105	1069	33	16	30	8	87	975	13	10	26	3	52	909
35-39	95	60	86	69	310	1738	82	51	67	48	248	1649	70	49	68	38	225	1434
40-44	115	83	86	198	482	2194	153	102	94	212	561	2644	122	86	95	203	506	2467
45-49	161	120	90	324	695	2750	146	97	96	332	671	2915	192	168	122	303	785	3686
50-54	253	207	140	577	1177	4922	202	133	88	379	802	3620	146	139	100	320	705	3475
55-59	312	266	174	679	1431	7128	266	189	124	558	1137	5856	204	160	84	382	830	4673
60-64	304	271	128	615	1318	8945	252	236	104	571	1163	8321	233	242	106	481	1062	7359
65-69	208	194	88	424	914	9395	177	169	90	423	859	9875	155	184	69	428	836	9773
70-74	80	89	46	212	427	7159	101	97	52	252	502	8995	115	131	64	268	578	11480
75-79	73	76	46	248	443	12014	51	54	28	166	299	8499	53	74	28	137	292	8244
80-84	30	48	21	108	207	10580	20	41	25	105	191	10262	20	26	12	61	119	8769
85-89	7	7	9	45	68	6704	4	13	9	36	62	6954	9	9	3	40	61	7421
90-95	0	4	1	13	18	2334	0	0	0	13	13	2922	2	2	3	12	19	3256
95 et plus	0	0	0	2	2	432	0	1	1	2	4	637	0	0	1	3	4	824
Total	1686	1454	967	3525	7632	81098	1493	1203	823	3108	6627	77398	1338	1281	792	2680	6091	76645

Sources Inserm/Insee

Tableau 18

Nombres de décès par cause attribuable à l'alcoolisation chronique																		
N	Femmes																	
	Période du décès																	
	1986-1989						1990-1993						1994-1997					
Âges	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans précisions	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans précisions	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans précisions	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes
19 et moins	0	1	0	0	1	1506	0	0	0	1	1	1250	0	1	0	1	2	955
20-24	1	0	1	0	2	231	0	1	0	0	1	220	0	1	1	0	2	205
25-29	7	5	3	1	16	330	6	1	5	1	13	291	1	0	0	2	3	242
30-34	38	26	13	4	81	482	22	10	12	3	47	431	10	10	11	3	34	381
35-39	91	52	26	4	173	792	61	40	22	7	130	712	53	33	19	5	110	720
40-44	126	63	29	7	225	929	110	69	36	10	225	1111	84	60	35	14	193	1061
45-49	123	93	18	22	256	1127	122	74	25	17	238	1116	142	88	47	21	298	1496
50-54	127	103	47	17	294	1721	125	82	34	34	275	1454	121	86	29	26	262	1429
55-59	161	138	38	33	370	2705	141	106	36	25	308	2323	115	81	30	30	256	1904
60-64	147	118	40	33	338	3724	146	122	40	41	349	3515	115	136	26	36	313	3066
65-69	113	90	34	18	255	4721	91	97	26	21	235	4894	97	118	23	37	275	4578
70-74	49	61	18	20	148	5131	57	78	13	22	170	5578	62	108	26	26	222	7052
75-79	39	47	22	24	132	11384	31	39	11	15	96	7785	26	38	19	14	97	6860
80-84	25	30	14	29	98	14727	19	41	7	20	87	13707	15	27	6	19	67	11440
85-89	5	8	4	14	31	13464	3	12	3	18	36	13967	2	15	10	18	45	14384
90-95	1	0	1	10	12	7269	1	3	3	6	13	8373	1	6	1	7	15	9328
95 et plus	0	0	0	3	3	2271	0	0	0	3	3	2769	0	2	1	1	4	3648
Total	1053	835	308	239	2435	72514	935	775	273	244	2227	69496	844	810	284	260	2198	68749

Sources Inserm/Insee

Tableau 19

Pourcentages spécifiques et par rapport à l'ensemble des causes de décès par cause attribuable à l'alcoolisation chronique																		
%	Hommes																	
	Période du décès																	
	1986-1989						1990-1993						1994-1997					
Ages	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes
19 et moins	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	0,1%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,1%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,1%
20-24	28,6%	0,0%	57,1%	14,3%	100,0%	1,1%	0,0%	14,3%	71,4%	14,3%	100,0%	1,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,5%
25-29	26,9%	26,9%	46,2%	0,0%	100,0%	3,3%	31,6%	10,5%	52,6%	5,3%	100,0%	2,6%	30,8%	7,7%	53,8%	7,7%	100,0%	1,8%
30-34	37,1%	21,0%	33,3%	8,6%	100,0%	9,8%	37,9%	18,4%	34,5%	9,2%	100,0%	8,9%	25,0%	19,2%	50,0%	5,8%	100,0%	5,7%
35-39	30,6%	19,4%	27,7%	22,3%	100,0%	17,8%	33,1%	20,6%	27,0%	19,4%	100,0%	15,0%	31,1%	21,8%	30,2%	16,9%	100,0%	15,7%
40-44	23,9%	17,2%	17,8%	41,1%	100,0%	22,0%	27,3%	18,2%	16,8%	37,8%	100,0%	21,2%	24,1%	17,0%	18,8%	40,1%	100,0%	20,5%
45-49	23,2%	17,3%	12,9%	46,6%	100,0%	25,3%	21,8%	14,5%	14,3%	49,5%	100,0%	23,0%	24,5%	21,4%	15,5%	38,6%	100,0%	21,3%
50-54	21,5%	17,6%	11,9%	49,0%	100,0%	23,9%	25,2%	16,6%	11,0%	47,3%	100,0%	22,2%	20,7%	19,7%	14,2%	45,4%	100,0%	20,3%
55-59	21,8%	18,6%	12,2%	47,4%	100,0%	20,1%	23,4%	16,6%	10,9%	49,1%	100,0%	19,4%	24,6%	19,3%	10,1%	46,0%	100,0%	17,8%
60-64	23,1%	20,6%	9,7%	46,7%	100,0%	14,7%	21,7%	20,3%	8,9%	49,1%	100,0%	14,0%	21,9%	22,8%	10,0%	45,3%	100,0%	14,4%
65-69	22,8%	21,2%	9,6%	46,4%	100,0%	9,7%	20,6%	19,7%	10,5%	49,2%	100,0%	8,7%	18,5%	22,0%	8,3%	51,2%	100,0%	8,6%
70-74	18,7%	20,8%	10,8%	49,6%	100,0%	6,0%	20,1%	19,3%	10,4%	50,2%	100,0%	5,6%	19,9%	22,7%	11,1%	46,4%	100,0%	5,0%
75-79	16,5%	17,2%	10,4%	56,0%	100,0%	3,7%	17,1%	18,1%	9,4%	55,5%	100,0%	3,5%	18,2%	25,3%	9,6%	46,9%	100,0%	3,5%
80-84	14,5%	23,2%	10,1%	52,2%	100,0%	2,0%	10,5%	21,5%	13,1%	55,0%	100,0%	1,9%	16,8%	21,8%	10,1%	51,3%	100,0%	1,4%
85-89	10,3%	10,3%	13,2%	66,2%	100,0%	1,0%	6,5%	21,0%	14,5%	58,1%	100,0%	0,9%	14,8%	14,8%	4,9%	65,6%	100,0%	0,8%
90-95	0,0%	22,2%	5,6%	72,2%	100,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,4%	10,5%	10,5%	15,8%	63,2%	100,0%	0,6%
95 et plus	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,5%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%	0,6%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%	0,5%
Total	22,1%	19,1%	12,7%	46,2%	100,0%	9,4%	22,5%	18,2%	12,4%	46,9%	100,0%	8,6%	22,0%	21,0%	13,0%	44,0%	100,0%	7,9%

Sources Inserm/Insee

Tableau 20

Pourcentages spécifiques et par rapport à l'ensemble des causes de décès par cause attribuable à l'alcoolisation chronique																		
%	Femmes																	
	Période du décès																	
	1986-1989						1990-1993						1994-1997					
Ages	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes	Cirrhoses alcooliques	Cirrhoses sans	Alcoolisme et psychoses	Vads	Total Alcool	Toutes causes
19 et moins	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,1%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,2%
20-24	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%	0,9%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,5%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	1,0%
25-29	43,8%	31,3%	18,8%	6,3%	100,0%	4,8%	46,2%	7,7%	38,5%	7,7%	100,0%	4,5%	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%	1,2%
30-34	46,9%	32,1%	16,0%	4,9%	100,0%	16,8%	46,8%	21,3%	25,5%	6,4%	100,0%	10,9%	29,4%	29,4%	32,4%	8,8%	100,0%	8,9%
35-39	52,6%	30,1%	15,0%	2,3%	100,0%	21,8%	46,9%	30,8%	16,9%	5,4%	100,0%	18,3%	48,2%	30,0%	17,3%	4,5%	100,0%	15,3%
40-44	56,0%	28,0%	12,9%	3,1%	100,0%	24,2%	48,9%	30,7%	16,0%	4,4%	100,0%	20,3%	43,5%	31,1%	18,1%	7,3%	100,0%	18,2%
45-49	48,0%	36,3%	7,0%	8,6%	100,0%	22,7%	51,3%	31,1%	10,5%	7,1%	100,0%	21,3%	47,7%	29,5%	15,8%	7,0%	100,0%	19,9%
50-54	43,2%	35,0%	16,0%	5,8%	100,0%	17,1%	45,5%	29,8%	12,4%	12,4%	100,0%	18,9%	46,2%	32,8%	11,1%	9,9%	100,0%	18,3%
55-59	43,5%	37,3%	10,3%	8,9%	100,0%	13,7%	45,8%	34,4%	11,7%	8,1%	100,0%	13,3%	44,9%	31,6%	11,7%	11,7%	100,0%	13,4%
60-64	43,5%	34,9%	11,8%	9,8%	100,0%	9,1%	41,8%	35,0%	11,5%	11,7%	100,0%	9,9%	36,7%	43,5%	8,3%	11,5%	100,0%	10,2%
65-69	44,3%	35,3%	13,3%	7,1%	100,0%	5,4%	38,7%	41,3%	11,1%	8,9%	100,0%	4,8%	35,3%	42,9%	8,4%	13,5%	100,0%	6,0%
70-74	33,1%	41,2%	12,2%	13,5%	100,0%	2,9%	33,5%	45,9%	7,6%	12,9%	100,0%	3,0%	27,9%	48,6%	11,7%	11,7%	100,0%	3,1%
75-79	29,5%	35,6%	16,7%	18,2%	100,0%	1,2%	32,3%	40,6%	11,5%	15,6%	100,0%	1,2%	26,8%	39,2%	19,6%	14,4%	100,0%	1,4%
80-84	25,5%	30,6%	14,3%	29,6%	100,0%	0,7%	21,8%	47,1%	8,0%	23,0%	100,0%	0,6%	22,4%	40,3%	9,0%	28,4%	100,0%	0,6%
85-89	16,1%	25,8%	12,9%	45,2%	100,0%	0,2%	8,3%	33,3%	8,3%	50,0%	100,0%	0,3%	4,4%	33,3%	22,2%	40,0%	100,0%	0,3%
90-95	8,3%	0,0%	8,3%	83,3%	100,0%	0,2%	7,7%	23,1%	23,1%	46,2%	100,0%	0,2%	6,7%	40,0%	6,7%	46,7%	100,0%	0,2%
95 et plus	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,1%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%	0,1%
Total	43,2%	34,3%	12,6%	9,8%	100,0%	3,4%	42,0%	34,8%	12,3%	11,0%	100,0%	3,2%	38,4%	36,9%	12,9%	11,8%	100,0%	3,2%

Sources Insem/Insee

## Mortalité

### TAUX PAR CAUSE ET PAR CLASSE D'ÂGE

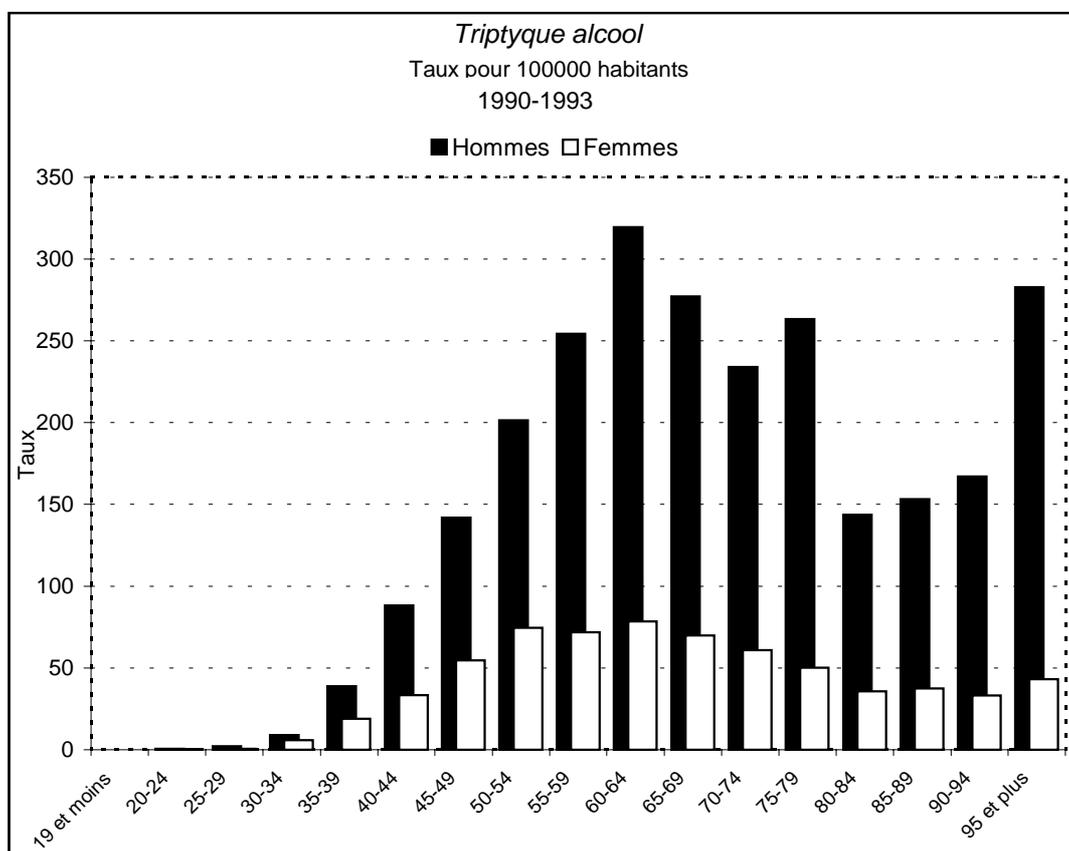
Rapportées à la population régionale estimée et par classe d'âge<sup>1</sup>, les variations de la mortalité deviennent plus sensibles. L'écart entre l'intensité de la mortalité masculine et féminine est patent.

Chez les hommes, la diminution a été bien marquée, passant de 99,46 décès pour 100 000 habitants au cours de la période

1986-89 à 78,52 morts pour 100 000 habitants lors de la dernière période. La période intermédiaire entre les années 1986-89 et 1994-97 a concentré l'essentiel de cette baisse.

Chez les femmes, en revanche, le reflux de la mortalité alcoolique a été notablement plus faible, passant de 29,97 à 26,66 morts pour 100 000 habitantes ; il n'y a pas eu d'accélération ou de ralentissement notable de cette tendance modeste.

Graphique VII



Source : Inserm, Insee

<sup>1</sup> Estimations Insee réalisées à la demande de la Fédération nationale des Ors. Les Taux ont été obtenus en rapportant les décès à la population moyenne estimée par l'Insee. Ceux-ci ne tiennent pas compte des différences de structures par âge. L'utilité de cet indicateur est faible si l'on veut comparer la situation de la région à un autre territoire.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Par groupe d'âge quinquennal, ce sont toujours les hommes et les femmes entre 60 et 64 ans qui recueillent la plus forte charge de décès. Si l'on ne retient que les tranches d'âge de la mortalité prématurée<sup>1</sup>, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans, il apparaît que la baisse chez les hommes et chez les femmes a été moins marquée pour la majorité de ces classes d'âge.

Abstraction faite des hommes de 60-64 ans et de 40-44 ans, des femmes de 60-64 ans et de 50-54 ans, la réduction de la mortalité a été inférieure à la moyenne de la baisse dans l'ensemble de la population entre les deux périodes extrêmes.

Une large part de l'amélioration de la mortalité alcoolique du Nord – Pas-de-Calais est intervenue aux âges élevés (ou plus exactement considérés comme élevés par les démographes), chez les femmes âgées de 65-79 ans et de 85-89 ans. Cette réduction est aussi moins sensible chez les hommes entre 45 et 59 ans.

**Tableau 21**

Taux brut du <i>triptyque alcool</i> Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Nord -Pas-de-Calais						
Ages	Hommes					
	Période du décès					
	1986-1989		1990-1993		1994-1997	
	N	Taux pour 100 000 hab.	N	Taux pour 100 000 hab.	N	Taux pour 100 000 hab.
19 et moins	2	0,08	2	0,08	1	0,04
20-24	7	1,11	7	1,10	3	0,48
25-29	26	4,33	19	3,22	13	2,20
30-34	105	17,52	87	14,82	52	8,94
35-39	310	51,26	248	42,47	225	38,87
40-44	482	102,57	561	94,71	506	88,08
45-49	695	201,04	671	169,41	785	141,80
50-54	1177	307,20	802	234,79	705	201,43
55-59	1431	363,58	1137	315,66	830	254,30
60-64	1318	375,11	1163	329,82	1062	319,58
65-69	914	356,55	859	285,22	836	277,16
70-74	427	303,58	502	281,61	578	234,02
75-79	443	313,79	299	258,19	292	263,28
80-84	207	258,69	191	222,80	119	143,62
85-89	68	222,98	62	172,85	61	153,22
90-94	18	284,36	13	142,64	19	167,19
95 et plus	2	252,53	4	365,63	4	282,89
Total	7632	99,46	6627	85,88	6091	78,52

Sources Inserm/Insee

<sup>1</sup> Les responsables de la Santé publique s'intéressent de plus en plus, en France comme dans la plupart des pays comparables, à la mortalité prématurée définie comme la mortalité survenant avant 65 ans. L'espérance de vie à la naissance dépassant en France 74 ans chez les hommes et 82 ans chez les femmes, les décès qui se produisent avant

65 ans peuvent en effet être considérés comme prématurés.

Tableau 22

Taux brut du <i>triptyque alcool</i> Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Nord -Pas-de-Calais						
Ages	Femmes					
	Période du décès					
	1986-1989		1990-1993		1994-1997	
	N	Taux pour 100 000 hab.	N	Taux pour 100 000 hab.	N	Taux pour 100 000 hab.
19 et moins	1	0,04	1	0,04	2	0,09
20-24	2	0,32	1	0,16	2	0,33
25-29	16	2,65	13	2,20	3	0,51
30-34	81	13,54	47	7,97	34	5,80
35-39	173	29,27	130	22,12	110	18,82
40-44	225	49,62	225	38,86	193	33,32
45-49	256	74,19	238	61,39	298	54,52
50-54	294	72,45	275	77,56	262	74,50
55-59	370	84,49	308	76,61	256	71,71
60-64	338	80,79	349	83,40	313	78,53
65-69	255	76,15	235	59,56	275	69,72
70-74	148	65,70	170	64,34	222	60,76
75-79	132	49,52	96	44,11	97	50,24
80-84	98	53,85	87	44,05	67	35,71
85-89	31	34,21	36	34,24	45	37,48
90-94	12	44,56	13	37,12	15	33,13
95 et plus	3	65,53	3	45,62	4	43,13
Total	2435	29,97	2227	27,22	2198	26,66

Sources Inserm/Insee

#### RATIOS STANDARDISÉS DE MORTALITÉ RÉGION VERSUS FRANCE

Le recours au Ratio standardisé de mortalité –Rsm– permet de mettre en perspective dans le temps et l'espace, la structuration et les mutations des processus régionaux. Cette structuration est incontestablement très spécifique de la région ; elle n'a pas d'équivalent ailleurs et ne se retrouve jamais à propos de quelque autre cause de décès.

Cette anomalie majeure se confirme, si besoin en était par les tests statistiques. Tous les Rsm présentés dans ces tableaux, élaborés pour chacune des périodes, pour l'un ou l'autre sexe et pour quelque territoire régional ou infrarégional que ce soit, sont statistiquement significatifs. Ceci signifie donc que la probabilité de constater cette anomalie

était inférieure à 5 %. Et pourtant les Rsm sont systématiquement significatifs.

Chez les hommes, au cours des trois périodes quadriennales, le Rsm atteint 1,72, 1,70 et enfin 1,71. La plus faible baisse des taux de mortalité relevée précédemment laisse elle-aussi en place une surmortalité avant 65 ans qui stagne à 1,92, 1,89 ou 1,90.

Le différentiel région/France demeure donc stable tant pour l'ensemble des classes d'âge que pour la seule mortalité prématurée (avant 65 ans). Ainsi, même si la tendance à la baisse est perceptible au travers de la réduction de la part du triptyque *Alcool* dans la mortalité toutes causes (passant de 9,41 % en 1986-89 à 7,95 % en 1994-97), il n'en demeure pas moins que par rapport à la tendance nationale, la surmortalité masculine régionale reste inchangée.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

### **Mesurer la mortalité dans une population**

Le risque de décéder n'étant pas uniforme selon l'âge, il importe, lorsqu'il s'agit de quantifier la fréquence des décès, de recourir à des techniques autorisant la comparaison entre des populations n'ayant pas les mêmes structures par âge.

Il est possible, afin de contourner ces inconvénients, de procéder à l'élaboration de Ratios standardisés de mortalité. Plusieurs méthodes peuvent être adoptées. Nous avons opté pour une standardisation indirecte (appelée également *méthode des taux-types* ou *méthode de la mortalité-type*) qui est le procédé le plus adapté à de petites unités géographiques.

Dans ce cas, on calcule pour chaque unité géographique, le nombre de décès qui aurait été constaté si les taux de mortalité par âge avaient été exactement identiques à ceux d'une population donnée (ici celle de la France), prise comme point de référence. À ceux-

ci, on rapporte le nombre de décès effectivement observés, en calculant le ratio de l'un par l'autre ; c'est-à-dire le rapport entre le nombre de décès *attendus* (simulés si les taux de mortalité avaient été identiques à ceux de la population de référence) et le nombre de décès *observés*.

Il y a *surmortalité* si le ratio standardisé de mortalité —Rsm— est supérieur à 1. Il y a *mortalité similaire* si le Rsm est égal à 1. Il y a *sous-mortalité* s'il est inférieur à 1.

Ainsi, il est possible de constater que si effectivement les décès par cirrhoses, psychoses et tumeurs des Vads chutent globalement depuis 30 ans, cette baisse demeure insuffisamment marquée pour que l'état de la mortalité alcoolique de la population régionale puisse rejoindre une norme moyenne française. En cela, les hommes du Nord – Pas-de-Calais ne connaissent pas, (pas encore ?), les améliorations que connurent ceux de la Bretagne au cours des années 1970-80, de la région lyonnaise ou de l'Île-de-France quelques décennies auparavant.

**Tableau 23**

Ratio standardisés du triptyque alcool Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Nord -Pas-de-Calais							
Période	Sexe	Décès observés	Ratio standardisé France	Significatif ?	Ratio standardisé France (- de 65 ans)	Significatif ?	% de la mortalité toute causes
1986-1989	Hommes	7632	1,72	oui	1,92	oui	9,41
1990-1993	Hommes	6627	1,70	oui	1,89	oui	8,56
1994-1997	Hommes	6091	1,71	oui	1,90	oui	7,95
1986-1989	Femmes	2435	2,07	oui	2,44	oui	3,36
1990-1993	Femmes	2227	2,09	oui	2,50	oui	3,20
1994-1997	Femmes	2198	2,13	oui	2,51	oui	3,20

Sources Inserm/Insee

Chez les femmes, la quasi-absence de réduction de la mortalité décrite dans les pages qui précèdent s'accompagne d'une légère détérioration des Rsm. De 2,07 on atteint 2,13 pour l'ensemble des classes d'âges en 1994-97. De 2,44 pour les femmes de moins de

65 ans en 1986-89, on atteint 2,51 en 1994-97. Il est donc presque possible de considérer que s'est développée une aggravation de la situation régionale avérée par un Rsm record à 2,51.

## Mortalité

### MORTALITÉ DUE AU TRIPTYQUE ALCOOL AUX MOYENNES ÉCHELLES<sup>1</sup> SUB-RÉGIONALES

Approchée par département, la structuration du triptyque *Alcool* ne varie quasiment pas. Seule la mortalité des femmes du département du Nord se compose d'un peu plus de psychoses alcooliques et d'un peu moins de cirrhoses, tandis que cette

tendance s'inverse dans le Pas-de-Calais. Il est à remarquer que la ventilation des trois grandes causes est remarquablement stable, d'un département à l'autre, dans le cas de la mortalité masculine.

Tableau 24

Nombres de décès par cause attribuable à l'alcoolisation chronique et pourcentages spécifiques et par rapport à l'ensemble des causes de décès du <i>triptyque alcool</i>						
Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads						
Nord -Pas-de-Calais et départements						
Région Nord - Pas-de-Calais						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	2619 43,0%	792 13,0%	2680 44,0%	6091 100,0%	76645 7,9%
	Femmes	1654 75,3%	284 12,9%	260 11,8%	2198 100,0%	68749 3,2%
Département du Nord						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	1631 42,7%	494 12,9%	1691 44,3%	3816 100,0%	47316 8,1%
	Femmes	1052 73,4%	195 13,6%	187 13,0%	1434 100,0%	42676 3,4%
Département du Pas-de-Calais						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	988 43,4%	298 13,1%	989 43,5%	2275 100,0%	29329 7,8%
	Femmes	602 78,8%	89 11,6%	73 9,6%	764 100,0%	26073 2,9%

Sources Inserm/Insee

<sup>1</sup> *L'échelle* est par définition le rapport existant entre une longueur et sa représentation sur une carte. On parlera de grand rapport 1/1 000<sup>e</sup>, donc de grande échelle dans le cas d'un plan de ville et de petit rapport à propos d'un planisphère d'une carte de l'Europe au 1/5 000 000<sup>e</sup>.

Ainsi une carte à grande échelle représente un espace géographique de faibles dimensions sur une surface étendue de la carte ; une carte à petite échelle représente un vaste espace géographique sur une surface peu étendue de la carte.

Par extension on qualifiera une analyse mettant en œuvre de vastes espaces d'étude à petite échelle, d'analyse à grande échelle une approche ayant recours à des unités spatiales de faible étendue.

Ces termes s'opposent aux expressions courantes de la langue française qualifiant d'*opération à grande échelle* une entreprise doutée d'un vaste ressort territorial.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Avec les Rsm à nouveau, une relative opposition se dessine à propos de la mortalité féminine. Les Rsm des trois périodes sont sensiblement plus faibles dans le Pas-de-Calais et notablement plus élevés pour le département du Nord. Il y a donc une très légère surmortalité féminine dans le département du Nord : 2,22 *versus* 1,97 ou 2,57 *versus* 2,40. Pour autant, celle-ci est néglig

geable en regard de l'écart vis-à-vis de la valeur moyenne française. Les Rsm masculins sont, quant à eux, très voisins les uns des autres.

### Méthodologie des zones Insee

A consulter en Annexes page 102

Tableau 25

Ratio standardisés du triptyque alcool							
Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Nord et Pas-de-Calais							
Période	Sexe	Décès observés	Ratio standardisé France	Significatif ?	Ratio standardisé France (- de 65 ans)	Significatif ?	% de la mortalité toute causes
<u>Département du Nord</u>							
1986-1989	Hommes	4736	1,70	oui	1,88	oui	9,41
1990-1993	Hommes	4107	1,68	oui	1,86	oui	8,57
1994-1997	Hommes	3816	1,70	oui	1,88	oui	8,06
1986-1989	Femmes	1608	2,18	oui	2,57	oui	3,52
1990-1993	Femmes	1412	2,12	oui	2,53	oui	3,26
1994-1997	Femmes	1434	2,22	oui	2,57	oui	3,36
<u>Département du Pas-de-Calais</u>							
1986-1989	Hommes	2896	1,75	oui	2,00	oui	9,42
1990-1993	Hommes	2520	1,73	oui	1,94	oui	8,54
1994-1997	Hommes	2275	1,71	oui	1,93	oui	7,76
1986-1989	Femmes	827	1,87	oui	2,21	oui	3,08
1990-1993	Femmes	815	2,04	oui	2,44	oui	3,12
1994-1997	Femmes	764	1,97	oui	2,40	oui	2,93

Sources Inserm/Insee

Les variations de la mortalité par type de commune *Zau* (cf annexes) sont nettement plus sensibles. Pour autant, la surmortalité régionale se vérifie partout. Si par la structuration du triptyque *Alcool*, les espaces urbains<sup>1</sup> ne se singularisent que peu par rapport aux pourcentages régionaux, il se confirme<sup>2</sup> que les communes urbaines abritent des populations très nettement affectées par la mortalité alcoolique. Là, le triptyque *Alcool* emporte une fraction supérieure de la mortalité toutes causes (8,4 % *versus* 7,9 % chez les hommes et 3,5 % *versus* 3,2 % chez les femmes). Là encore les Rsm urbains dépassent les Rsm régionaux de quelques

points : 1,82 *versus* 1,71 chez les hommes et 2,34 *versus* 2,13 chez les femmes en 1994-97, 2,04 *versus* 1,90 chez les hommes et 2,79 *versus* 2,51 chez les femmes en 1994-97 pour la mortalité prématurée.

L'ensemble périurbain<sup>3</sup> présente, quant à lui, des valeurs de Rsm sensiblement inférieures au groupe précédent qui le situe très en deçà des valeurs régionales. En cela, le contexte périurbain correspond à une sous-mortalité en regard des indicateurs moyens du Nord – Pas-de-Calais, mais porte par ailleurs les marques de la surmortalité régionale.

<sup>1</sup> 76% de la population régionale en 1990.

<sup>2</sup> Voir : Sampil M, Lacoste O, Declercq C. *Territoires urbains et santé*. Lille : Ors Nord – Pas-de-Calais, 1998 ; 62 p + annexes.

<sup>3</sup> 10% de la population régionale en 1990.

## Mortalité

Ces phénomènes s'accroissent dans la mortalité des communes multipolarisées<sup>1</sup> et plus encore rurales<sup>2</sup>.

Au travers de ces indicateurs il apparaît donc que **c'est bien l'ensemble du territoire régional qui est atteint par la surmortalité du triptyque *Alcool***. Par ailleurs, les *points chauds* se situent essentiellement en milieu urbain voire hyper-urbain.

Par Bassin de vie cette surmortalité vis-à-vis de la mortalité régionale moyenne se confirme dans l'ensemble de la région ; aucun Bassin n'ayant de Rsm inférieur à 1. Tous se situent au-dessus de 1,70.

Globalement les variations entre Bassins sont infimes. Partout les variations des mortalités masculine et féminine évoluent dans le même sens : la sous-mortalité relative masculine accompagne la sous-mortalité féminine et la surmortalité relative masculine se retrouvant avec la surmortalité relative féminine.

---

<sup>1</sup> 6% de la population régionale en 1990.

<sup>2</sup> 8% de la population régionale en 1990.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Tableau 26

Nombres de décès par cause attribuable à l'alcoolisation chronique et pourcentages spécifiques et par rapport à l'ensemble des causes de décès du <i>trityque alcool</i> Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Espaces <i>Zau Insee</i>						
<u>Type urbain</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	2094 43,5%	647 13,4%	2076 43,1%	4817 100,0%	57625 8,4%
	Femmes	1388 75,7%	234 12,8%	211 11,5%	1833 100,0%	51636 3,5%
<u>Type périurbain</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	181 39,2%	45 9,7%	236 51,1%	462 100,0%	6684 6,9%
	Femmes	113 77,4%	15 10,3%	18 12,3%	146 100,0%	5809 2,5%
<u>Type multipolarisé</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	157 46,6%	34 10,1%	146 43,3%	337 100,0%	4738 7,1%
	Femmes	66 66,7%	19 19,2%	14 14,1%	99 100,0%	4239 2,3%
<u>Type rural</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	187 39,4%	66 13,9%	222 46,7%	475 100,0%	7598 6,3%
	Femmes	87 72,5%	16 13,3%	17 14,2%	120 100,0%	7065 1,7%

Sources Inserm/Insee

## Mortalité

Tableau 27

Ratio standardisés du triptyque alcool Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Espaces <i>Zau Insee</i>							
Période	Sexe	Décès observés	Ratio standardisé France	Significatif ?	Ratio standardisé France (- de 65 ans)	Significatif ?	% de la mortalité toute causes
<u>Type urbain</u>							
1986-1989	Hommes	5949	1,81	oui	2,03	oui	9,77
1990-1993	Hommes	5182	1,79	oui	2,02	oui	8,89
1994-1997	Hommes	4817	1,82	oui	2,04	oui	8,36
1986-1989	Femmes	2021	2,26	oui	2,71	oui	3,70
1990-1993	Femmes	1852	2,29	oui	2,74	oui	3,54
1994-1997	Femmes	1833	2,34	oui	2,79	oui	3,55
<u>Type périurbain</u>							
1986-1989	Hommes	588	1,35	oui	1,46	oui	8,25
1990-1993	Hommes	582	1,52	oui	1,61	oui	8,48
1994-1997	Hommes	462	1,32	oui	1,41	oui	6,91
1986-1989	Femmes	130	1,19	oui	1,33	oui	2,09
1990-1993	Femmes	137	1,41	oui	1,60	oui	2,40
1994-1997	Femmes	146	1,56	oui	1,69	oui	2,51
<u>Type multipolarisé</u>							
1986-1989	Hommes	437	1,60	oui	1,79	oui	8,95
1990-1993	Hommes	371	1,55	oui	1,61	oui	7,98
1994-1997	Hommes	337	1,54	oui	1,6	oui	7,11
1986-1989	Femmes	122	1,79	oui	2,04	oui	2,84
1990-1993	Femmes	86	1,40	oui	1,67	oui	2,07
1994-1997	Femmes	989	1,67	oui	1,60	oui	2,33
<u>Type rural</u>							
1986-1989	Hommes	658	1,50	oui	1,66	oui	8,00
1990-1993	Hommes	492	1,28	oui	1,34	oui	6,49
1994-1997	Hommes	475	1,35	oui	1,48	oui	6,25
1986-1989	Femmes	130	1,19	oui	1,33	oui	1,75
1990-1993	Femmes	152	1,54	oui	1,89	oui	2,09
1994-1997	Femmes	120	1,25	oui	1,57	oui	1,70

Sources Insem/Insee

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Tableau 28

Nombres de décès par cause attribuable à l'alcoolisation chronique et pourcentages spécifiques et par rapport à l'ensemble des causes de décès du <i>triptyque alcool</i> Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Bassins de vie						
<u>Artois</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	885 45,6%	236 12,2%	819 42,2%	1940 100,0%	23949 8,1%
	Femmes	540 77,5%	89 12,8%	68 9,8%	697 100,0%	21077 3,3%
<u>Hainaut français</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	549 43,7%	173 13,8%	535 42,6%	1257 100,0%	16139 7,8%
	Femmes	349 74,3%	76 16,2%	45 9,6%	470 100,0%	14143 3,3%
<u>Littoral</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	446 37,8%	155 13,1%	579 49,1%	1180 100,0%	14608 8,1%
	Femmes	299 79,7%	33 8,8%	43 11,5%	375 100,0%	13021 2,9%
<u>Métropole</u>						
Période	Sexe	Cirrhoses	Psychoses et alcoolisme	VADS	Total alcool	Toutes causes
1994-1997	Hommes	739 43,1%	228 13,3%	747 43,6%	1714 100,0%	21949 7,8%
	Femmes	466 71,0%	86 13,1%	104 15,9%	656 100,0%	20508 3,2%

Sources Inserm/Insee

## Mortalité

Tableau 29

Ratio standardisés du triptyque alcool Cirrhoses alcooliques, cirrhoses sans précision du foie, alcoolisme, psychoses alcooliques et tumeurs des Vads Bassins de vie							
Période	Sexe	Décès observés	Ratio standardisé France	Significatif ?	Ratio standardisé France (- de 65 ans)	Significatif ?	% de la mortalité toute causes
<u>Artois</u>							
1986-1989	Hommes	2406	1,81	oui	2,05	oui	9,67
1990-1993	Hommes	2121	1,81	oui	2,07	oui	8,89
1994-1997	Hommes	1940	1,81	oui	2,00	oui	8,10
1986-1989	Femmes	754	2,12	oui	2,54	oui	3,52
1990-1993	Femmes	729	2,26	oui	2,70	oui	3,50
1994-1997	Femmes	697	2,23	oui	2,76	oui	3,31
<u>Hainaut français</u>							
1986-1989	Hommes	1681	1,87	oui	2,13	oui	9,64
1990-1993	Hommes	1418	1,80	oui	2,06	oui	8,81
1994-1997	Hommes	1257	1,74	oui	1,98	oui	7,79
1986-1989	Femmes	578	2,46	oui	3,00	oui	3,75
1990-1993	Femmes	477	2,25	oui	2,76	oui	3,31
1994-1997	Femmes	470	2,29	oui	2,67	oui	3,32
<u>Littoral</u>							
1986-1989	Hommes	1465	1,70	oui	1,87	oui	9,59
1990-1993	Hommes	1295	1,70	oui	1,86	oui	8,63
1994-1997	Hommes	1180	1,69	oui	1,9	oui	8,08
1986-1989	Femmes	389	1,72	oui	1,89	oui	2,91
1990-1993	Femmes	357	1,74	oui	2,05	oui	2,72
1994-1997	Femmes	375	1,89	oui	2,06	oui	2,88
<u>Métropole</u>							
1986-1989	Hommes	2080	1,55	oui	1,69	oui	8,86
1990-1993	Hommes	1793	1,52	oui	1,62	oui	7,99
1994-1997	Hommes	1714	1,59	oui	1,76	oui	7,81
1986-1989	Femmes	714	1,98	oui	2,32	oui	3,21
1990-1993	Femmes	664	2,03	oui	2,42	oui	3,15
1994-1997	Femmes	656	2,07	oui	2,44	oui	3,20

Sources Inserm/Insee

### MORTALITÉ DUE AU TRIPTYQUE ALCOOL AUX GRANDES ÉCHELLES INFRARÉGIONALES

Après les échelles départementales, l'utilisation du découpage par Bassin de vie et l'utilisation de la typologie en Zones urbaines établie par l'Insee, il est très utile d'appliquer à plus grande échelle (ici le découpage en cantons et grandes communes), les modes d'analyses qui ont été développés précédemment.

Jusqu'à ce point, des variations infrarégionales ont été constatées mais elles ont toujours été considérablement plus réduites que le différentiel relevé par les Rsm régionaux et sub-régionaux par rapport à la mortalité moyenne française (dans laquelle se trouvent intégrés les décès du Nord – Pas-de-Calais).

En premier lieu, il est frappant de constater qu'avec cette approche affinée se dessinent les premières sous-mortalités constatables du triptyque alcool. Dans le cas de la standardisation canton ou grande commune / région, parmi les 170 unités spatiales, 19 chez les hommes et 9 chez les femmes correspondent à des Rsm rapportant des sous-mortalités significatives<sup>1</sup>. En moyenne, 8 % de ces unités ne se replacent donc pas dans l'aire de surmortalité régionale. En revanche, 12 unités territoriales élémentaires sont affectées d'une surmortalité masculine significative ; ce chiffre étant de 14 dans le cas de la mortalité féminine. Au total, le nombre moyen d'unités élémentaires dotées de surmortalité est très comparable : il est, lui-aussi, de 8 %. Si la répartition des sous-mortalité et surmortalité masculines semble attester de l'ampleur du phénomène alcoolique dans le Bassin minier et le cœur de la Métropole, si elle laisse entrevoir une relative réduction des valeurs régionales à la périphérie d'Arras et dans le Nord de l'agglomération lilloise, dans l'ensemble et dans le cas de la mortalité féminine, peu de conclusions complémentaires peuvent être formulées.

Pour autant, les phénomènes relevés par l'analyse de la mortalité sont complexes et appellent une analyse plus poussée. En l'occurrence, l'apport de la standardisation canton ou grande commune / France est manifeste.

En premier lieu, force est de constater qu'une seule unité territoriale porte, de façon explicite, les signes d'une sous-mortalité par rap-

<sup>1</sup> Pour la période 1994-97 que nous retiendrons ici dans l'analyse à grande échelle infrarégionale.

port à la moyenne française (le test de significativité étant positif) ; il s'agit d'une commune de la métropole lilloise<sup>2</sup> pour la mortalité masculine. Quant aux unités territoriales restantes, pour l'un et l'autre sexe, aucune n'est affectée d'une sous-mortalité statistiquement significative par rapport à la mortalité française.

Ce constat contribuerait-il à entériner ce sentiment d'une totale homogénéité de la mortalité due au triptyque *Alcool*? Il s'avère que non. En effet, l'échelle infrarégionale permet de constater de fortes diversités.

Dans 161 cas (90 chez les hommes et 61 chez les femmes), une surmortalité statistiquement significative est constatable. L'examen des aires de surmortalité suggère, à l'évidence, l'existence d'une lourde discrimination sociale vis-à-vis de la mortalité. On peut en effet difficilement nier que les unités spatiales les plus affectées, pour les deux sexes et dans le cas de la mortalité globale ou prématurée (avant 65 ans), se placent dans des aires très socialement dégradées.

Là, les Rsm atteignent des valeurs extrêmes qui attestent de l'ampleur que peut prendre la crise alcoolique<sup>3</sup> régionale à l'échelle locale.

### Renforcement des bastions préalablement connus et étalement sur leur périphérie

Chez les hommes, l'accumulation de cantons affectés de Rsm de surmortalité dans le Bassin houiller est le premier fait qui se dégage de la lecture des tableaux statistiques et des cartes.

D'ouest en est s'alignent et se juxtaposent les cantons de l'aire majeure de surmortalité régionale. Dans le détail, l'organisation géographique riche permet de suivre les ondulations du phénomène. Du nord au sud l'élévation des Rsm se lit particulièrement bien. La *crête houillère* se complète des retombées septentrionale vers la métropole lilloise et méridionale vers l'Arrageois et le

<sup>2</sup> Commune de Mouvaux.

<sup>3</sup> On a désormais la certitude que la surmortalité de la région Nord – Pas-de-Calais n'existait pas avant les années 50. La situation actuelle résulte donc d'une *crise alcoolique* conjoncturelle plus que structurelle. Lacoste O. *Géopolitique de la santé*. Paris, La Découverte, 1994, 385p.

Cambrésis. Une fois encore<sup>1</sup>, la "trouée douaisienne" vient recouper cet ensemble géographique en son mitan. Cette organisation est presque l'archétype de l'organisation d'une géographie de la mortalité et de la santé en général influencée par des composantes sociales locales. En cela, ces cartes ne sont pas anecdotiques et permettent de développer tout autant analyse qu'aide à la décision.

L'élévation des Rsm que l'on observe entre mortalité tous âges et mortalité prématurée reflète la plus grande précocité des décès alcooliques du Nord – Pas-de-Calais vis-à-vis de la moyenne française que l'on retrouvera par ailleurs dans les Rsm féminins.

Hors du Bassin houiller, les Rsm significatifs les plus élevés se regroupent essentiellement dans des zones connues pour leur surmortalité alcoolique depuis le tout début des années 1980. La frange littorale dunkerquoise, le Boulonnais urbain et Calais, l'Audomarois et le Cambrésis oriental, Lille elle-même, n'ont pas vu leur situation s'améliorer notablement.

Plus localement, il semble que la répartition géographique de la mortalité alcoolique puisse faire preuve d'une certaine plasticité. La vallée de la Sambre, les environs de Berck par exemple, semblent être moins systématiquement touchés. En revanche, le Valenciennois, les alentours de Saint-Omer et le versant nord-est de la métropole lilloise voient s'étendre leurs aires de surmortalité alcoolique autour des foyers, isolés par l'Ors depuis quinze ans.

Si la tendance à la baisse des effectifs de décès attribués à la consommation chronique de boissons alcoolisées est certaine, il n'en demeure pas moins que les aires de surmortalité tendent non seulement à se renforcer dans leurs bastions historiques mais aussi à

s'étaler depuis leur centre vers leur périphérie.

Ce processus peut provenir de phénomènes locaux propres à la population (déplacement de ménages depuis les centres villes vers le périurbain, par exemple), de la baisse générale de la mortalité alcoolique régionale et nationale qui permet de laisser se dessiner (à la marge) une géographie renouvelée et du recours à une standardisation sur des indicateurs nationaux et non plus régionaux. Il n'en demeure pas moins que l'hypothèse d'un accroissement de l'intensité et des inégalités locales devant la mortalité alcoolique se trouve ici en grande partie vérifiée.

Le même bilan peut être dressé à propos de la mortalité féminine, que ce soit celle des moins de 65 ans ou de l'ensemble de la population. Les bastions de la mortalité alcoolique tous âges sont affectés de Rsm plus élevés qu'antérieurement (secteur minier, Dunkerquois, Cambrésis et métropole lilloise). Pourtant, le Rsm régional 1994-97 (d'une valeur de 2,13) est plus faible que l'Icm 1988-90 (2,34). Les déversements sur leur périphérie se sont produits autour de Cambrai, Saint-Omer, Calais, dans l'arrière-pays de Boulogne-sur-Mer et plus au sud vers Berck et Etaples. À l'opposé, de franches zones de sous-mortalité se manifestent désormais dans des secteurs ruraux très éloignés des pôles urbains. Ceci s'observe, en outre, dans les cantons d'Aubigny-en-Artois, Auxi-le-Château, Pas-en-Artois, Saint-Pol-sur-Ternoise et Avesnes-sur-Helpe Nord.

Cette analyse permet de faire apparaître l'utilité actuelle du recours à la standardisation grande commune / France dans le cas de la mortalité due au triptyque *Alcool*. Sans elle, le décalage différentiel entre telle ou telle unité territoriale locale et la "norme" ou "la moyenne française" ne peut se dessiner. Or, c'est bien ce décalage qui est le fondement-même de la crise alcoolique régionale. Sans elle il aurait été possible d'émettre quelques commentaires, abusifs sur le fond, avançant d'hypothétiques sous-mortalités rurales ou d'autres se développant en petites nappes dans la métropole lilloise.

Cette analyse, selon nous, parce qu'elle se déploie à grande échelle sur de petits espaces certes très densément peuplés, permet non seulement de mettre en lumière le retard régional global (au travers de la valeur des Rsm présentés) mais aussi d'isoler les zones de plus forte intensité et, probablement, d'entrevoir la dynamique territoriale des phénomènes en cours. Certes aucun territoire, à

<sup>1</sup> Voir Lacoste O, Lahoute C, Declercq C. *Géographie de la santé des populations du département du Nord : mortalité globale et par grandes causes*. Lille : Ors Nord – Pas-de-Calais, janvier 1991 ; 80 p.

Lacoste O, Lahoute C, Declercq C, *Géographie de la santé des populations du département du Pas-de-Calais : mortalité globale et par grandes causes*. Lille : Ors Nord – Pas-de-Calais, janvier 1991 ; 80 p.

Ors Nord – Pas-de-Calais, L'alcool dans le Nord – Pas-de-Calais. Mortalité, morbidité, consommation, système de soins. Lille : Ors Nord – Pas-de-Calais, novembre 1994 ; 96 p et annexes.

Lacoste O. *Géopolitique de la santé*. Paris, La Découverte, 1994 ; 385 p.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

l'exception d'un seul et unique (la commune de Mouvaux), n'est habitée d'une population semblant ne pas avoir besoin de tel ou tel programme de lutte contre l'alcoolisme.

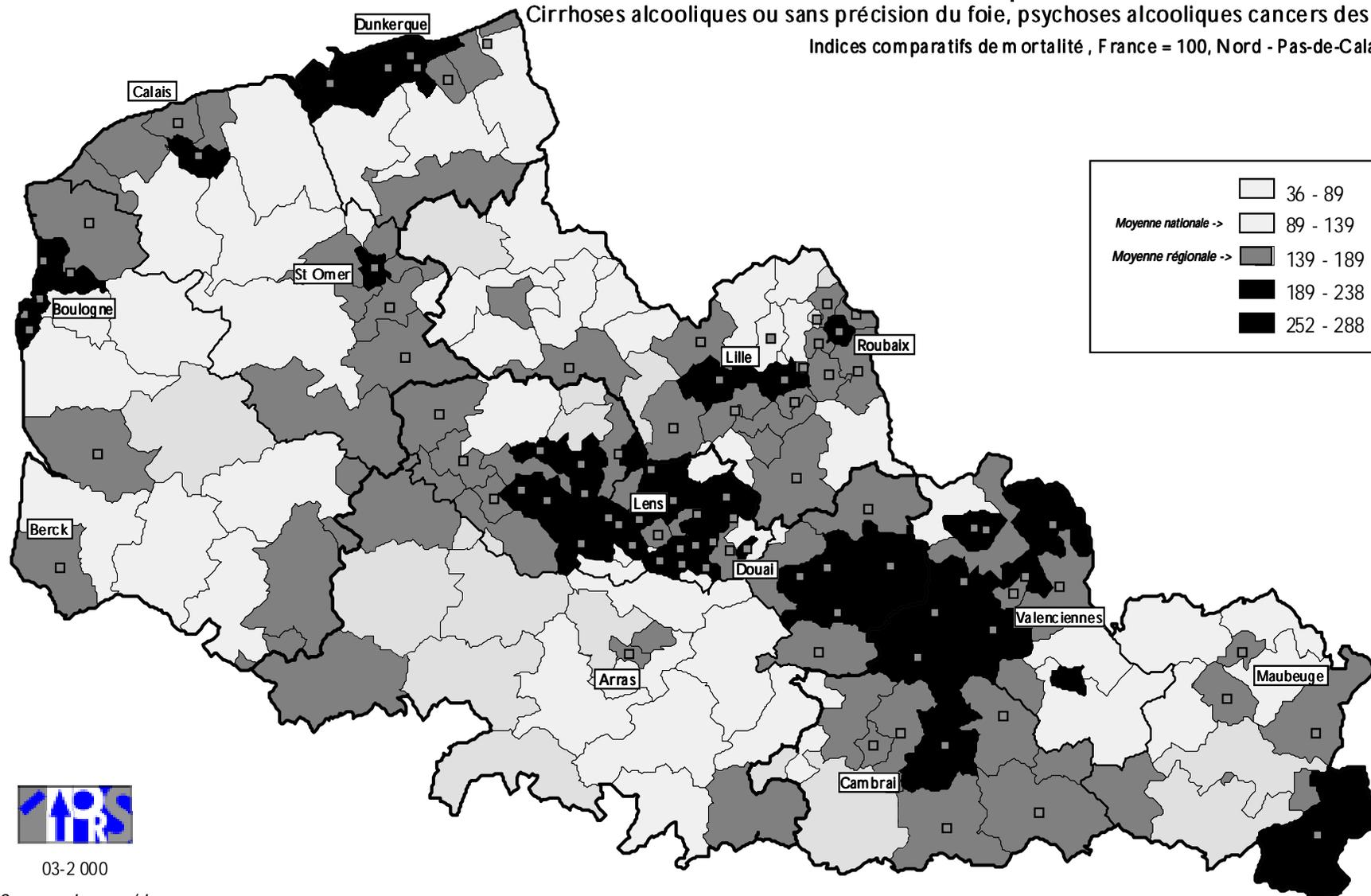
En revanche, les zones pouvant relever d'une politique prioritaire de réduction des risques, d'amélioration de la prise en charge ou de

prévention, se dessinent remarquablement bien ; elles se trouvent très explicitement inventoriées par nos cartes comme par nos statistiques. Elles ne nous semblent pas relever d'une géographie du hasard mais plus être le fruit, l'aboutissement du poids et de la mutation de l'environnement social, économique, culturel et sanitaire local.

# Mortalité par Alcool 1994-1997 hommes

Cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie, psychoses alcooliques cancers des Vads

Indices comparatifs de mortalité, France = 100, Nord - Pas-de-Calais 171



03-2 000

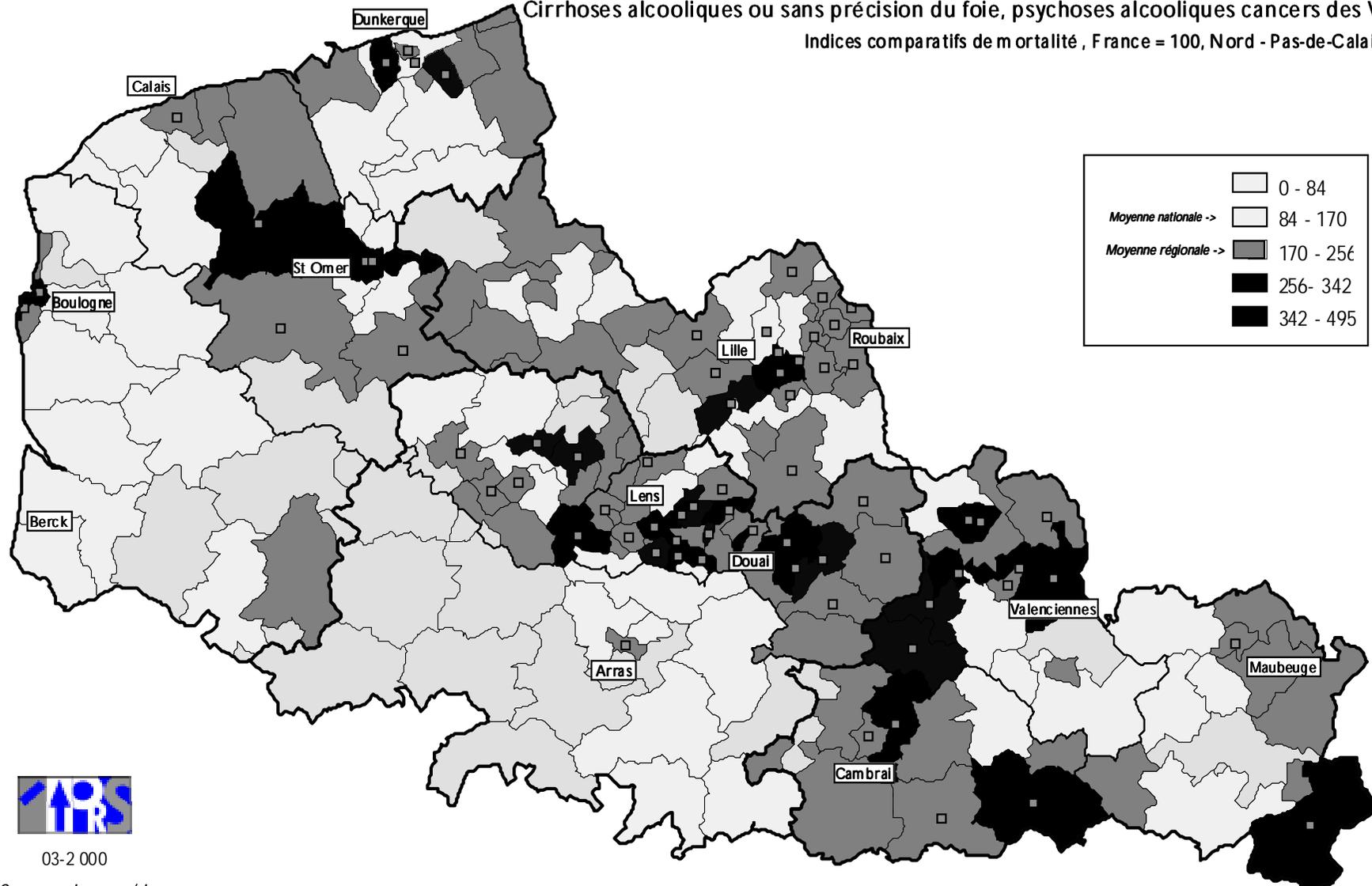
Sources : Inserm / Insee



# Mortalité par Alcool 1994-1997 femmes

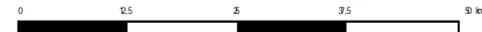
Cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie, psychoses alcooliques cancers des Vads

Indices comparatifs de mortalité, France = 100, Nord - Pas-de-Calais 213



03-2 000

Sources : Inserm / Insee

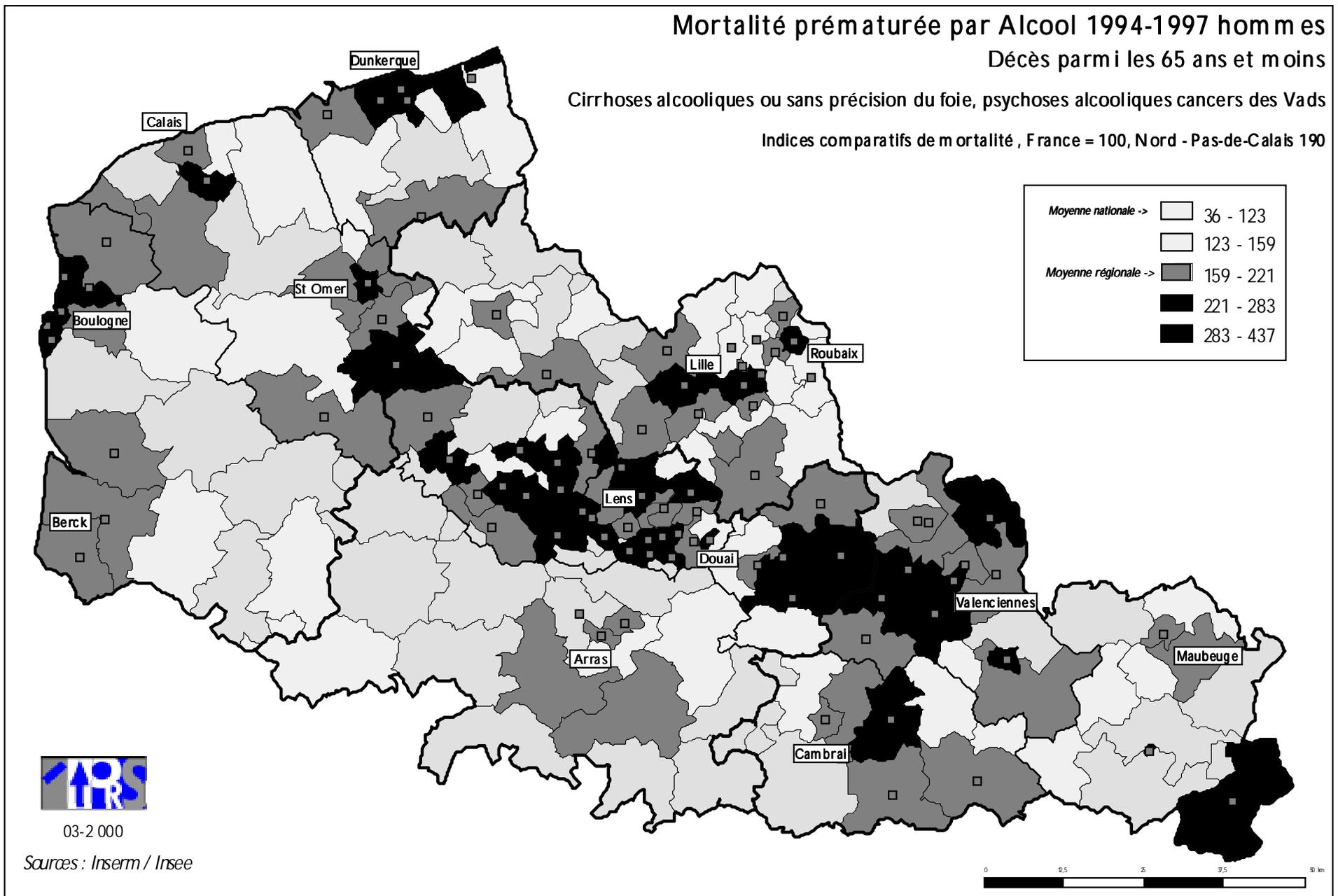
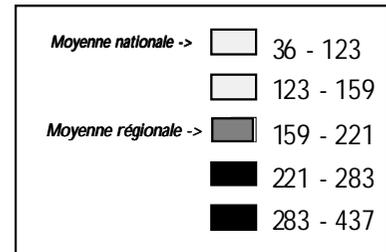


# Mortalité prématurée par Alcool 1994-1997 hommes

Décès parmi les 65 ans et moins

Cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie, psychoses alcooliques cancers des Vads

Indices comparatifs de mortalité, France = 100, Nord - Pas-de-Calais 190

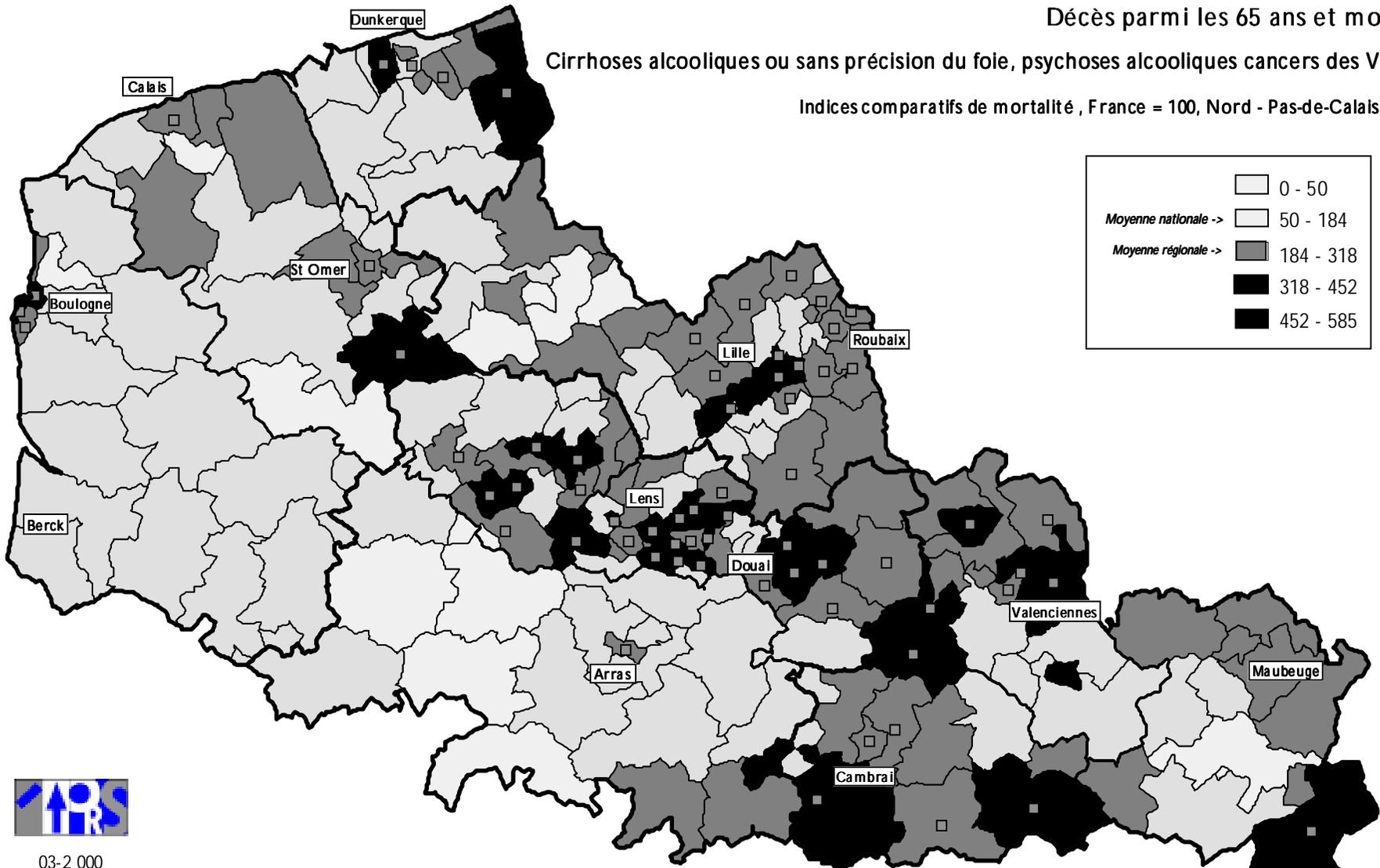


# Mortalité prématurée par Alcool 1994-1997 femmes

Décès parmi les 65 ans et moins

Cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie, psychoses alcooliques cancers des Vads

Indices comparatifs de mortalité , France = 100, Nord - Pas-de-Calais 251



03-2 000

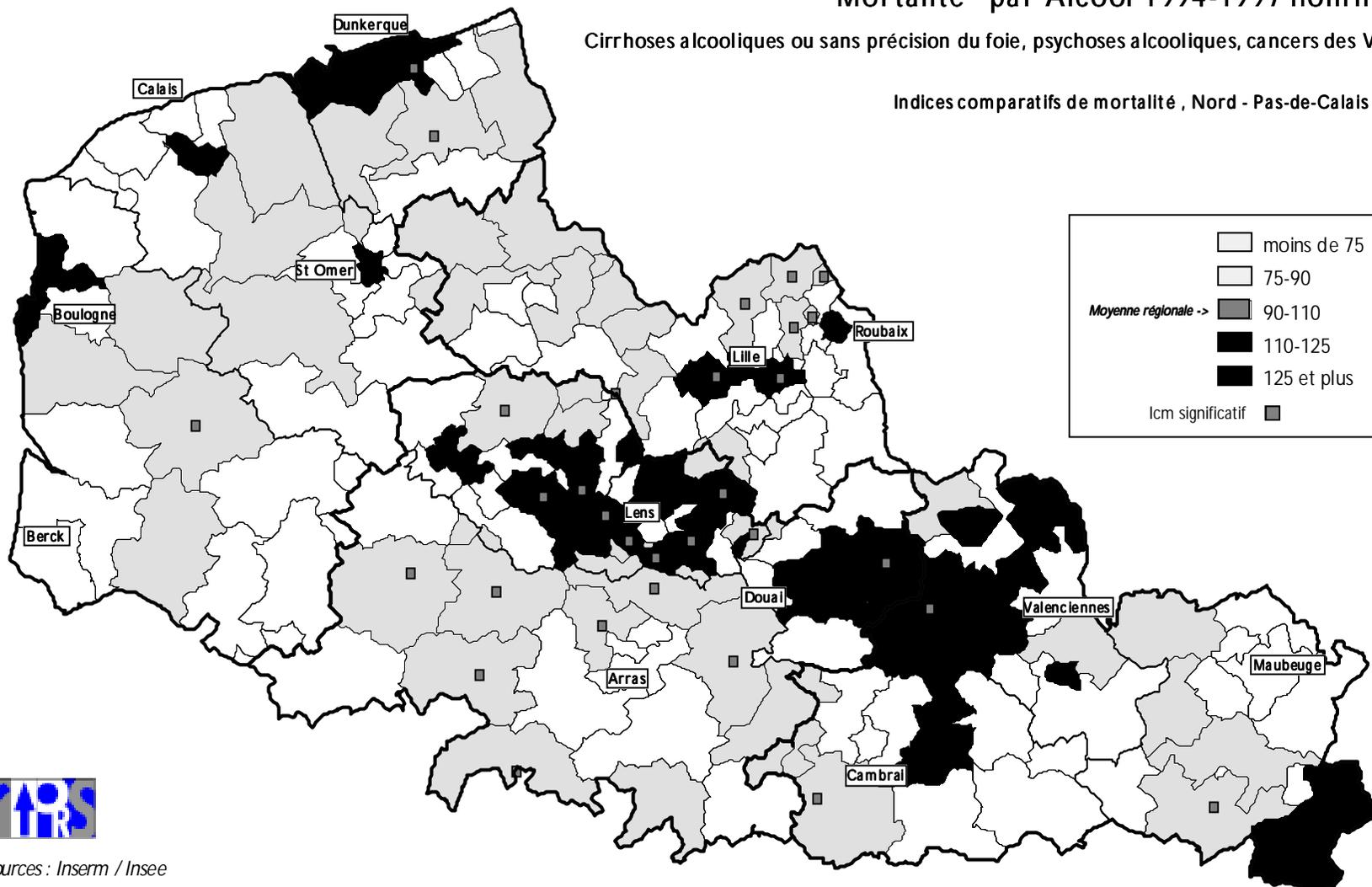
Sources : Inserm / Insee



# Mortalité par Alcool 1994-1997 hommes

Cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie, psychoses alcooliques, cancers des Vads

Indices comparatifs de mortalité , Nord - Pas-de-Calais 100



Sources : Inserm / Insee

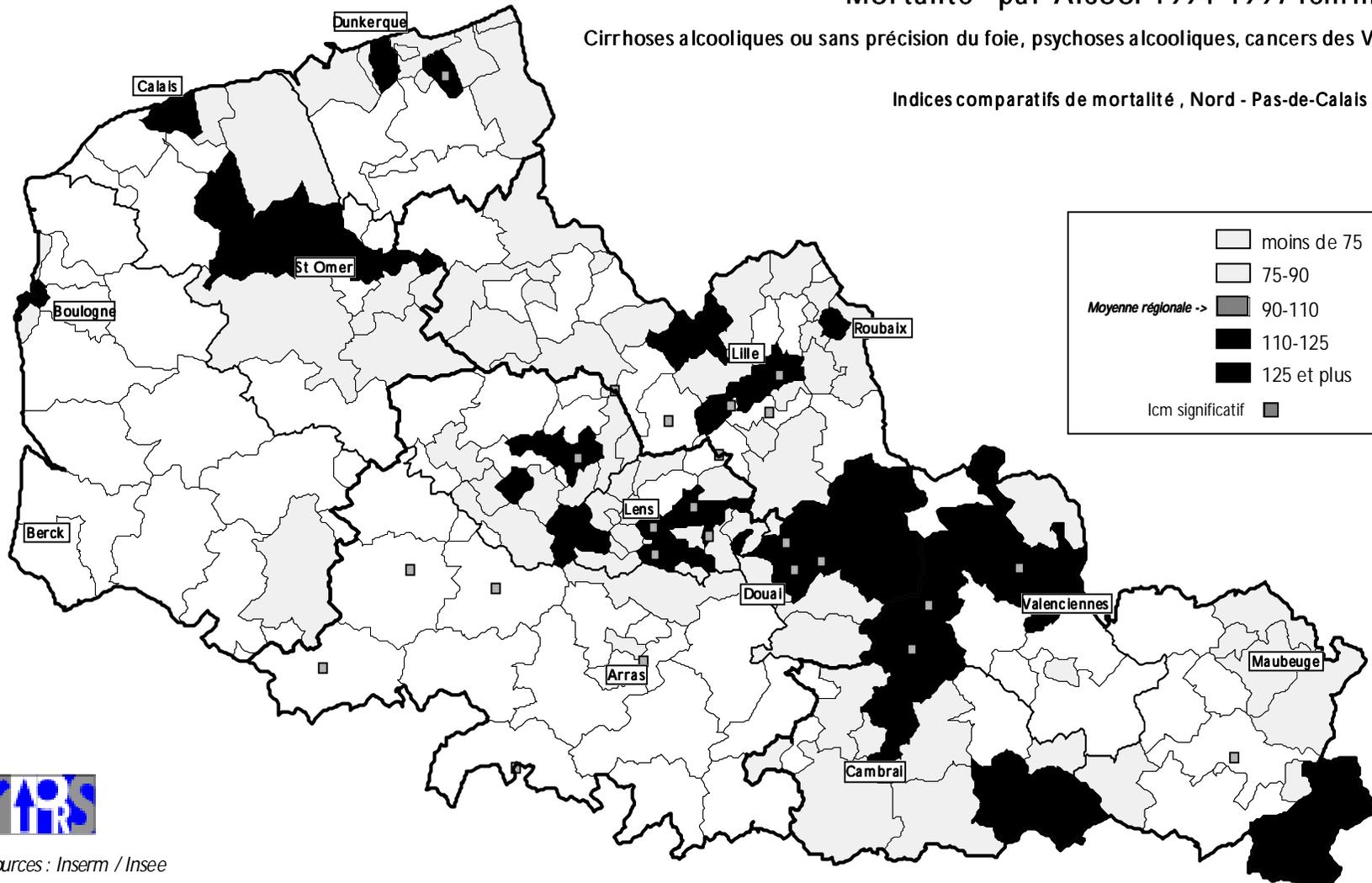
01-2 000



# Mortalité par Alcool 1994-1997 femmes

Cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie, psychoses alcooliques, cancers des Vads

Indices comparatifs de mortalité , Nord - Pas-de-Calais 100



Sources : Inserm / Insee

01-2 000



## ***La comorbidité associée à la consommation chronique de boissons alcoolisées***

Les certificats de décès en France, comportent d'autres précisions que les seules causes initiales. Peuvent y être reportées des informations se rapportant aux causes associées qui, si elles ne permettent malheureusement pas de reconstituer la progression chronologique des événements de santé ayant abouti au décès, peuvent s'avérer fort utiles à la compréhension des liens entre consommation chronique d'alcool et mortalité. Sous certaines réserves méthodologiques<sup>1</sup>, l'examen de la structuration des causes associées complète l'analyse traditionnelle communément menée.

Ceci signifie donc que les cirrhoses alcooliques, les psychoses alcooliques et l'alcoolisme, ainsi que les tumeurs des voies aérodigestives, qui forment le *triolet Alcool*, peuvent être dénombrées lorsqu'elles sont associées à d'autres causes de décès, enregistrées celles-ci en tant que causes principales de la mort.

Secondairement, il peut être utile d'inverser la démarche et d'inventorier les causes de décès associées au *triolet Alcool*.

### **Le *triolet Alcool* associé aux causes principales de décès**

Au cours de la période 1994-97, 4 502 décès avaient comme causes associées l'une des pathologies du *triolet Alcool*. Au total, il apparaît donc que, non seulement 3,1 % des décès avaient une cause associée relevant du *triolet Alcool* mais aussi que l'ampleur de la mortalité attribuable à une consommation chronique d'alcool était en fait de plus de 50 % supérieure à celle qui avait été quantifiée précédemment ; ce qui porte le nombre de décès liés directement ou indirectement au *triolet Alcool* à 12 384 pour ces quatre années.

De plus, la progression de ces causes associées a été particulièrement nette. Pour la période 1986-1989, on ne dénombre que 4 213

décès associés à l'équivalent de 2,75 % de la mortalité toutes causes.

Cette augmentation se lit très clairement sur les graphiques et tableaux présentés ici. Il est à remarquer que cette progression a surtout été le fait de grouper des *tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil digestif*, et en l'occurrence des tumeurs hépatiques. Cette famille est le principal groupe de causes principales, associé au *triolet*. Cette notion est classiquement décrite dans la littérature clinique<sup>2</sup> qui signale les liens entretenus entre consommation chronique de boissons alcoolisées et cancers du foie.

Il est frappant de constater que les causes initiales inventoriées ici ont toutes ou presque été signalées comme étant des pathologies liées à la consommation immodérée d'alcool. En deuxième et troisième positions se signalent les maladies vasculaires cérébrales et les cardiopathies ischémiques citées par les mêmes auteurs. Plus loin se développent les autres familles liées non seulement à l'appareil digestif mais aussi et surtout à l'appareil circulatoire et aux tumeurs.

Il est fort probable que la présence de quelques pathologies respiratoires soit due plus aux seuls cancers des voies aérodigestives retenus dans le *triolet Alcool* qu'aux autres causes le constituant.

On remarquera enfin que les causes de décès pour lesquelles les temps de latence n'interviennent pas ou peu, c'est-à-dire le groupe des accidents, n'emportent qu'une très faible part de ces causes de décès initiales associées au *triolet Alcool* (les accidents de la circulation ne figurent pas parmi les 19 premières causes, par exemple).

Bien que sous-exploitées, ces causes de décès associées à des causes initiales ne relevant pas du *triolet Alcool*, nous semblent disposer d'une capacité descriptive peu exploitée jusqu'alors. Leur seule composition, essentiellement des pathologies cardiaques, cancéreuses et digestives, ne semble pas être imputable au hasard.

<sup>1</sup> Afin d'obtenir le plus de stabilité possible dans les statistiques et à défaut de publication nous permettant de comparer nos résultats, nous avons préféré ne pas travailler sur la mortalité par sexe mais sur l'ensemble des décès sans distinguer hommes et femmes.

<sup>2</sup> Isselbacher KJ, Dienstag JL, op. cit.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Il reste que le poids et l'accroissement des *tumeurs malignes d'autres parties de l'appa-*

*reil digestif* sont une notion nouvelle qu'il conviendrait de suivre et d'étudier à l'avenir.

**Tableau 30**

Cause principale	1986 - 1989	Cause principale	1990 - 1993	Cause principale	1994 - 1997
	Nombre de décès		Nombre de décès		Nombre de décès
Tumeurs malignes d'autres parties appareils digestif et péritoine (dont foie)	275	Tumeurs malignes d'autres parties appareils digestif et péritoine (dont foie)	392	Tumeurs malignes d'autres parties appareils digestif et péritoine (dont foie)	547
Maladies vasculaires cérébrales	263	Maladies vasculaires cérébrales	285	Maladies vasculaires cérébrales	269
Cardiopathies ischémiques	224	Cardiopathies ischémiques	224	Cardiopathies ischémiques	185
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du Pharynx	208	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du Pharynx	211	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du Phar	194
Tumeur maligne de l'oesophage	192	Tumeur maligne de l'oesophage	175	Tumeur maligne de l'oesophage	184
Chutes accidentelles	190	Chutes accidentelles	202	Chutes accidentelles	201
Suicides	238	Suicides	205	Suicides	186
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	176	Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	179	Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	197
Autres maladies de l'appareil digestif	163	Autres maladies de l'appareil digestif	210	Autres maladies de l'appareil digestif	189
Pneumonie et bronchopneumonie	154	Pneumonie et bronchopneumonie	186	Pneumonie et bronchopneumonie	228
Tumeur maligne du larynx	140	Tumeur maligne du larynx	85	Tumeur maligne du larynx	81
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	138	Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	108	Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	132
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	127	Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	125	Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	127
Autres maladies de l'appareil circulatoire	113	Autres maladies de l'appareil circulatoire	90	Autres maladies de l'appareil circulatoire	92
Autres maladies de l'appareil respiratoire	97	Autres maladies de l'appareil respiratoire	69	Autres maladies de l'appareil respiratoire	85
Autres accidents et séquelles	95	Autres accidents et séquelles	126	Autres accidents et séquelles	127
Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	90	Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	104	Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	84
Tumeur maligne de l'intestin	84	Tumeur maligne de l'intestin	66	Tumeur maligne de l'intestin	71
Accidents non précisés	83	Accidents non précisés	72	Accidents non précisés	78
Autres causes de décès	1163	Autres causes de décès	1234	Autres causes de décès	1245
<b>Total des décès</b>	<b>4213</b>	<b>Total des décès</b>	<b>4348</b>	<b>Total des décès</b>	<b>4502</b>

Source : Inserm

### **Les causes de décès associées aux cirrhoses alcooliques et sans précision et psychoses alcooliques**

En examinant les relations en un sens inverse ; c'est-à-dire en n'observant plus que les causes de décès associées aux cirrhoses, psychoses alcooliques et alcoolisme<sup>1</sup>, il apparaît que les tendances observées se brouillent quelque peu.

Les effectifs sont ici plus faibles, donc instables. La discontinuité chronologique des effectifs, au fil des trois périodes, semble bien confirmer ce risque.

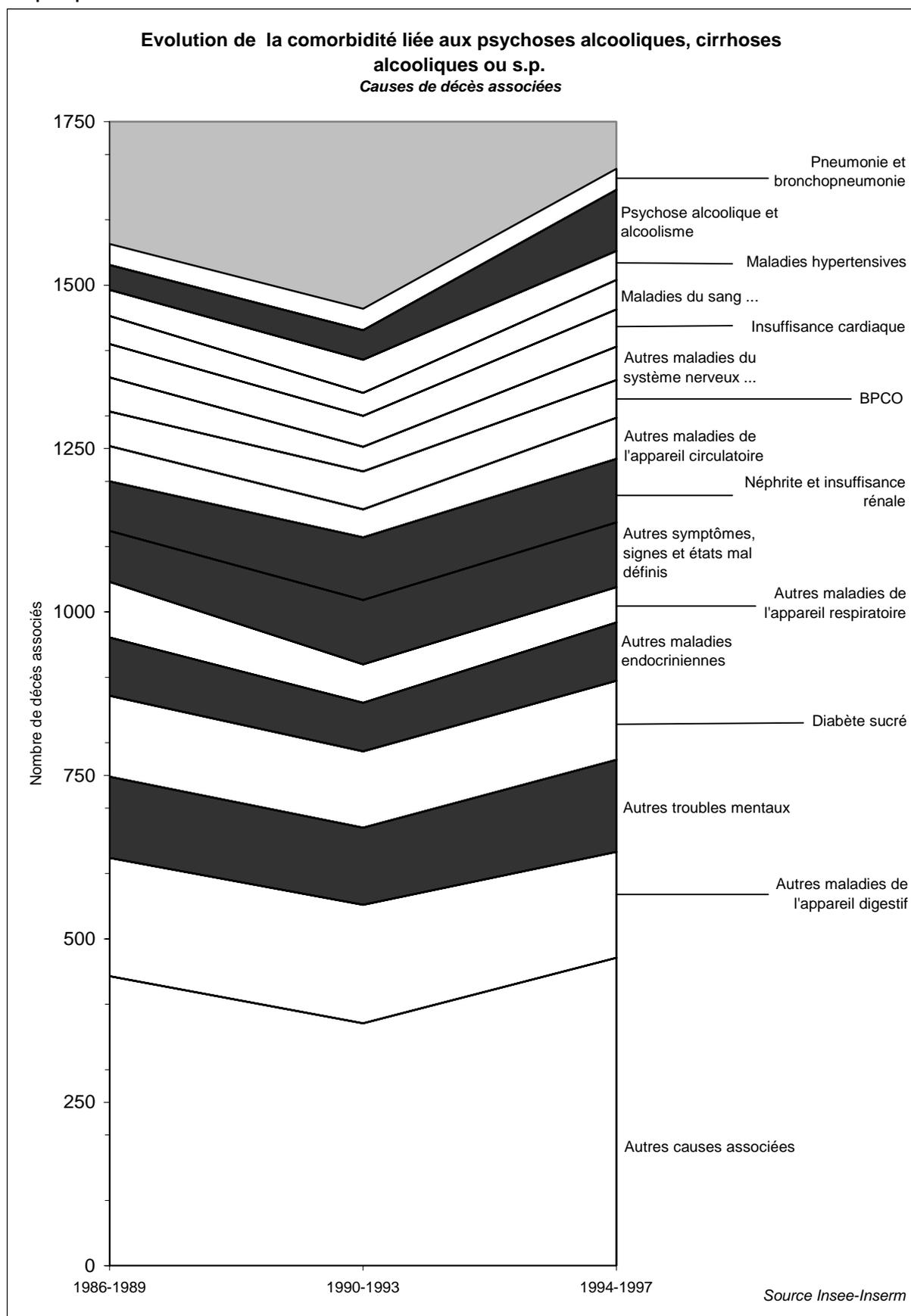
Cette fois, les pathologies circulatoires sont reléguées vers la fin du classement au bénéfice des maladies de l'appareil digestif et des pathologies mentales et endocriniennes. Celles-ci, affections psychiatriques et endocriniennes, ne constituent en fait que le seul phénomène nouveau correspondant à des faits cliniques connus.

Pour autant, ces données, et par conséquent cet abord d'analyse, ne nous semblent pas suffisamment surs pour pouvoir éclairer avec fiabilité les phénomènes régionaux ainsi que leurs évolutions récentes.

---

<sup>1</sup> L'examen des causes associées aux cancers des voies aérodigestives exposant au risque de surévaluer la pathologie respiratoire aux dépens de la pathologie digestive par exemple, nous avons préféré ne pas inclure celle-ci dans cette seconde approche des causes associées.

Graphique VII



## Comorbidité

**Tableau 31**

Causes associées	1986-1989	1990-1993	1994-1997
Autres causes associées	443	371	471
Autres maladies de l'appareil digestif	181	181	162
Autres troubles mentaux	124	118	141
Diabète sucré	124	117	121
Autres mal. endocriniennes, nutrition, métab.,troub. immunitaires	89	74	89
Autres maladies de l'appareil respiratoire	85	59	54
Autres symptômes, signes et états morbides mal définis	78	98	99
Néphrite et insuffisance rénale	76	96	97
Autres maladies de l'appareil circulatoire	54	43	63
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	53	58	58
Autres maladies du système nerveux et des organes des sens	52	38	51
Insuffisance cardiaque et maladies cardiaques mal définies	51	47	57
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	43	35	45
Maladies hypertensives	40	51	44
Psychose alcoolique et alcoolisme	38	45	94
Pneumonie et bronchopneumonie	32	33	32
Total des citations	1563	1464	1678

Source : Inserm



## *Le recours aux soins de la population en difficulté avec l'alcool*

### **Le dispositif et le recours aux soins de la population en difficulté avec l'alcool**

Les auteurs du rapport sur *les pratiques addictives*<sup>1</sup> publié en 2000 à la demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décrivent le dispositif de soins français destiné aux personnes en difficulté avec l'alcool comme étant, *dans l'ensemble, peu efficace*. Cette inadaptation des structures aux besoins provient, selon les termes des mêmes auteurs de *l'insuffisance du dispositif existant et de son inorganisation*. L'origine de ce manque d'efficacité serait la conjonction *du déni social qui caractériserait l'alcoolisme dans la société française et du peu d'intérêt des décideurs à son égard*. Ce diagnostic pessimiste est par ailleurs repris par le plan triennal d'action publié par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues la toxicomanie.

Dans le Nord – Pas-de-Calais, s'il n'est pas possible, aujourd'hui et *a priori*, de préciser si ce déni social est plus ou moins lourd que dans le reste du pays, il s'avère que les responsables de la politique publique de santé liés à de nombreuses initiatives engagées en outre par les collectivités locales (région et département entre autres), se sont très explicitement manifestés depuis plus de dix ans dans ce champ et semblent particulièrement sensibles à la gravité du problème au sein de la population régionale.

Ainsi le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) dans ses volets *usages nocifs et dépendances* et *psychiatrie*, ainsi que le Programme régional de santé (Prs) *Conduites de consommations à risque*, traitent tant l'un que l'autre des réponses qu'il convient d'apporter aux problématiques de consommation, d'usage nocifs et de dépendance alcoolique. Outre les réaménagements nationaux apportés au cours des

toutes dernières années au dispositif existant (transformation des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie en centre de cure ambulatoire et de réadaptation), Sros et Prs décrivent tout autant les restructurations de l'offre de soins que le recentrage de l'action publique en direction des populations en *mésusage*, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac ou de toxicomanie illicite.

### **LE DISPOSITIF ACTUEL**

Actuellement, l'accessibilité du dispositif, qui recouvre tout autant la prise en charge, que la prévention et l'écoute, est décrite par le Sros et le Prs comme étant insuffisante. Il semblerait non seulement que *l'attitude des acteurs* soit révisable, mais aussi que la prise en charge soit notablement insuffisante. La répartition des équipements et structures est très inégalitaire au sein de la région ; principalement entre la Métropole, bien dotée, et le reste du territoire, peu pourvu. Les secteurs ruraux sont décrits, dans le texte de la Conférence régionale de santé de 1999 relatif aux Prs, comme étant notablement dépourvus d'offre en alcoologie. Les informations disponibles à propos du dispositif en alcoologie sont probablement à l'image du manque global d'efficacité décrit par les rapports publics. En effet, il n'existe pas de codage spécifique permettant de relever l'activité alcoologique des praticiens de ville comme des établissements hospitaliers. Les enquêtes d'activité portant sur l'ampleur des files actives (nombre de patients pris en charge) ou sur les aires de recrutement hospitalières ou libérales, font défaut. Ces lacunes ne peuvent être comblées que par la consultation de groupes-experts, comme ce fut le cas lors de la conception et de la mise en place du Sros et du Prs *Conduites de consommations à risque*. Ceux-ci déplorent pourtant l'absence d'un ensemble satisfaisant d'informations pertinentes et adaptées qui permettraient d'objectiver et de conforter des *ressentis professionnels*, certes éclairés, mais dont l'autorité gagnerait en s'appuyant sur des informations quantitatives.

<sup>1</sup> Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.

### L'ALCOOL DANS LES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE SANTÉ : SITUATION DU NORD - PAS-DE-CALAIS.

Les Programmes régionaux de santé (Prs) relèvent d'une démarche de planification en santé, centrée sur l'amélioration de la santé de la population. Ils permettent d'associer l'ensemble des acteurs (institutions, associations, professionnels de santé, population...) à la démarche de programmation. Ils structurent les actions (de prévention, de promotion de la santé, de soins et de réinsertion) autour des priorités des programmes, énoncées lors de la conférence régionale de santé<sup>1</sup>.

Les Prs reposent sur cinq principes<sup>2</sup> :

- une approche globale des problèmes de santé incluant la prévention, la prise en charge et les soins, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, l'accompagnement et la réinsertion ;
- une approche centrée sur la population et non sur les professionnels et les institutions ;
- une approche réalisée avec l'ensemble des partenaires concernés ;
- une approche centrée sur la région, pour tenir compte des réalités et des potentialités locales. Cette approche régionale sera par la suite déclinée à un niveau plus local (départements, cantons, communes, quartiers...) ;
- la réalisation à moyen terme (5 ans).

Cinq programmes régionaux ont été entrepris dans le Nord - Pas-de-Calais. Ils reprennent les priorités de santé énoncées par la Conférence régionale de santé de 1997, les Assises régionales de la santé et les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros)<sup>3</sup> :

- cancer ;
- santé cardiovasculaire ;
- conduites de consommations à risque (drogues licites et illicites) ;
- santé des enfants et des jeunes ;
- précarité.

La Conférence régionale de santé du Nord - Pas-de-Calais de 1997 n'a pas retenu les conséquences sanitaires de la consommation

d'alcool comme thème prioritaire. Cela peut paraître étonnant. Des régions, apparemment moins concernées par l'impact sanitaire de l'alcool, ont fait un choix différent : par exemple, la région Rhône-Alpes a choisi d'entreprendre un Prs sur l'alcool.

### Le Programme régional de santé *Conduites de consommation à risque*

Le Prs *Conduites de consommation à risque* prend en compte l'ensemble des conduites addictives, aussi bien dans le champ des drogues licites (tabac, alcool et médicaments) que dans celui des drogues illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, produits de synthèse...). On peut s'interroger sur les modalités pratiques de réalisation des objectifs : les publics visés et le contexte et les pratiques de consommation sont, en effet, très différents selon les substances. Cependant, on assiste aujourd'hui à une nouvelle approche des conduites addictives devant l'évolution des pratiques de consommation<sup>4</sup>.

On observe en effet, notamment chez les jeunes, le développement de poly-consommations (drogues de synthèse associées à l'alcool, au tabac, aux médicaments ou au cannabis), la fragmentation des lieux et modes d'usage, l'usage détourné de médicaments. Cette évolution *interdit la poursuite de politiques de prévention et de soins cloisonnées en fonction de la nature des produits utilisés et conduit à rechercher une approche qui tienne compte de l'ensemble des conduites addictives, quel que soit le statut juridique du produit concerné*<sup>5</sup>. Ce programme a le mérite d'intégrer l'alcool à une stratégie globale de prévention et de soins visant la consommation de substances psychoactives ; approche aujourd'hui recommandée par les spécialistes.

Les objectifs du programme sont basés sur une approche de l'*usage*, à travers trois types de comportements<sup>6</sup> :

- le non usage ;

<sup>1</sup> Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins. *Journal Officiel de la République Française*.

<sup>2</sup> Demeulemester R. Les PRS : au service de la santé de la population du Nord et du Pas-de-Calais. *Contact Santé* 1999 ; 136 : 8-9.

<sup>3</sup> Demeulemester R. Les PRS : au service de la santé de la population du Nord et du Pas-de-Calais. *Contact Santé* 1999 ; 136 : 8-9.

<sup>4</sup> Maestracci N. Une nouvelle approche des conduites addictives. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1999, 47, 393-396.

<sup>5</sup> Maestracci N. Une nouvelle approche des conduites addictives. *Rev. Epidém. Et Santé Publ.* 1999 ; 47, 393-396.

<sup>6</sup> *Programme régional de santé "Conduites de consommation à risque."* Projet. Lille : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, décembre 1999.

- l'usage individuellement et socialement réglé, sans conséquences pour la personne, l'entourage et la société ;
- le mésusage comprenant l'usage nocif (comportement de consommation et dommages biologiques, psychologiques, sociaux, pour l'individu, son entourage et la société) et la dépendance.

Le but général du programme est de "développer les aptitudes individuelles et agir sur les pratiques sociales relatives à la consommation de substances psychoactives afin de réduire les dommages individuels et collectifs que cette consommation peut induire".

Il se décline en trois objectifs généraux :

### **1-RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES.**

Cet objectif vise à prévenir l'usage chez les jeunes abstinents (promouvoir le non usage, éviter l'usage, retarder l'âge de la primoconsommation) et prévenir le passage de l'usage *simple* à l'usage *nocif* (apprendre à gérer l'usage) chez les jeunes et les adultes consommateurs. Il se décline en deux objectifs spécifiques : "limiter l'usage de substances psychoactives" et "favoriser la réflexion sur le sens, le risque, et les règles de consommation". A un niveau opérationnel il s'agit, par exemple, d'informer la population et de former les acteurs de prévention.

### **2-RÉDUIRE LES DOMMAGES SOMATIQUES, PSYCHIQUES ET SOCIAUX CHEZ LES PERSONNES CONSOMMATRICES EN USAGE NOCIF ET CHEZ LES PERSONNES DÉPENDANTES DES PRODUITS.**

Améliorer l'accessibilité au soin, mieux prendre en charge et accompagner les personnes en mésusage (élaborer des référentiels, favoriser le travail en réseau) sont les deux objectifs spécifiques choisis pour atteindre cet objectif général.

### **3-PROMOUVOIR LA RECHERCHE VISANT L'AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES, LA FORMATION ET L'ÉVALUATION.**

Les trois objectifs spécifiques sont l'amélioration des connaissances dans le champ de l'épidémiologie, des sciences humaines, de la recherche clinique et fondamentale, l'harmonisation de la formation de l'ensemble des acteurs concernés et le développement de la pratique de l'évaluation.

### **La place de l'alcool dans les autres programmes régionaux de santé.**

Etant donné l'importance et le caractère multiple de l'impact sanitaire de la

consommation d'alcool dans la région, il est apparu nécessaire d'aborder ce thème en dehors du Prs consacré spécifiquement aux conduites de consommation. En particulier, ce thème a une place importante dans le Prs *Challenge*, consacré aux cancers.

Ce programme s'inscrit dans une perspective de réduction de la fréquence des cancers, dans la région Nord - Pas-de-Calais, sur une période estimée à une quinzaine d'années. Le but général est de rejoindre, dans ce délai, la moyenne nationale pour l'incidence et la mortalité, tous cancers confondus. La première phase du programme est prévue pour une durée de trois ans.

Quatre objectifs généraux ont été avancés<sup>1</sup> :

1. Réduire les morts prématurées, en rapport avec les quatre cancers dominants : poumon, sein, colon-rectum, voies aérodigestives supérieures.
2. Améliorer la qualité de la vie des malades et de leur entourage.
3. Réduire les inégalités d'accès aux dispositifs (prévention, dépistage, soins, accompagnement), selon les territoires ou en raison de situations socio-économiques.
4. Faire évoluer les mentalités par rapport aux cancers.

Les cancers de l'oesophage et des voies aérodigestives supérieures ont pour principal déterminant l'alcool (avec le tabac). C'est pourquoi des actions en rapport avec l'alcool sont mises en place, en particulier dans le domaine de la prévention. Il s'agit essentiellement d'actions visant à informer et sensibiliser les publics, faire des séances d'éducation à la santé.

### **LES CENTRES DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE (CAA) ET LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE**

D'après les coordonnateurs du Prs *Conduites de consommations à risque*, il existait au début de l'année 2000 treize Ccaa ou structures apparentées<sup>2</sup>. Sept d'entre eux se situaient dans le département du Pas-de-Calais et six dans le département du Nord. Apparemment le Bassin de vie de l'Artois était le plus doté (5 Ccaa), devant le Littoral (4), la Métropole et le Hainaut français (2 chacun).

<sup>1</sup> Programme régional de santé sur les cancers "Challenge". 1999-2002. Lille : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, 1999.

<sup>2</sup> Sont comptabilisées parmi celles-ci les Cptca (Centres de prévention et de traitement des conduites d'alcoolisation) et le Can (Centre d'alcoologie et de nutrition) de Calais.

Sur la carte, il apparaît très nettement que les communes rurales sont parfois, à la périphérie de Saint-Pol-sur-Ternoise et au sud d'Avesnes-sur-Helpe, en situation de sous accessibilité vis-à-vis de ces implantations médico-sociales. En effet, ces espaces se placent au-delà de l'isochrone<sup>1</sup> d'une demi-heure. Or l'aire délimitée par cette ligne est actuellement considérée, toute chose étant égale par ailleurs, comme le meilleur et le plus fiable indicateur d'aire d'attraction, définie *a priori*, et en l'absence de données<sup>2</sup>. Il est toutefois certain que la capacité d'attraction des Ccaa comme de toute structure sanitaire varie en fonction de sa capacité d'accueil, de sa file active et du personnel qui y intervient. De notables inégalités doivent par conséquent exister entre ces treize lieux.

### ***La Loi de 1998 sur les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie***

Le dernier aménagement législatif important sur l'alcoologie ambulatoire datant de 1983, les pouvoirs publics ont mis en œuvre, en 1998, une réforme importante des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (Chaa). Celle-ci se trouve incluse dans la *loi sur les exclusions* du 29 Juillet 1998.

Le décret, publié au Journal Officiel du 28 décembre 1998, détermine les conditions dans lesquelles la nouvelle activité de soins ambulatoires en alcoologie devra se dérouler. Il n'est pas question de créer un dispositif nouveau, mais de donner un cadre rénové et des missions actualisées qui existent déjà.

Derrière cette réforme, rapidement menée dans l'ensemble bien plus vaste de la loi contre les exclusions, de grands enjeux se profilent. Les équipes des Chaa ont accueilli cette réforme avec d'une part un grand soulagement, et de grandes inquiétudes d'autre part. Le grand soulagement portait sur les modalités de financement des centres ; jusque là du ressort de l'Etat, et ce au

travers de la Direction Générale de la Santé (Dgs), et des Ddass. Il en était sorti un financement aléatoire, ne permettant en aucune manière une activité planifiée et sereine ; de nombreux centres étant acculés chaque année ou presque à la cessation de paiement !

La transformation des Chaa en Ccaa s'est doublée d'un passage au statut d'Etablissements Médico-Sociaux, dont la particularité la plus marquante était le financement dépendant non plus de l'Etat, mais de l'Assurance Maladie. Ce financement, versé qui plus est mensuellement, efface le souci de la pérennité des moyens. Mais il ne faut pas pour autant en conclure que les budgets en sont devenus exorbitants, car ils sont fixés par la loi, en fonction du prix de journée.

Si le soulagement fut grand, après tant d'années d'une activité quasi "sacerdotale" de la part des équipes des Chaa, d'autres volets de la réforme suscitérent un grogne qui ne s'est pas éteinte à ce jour. En premier lieu, le nouveau nom des centres, comportant le mot "Cure", réveille les alcoologues. A tel point que l'on a vu des centres s'intituler "Centres de Consultation Ambulatoire en Alcoologie". Le concept de cure est en effet aujourd'hui largement dépassé, et le mot comporte des réminiscences des "cures de dégoût" pratiquées des années 50 à la fin des années 70, inquiétant parfois les malades. Ce point peut sembler très anecdotique, mais il est lui-même un enjeu, puisque semble-t-il le débat fut vif jusqu'au sein de la Dgs, et que d'autres noms avait circulé avant que le décret ne fixe celui de Ccaa. Celui de Casea (Centre Ambulatoire de Soins En Alcoologie) a même été officialisé, puisque c'est celui qui figure dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 23 Décembre 1998, publiée au J.O. du 27 Décembre 1998, soit un jour avant le décret Ccaa.

Les quelques changements apportés dans les missions des Ccaa posent bien des questions, et en premier lieu celle du devenir des missions de prévention. Les Chaa consacraient en effet à peu près 20 % de leur activité à la prévention, voire plus selon ce que l'on prend en compte. Cette activité prenait de multiples formes, et les centres se trouvaient particulièrement bien placés pour remplir cette mission. Noeud de réseaux locaux dont ils étaient souvent les instigateurs et les principaux animateurs, leur accès privilégié à tous les acteurs et intervenants liés à l'alcoologie leur permettait de cibler, plus précisément qu'aucune autre structure existante, les actions à mettre en place. Leur compétence pour exécuter ces

<sup>1</sup> Ligne d'égal temps d'accès à un point.

<sup>2</sup> Goodman DC, Fischer EF, Stukel TA, Chang C, The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization : Is closer always better ? *Am J Public Health*. 1997 ; 87 : 1144-1150.

Jourdain A, de Turenne I. *100 mots-clés de la planification sanitaire*. Rennes : Editions ENSP, 1997 ; 142 p.

Picheral H. Echelles d'analyses de la desserte en soins médicaux. *Cah. Socio.Démo. Méd.* 30 ; 2 : 155-176.

actions était également évidente. Le décret Ccaa ne reprenant pas la prévention dans les missions obligatoires des Ccaa, seules à être l'objet du financement. Les centres ont la liberté de participer à des opérations de prévention ; mais ils devront alors en trouver les moyens, au coup par coup. On voit par conséquent s'atténuer un peu la portée de la pérennisation des budgets qui était le point fort de la réforme.

De même, le partenariat avec la justice, qui va croissant ces dernières années sous l'impulsion des Procureurs, n'est prévu en aucune manière. Il faudra trouver les crédits permettant de poursuivre et d'intensifier le partenariat, à moins que ce volet très prometteur ne soit purement et simplement abandonné.

Enfin, un an après la parution du décret, le nouveau rapport d'activité-type qui devait venir de la Dgs est encore attendu. Or, ce point qui peut paraître purement bureaucratique, est très important pour la connaissance et la prise en compte des inégalités spatiales de santé en alcoologie. C'est en effet au travers de l'activité des centres que l'on approche le mieux les malades alcooliques dans leur diversité. Les renseignements nécessaires à une description fine sont d'ores et déjà connus dans chaque équipe, mais leur présentation, très hétérogène d'un centre à l'autre, interdit à l'heure actuelle une étude véritable. C'est là un handicap très facile à surmonter, sans moyens particuliers, qui paierait vite en terme de connaissances.

Cette réforme reste donc, au delà de certains aspects inutilement irritants, un grand pas pour l'alcoologie de terrain. Le besoin le plus criant des équipes a été rempli : leur précarité est presque résolue. Le grand défi qui reste à relever est celui de l'adéquation de l'échelle du dispositif de soin et de prévention avec l'ampleur des problèmes d'alcool. Et l'on est encore très loin du compte. Cela ne pourra être amené qu'au travers d'un débat national, qui est commencé, bien que discrètement. Reconnaître que l'alcoolisme est une maladie, qui doit être prévenue et guérie comme les autres ; c'est là que se situe le noeud de l'enjeu.

Les informations communiquées par l'Agence régionale de l'hospitalisation, en partie issue de la *Statistique annuelle des établissements de santé publics et privés* (Sae) permettent non seulement de localiser les services de courts et moyens séjour ayant une activité alcoologique reconnue, mais aussi de tenir compte de la capacité d'accueil. Certes, il serait encore plus utile d'analyser

l'activité spécifique de ces établissements, leur production de soins entre autre. Ces informations ne sont pas disponibles, faute d'un codage adapté permettant de solliciter les bases du Pmsi (Programme de médicalisation du système d'information).

La prise en charge alcoologique du Nord - Pas-de-Calais comptait en 1999, dix-neuf établissements hospitaliers totalisant 345 lits. Douze d'entre eux se situaient dans le département du Nord et sept dans celui du Pas-de-Calais. Le rapport établissement/lits était fort semblable d'un département à l'autre puisque l'on dénombrait 91 lits dans le Pas-de-Calais et 254 dans le Nord. Rapporté aux effectifs de population (36% de la population régionale en 1999 pour le premier et 64% pour le second), la répartition départementale semblait assez équilibrée.

En rapportant ces implantations par type de commune (urbaine, périurbaine, multipolarisée et rurale) il n'était pas particulièrement patent que les villes (80% des lits pour 71% de la population) fussent mieux dotées que les campagnes (17,7% des lits pour 11% de la population) ; comme il est classique de le relever presque systématiquement pour les implantations hospitalières en général<sup>1</sup>, et comme semblent le décrire les coordonateurs du Prs.

C'est par Bassin de vie que les plus fortes inégalités se dégagent. La Métropole (33% de la population régionale) ne compte que 25,2% des lits. L'Artois connaît un sous-équipement relatif similaire puisqu'il ne compte que 21,7% des lits pour un poids de population de 28%. Le Littoral en revanche avec 88 lits emporte 25,5% de l'ensemble régional pour une population qui n'en représente que 20%. Mais c'est incontestablement le Hainaut français qui bénéficie de la plus forte dotation relative. Avec 19% de la population régionale il compte 27,5% des lits d'alcoologie de la région.

Il est à rappeler que ce Bassin de vie est, avec l'Artois celui dont la population est affectée des plus forts indicateurs de mortalité attribuable à l'alcool.

---

<sup>1</sup> Mérenne-Schoumaker B. *La localisation des services*. Paris : Nathan, 1996 ; 191 p.

Pumain D, Saint-Julien T. *L'analyse spatiale. Localisations dans l'espace*. Paris : Armand Colin, 1997 ; 167 p.

Labasse J. *L'hôpital et la ville*. Paris : Hermann ; 1980, 242 p.

### LA PRISE EN CHARGE OFFERTE À LA POPULATION

Les informations qui précèdent émanent de statistiques officielles décrivant les parties les plus visibles de *l'alcoologie explicite*, pour reprendre les termes du rapport Reynaud-Parquet.

En ayant recours aux informations collectées par le Groupement régional d'Alcoologie –Gra- au début de l'année 2000, il est possible d'examiner la prise en charge en alcoologie en fonction des services offerts à la population : associations néphalistes (anciens buveurs), consultations d'alcoologie, foyers de réinsertion et hospitalisation.

Globalement, l'écart entre les deux départements ne se marque pas puisque le nombre de sites offrant une prise en charge reste proportionnel au poids des populations. Les espaces ruraux ne semblent toujours pas souffrir d'un sous encadrement notable. Quant aux Bassins de vie, l'offre alcoologique décrite par le Gra respecte presque parfaitement, exception faite de l'Artois (24% des implantations pour 28% de la population), la répartition démographique. Dans une large mesure, il est donc possible de considérer que les implantations régionales se répartissent régulièrement au sein du territoire régional et que l'on ne peut relever d'inégalités particulièrement criantes.

Pour la fonction hospitalière, le Pas-de-Calais se trouve dans une situation un peu plus favorable que celle décrite par la Sae. Certes on y dénombre des implantations proportionnellement moins nombreuses que dans le département du Nord mais l'on ne s'écarte pas sensiblement de ce qui fut exposé préalablement.

Les communes rurales quant à elles (avec 3 sites sur un total de 17), ne peuvent

encore une fois être jugées notablement découvertes. Il est certes vrai qu'en ce milieu, les temps de déplacement sont plus importants qu'ailleurs.

Enfin, le Bassin de vie Artois se signale une fois encore par un nombre d'implantations anormalement bas en regard de ses homologues. Il est à remarquer que les aires non-couvertes par les isochrones d'une demi-heure se trouvent certes localisées en zone rurale, mais que celles-ci sont minimes et ne concernent que quelques communes fort peu peuplées.

Les associations néphalistes ne présentent pas d'implantations déséquilibrées selon les départements. Il semble logique que celles-ci soient surreprésentées dans les communes urbaines (39 sur 45) ; les communes rurales n'étant toujours pas sous-équipées et encore moins hors des isochrones 30 minutes. Par Bassin de vie, la répartition est là encore très régulière. On ne peut guère que remarquer que Artois et Hainaut français ont très légèrement moins d'implantations que leurs poids démo-graphiques respectifs.

Les localisations des consultations sont quelques peu déséquilibrées ; le Pas-de-Calais avec 12 lieux, ayant un poids proportionnellement supérieur à celui du Nord. Une fois encore la campagne est loin d'être sous-dotée, bien que l'aire découverte non comprise par les isochrones d'une demi-heure soit sensiblement plus vaste que précédemment. En revanche c'est la Métropole qui, avec seulement 6 lieux de consultations, semble moins bien pourvue au travers de ces données.

Quant aux foyers de réinsertion sociale, leur effectif (7 pour le Nord – Pas-de-Calais) est trop faible pour qu'un commentaire par type de commune ou par Bassin de vie ait quelque pertinence.

## Système de soins

Tableau 32

Les structures d'alcoologie					Capacité en lits (% de la capacité régionale)
<u>Région Nord - Pas-de-Calais</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
45 46,9%	27 28,1%	7 7,3%	17 17,7%	96 100,0%	345 100,0%
<u>Département du Nord</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
32 48,5%	15 22,7%	6 9,1%	13 19,7%	66 100,0%	254 73,6%
<u>Département du Pas-de-Calais</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
13 43,3%	12 40,0%	1 3,3%	4 13,3%	30 100,0%	91 26,4%

Sources : Groupement régional d'alcoologie, Agence régionale de l'hospitalisation

Tableau 33

Les structures d'alcoologie					Capacité en lits (% de la capacité régionale)
<u>Type urbain</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
39 47,0%	24 28,9%	6 7,2%	14 16,9%	83 100,0%	277 80,3%
<u>Type périurbain</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%	7 2,0%
<u>Type multipolarisé</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
2 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%	0 0,0%
<u>Type rural</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
4 40,0%	3 30,0%	0 0,0%	3 30,0%	10 100,0%	61 17,7%

Sources : Groupement régional d'alcoologie, Agence régionale de l'hospitalisation

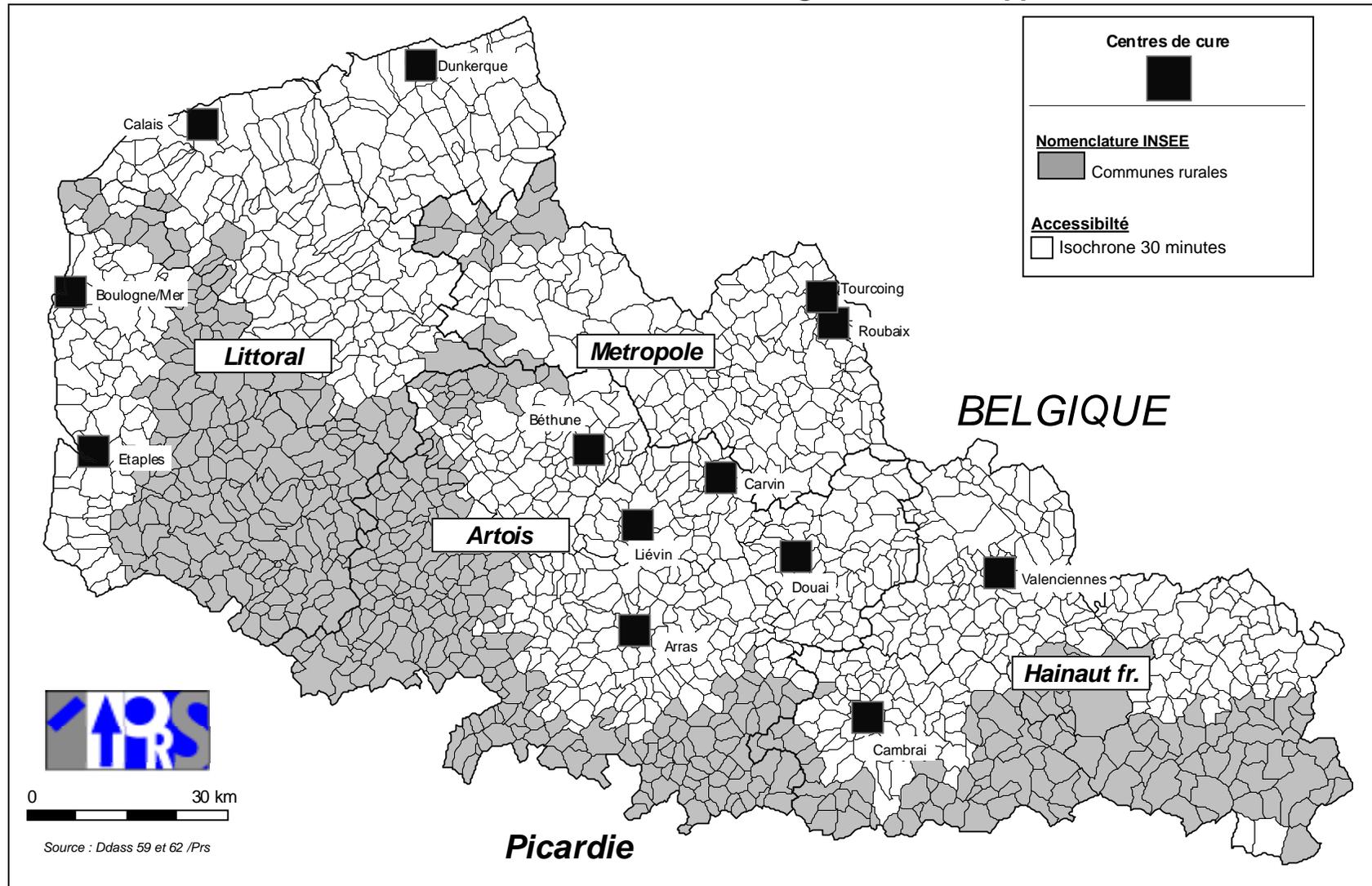
## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

Tableau 34

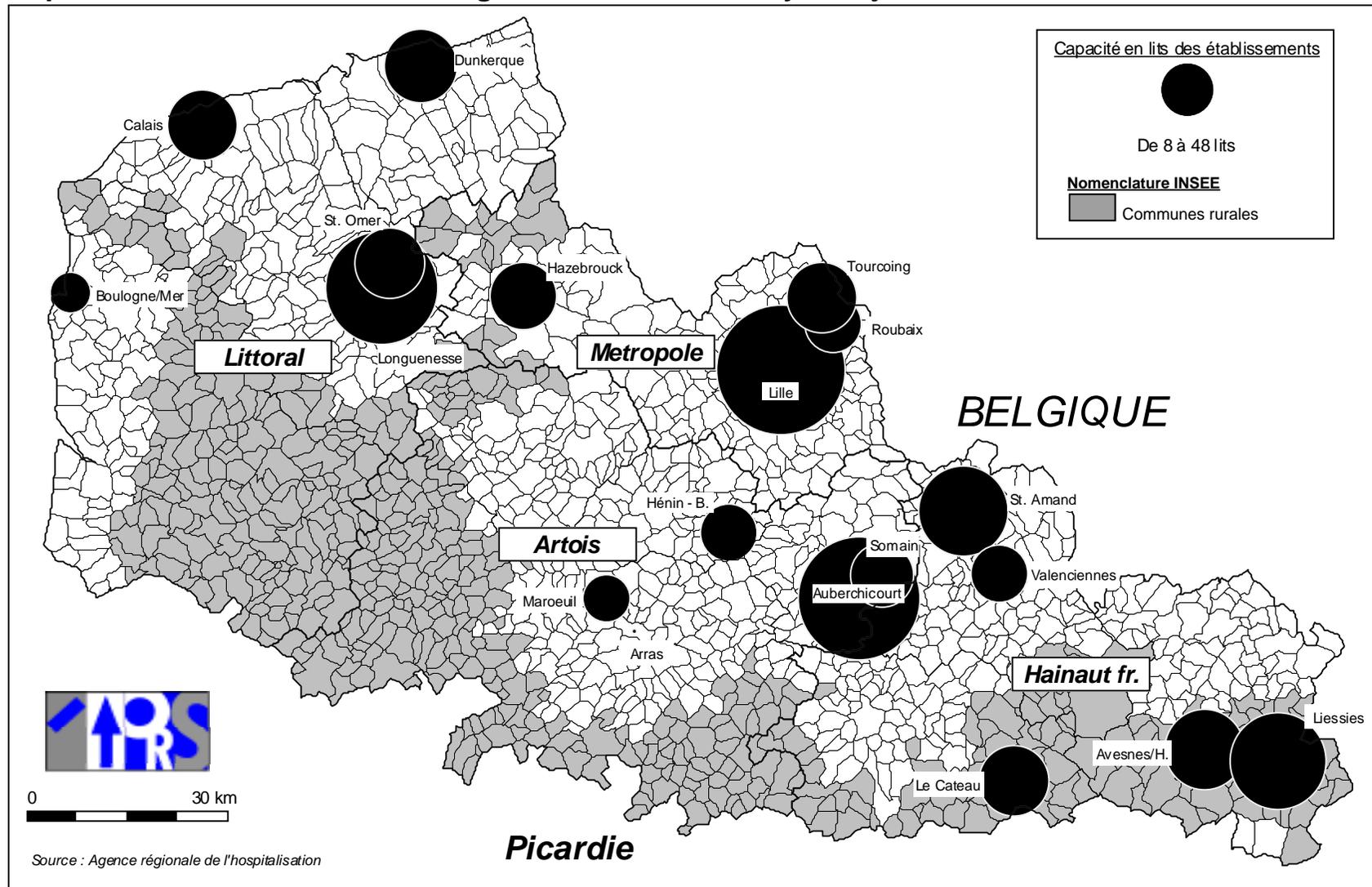
Les structures d'alcoologie					Capacité en lits (% de la capacité régionale)
<u>Artois</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
11 47,8%	8 34,8%	1 4,3%	3 13,0%	23 100,0%	75 21,7%
<u>Hainaut français</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
7 36,8%	7 36,8%	0 0,0%	5 26,3%	19 100,0%	95 27,5%
<u>Littoral</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
10 47,6%	6 28,6%	1 4,8%	4 19,0%	21 100,0%	88 25,5%
<u>Métropole</u>					
Associations	Consultations	Foyers	Hospitalisation	Total	Lits
17 51,5%	6 18,2%	5 15,2%	5 15,2%	33 100,0%	87 25,2%

Sources : Groupement régional d'alcoologie, Agence régionale de l'hospitalisation

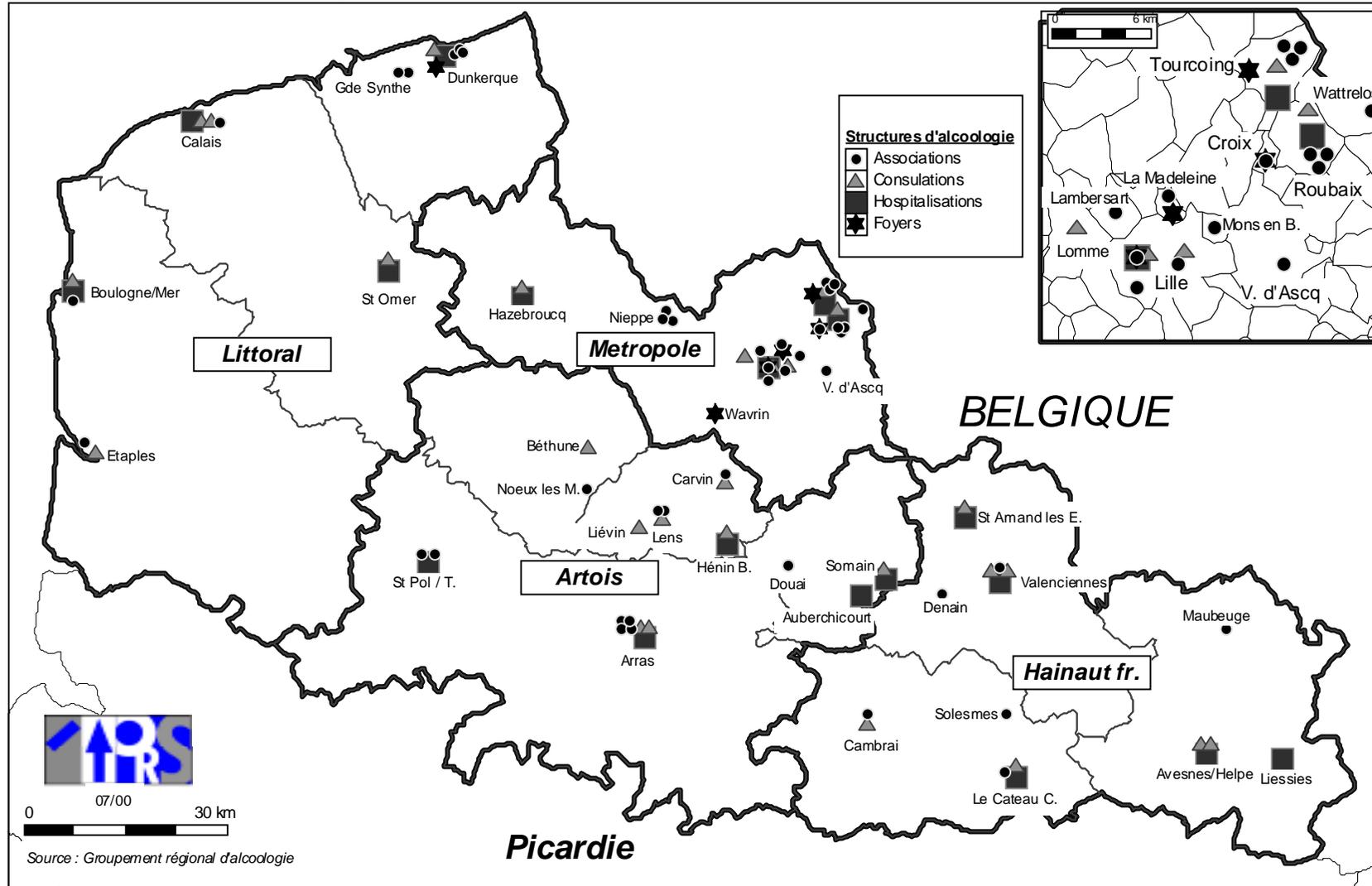
# Localisation des Centres de cures ambulatoires en alcoologie -CCAA- et apparentés



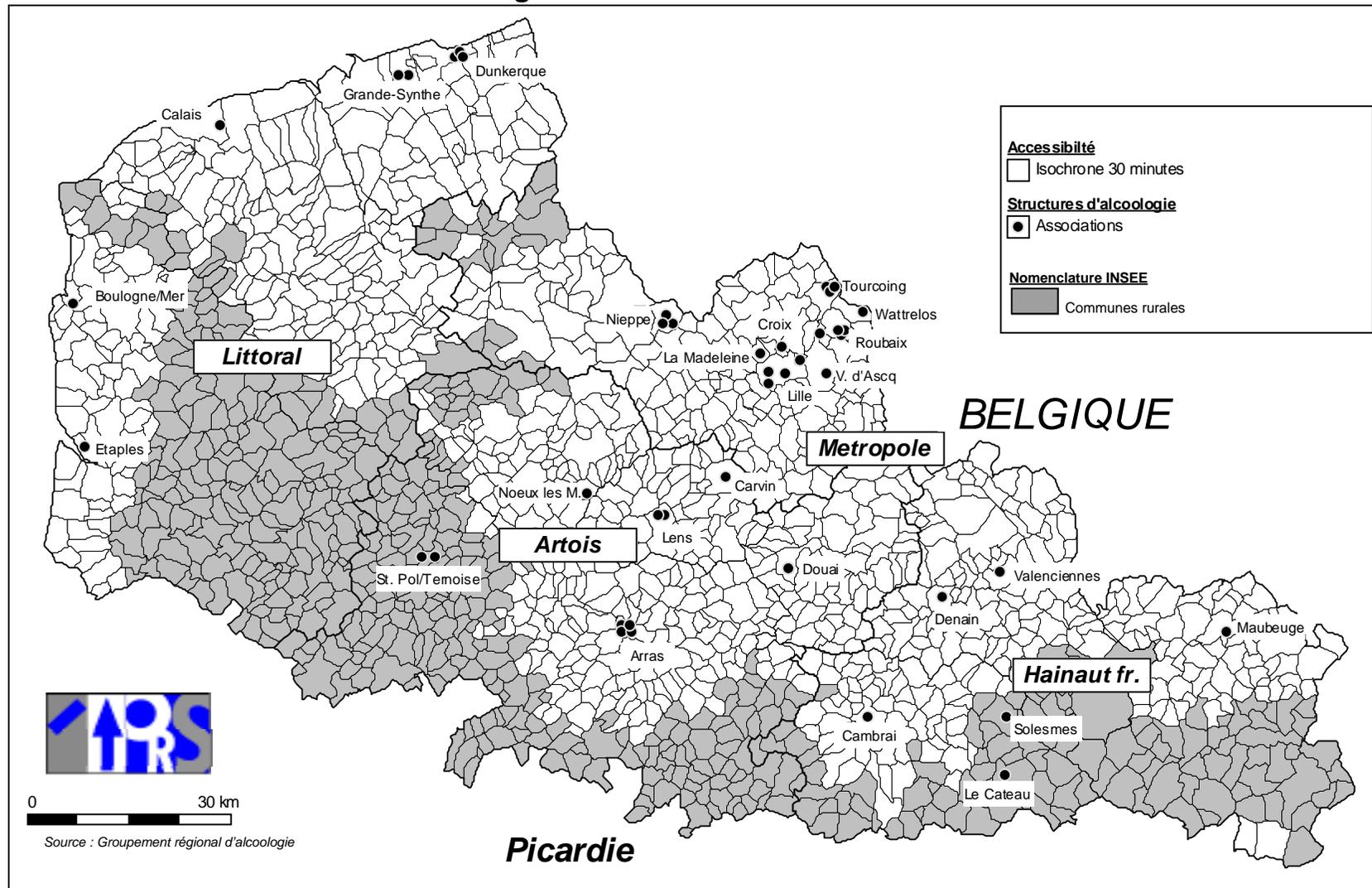
# Capacités des structures d'alcoologie - lits de court et moyen séjours



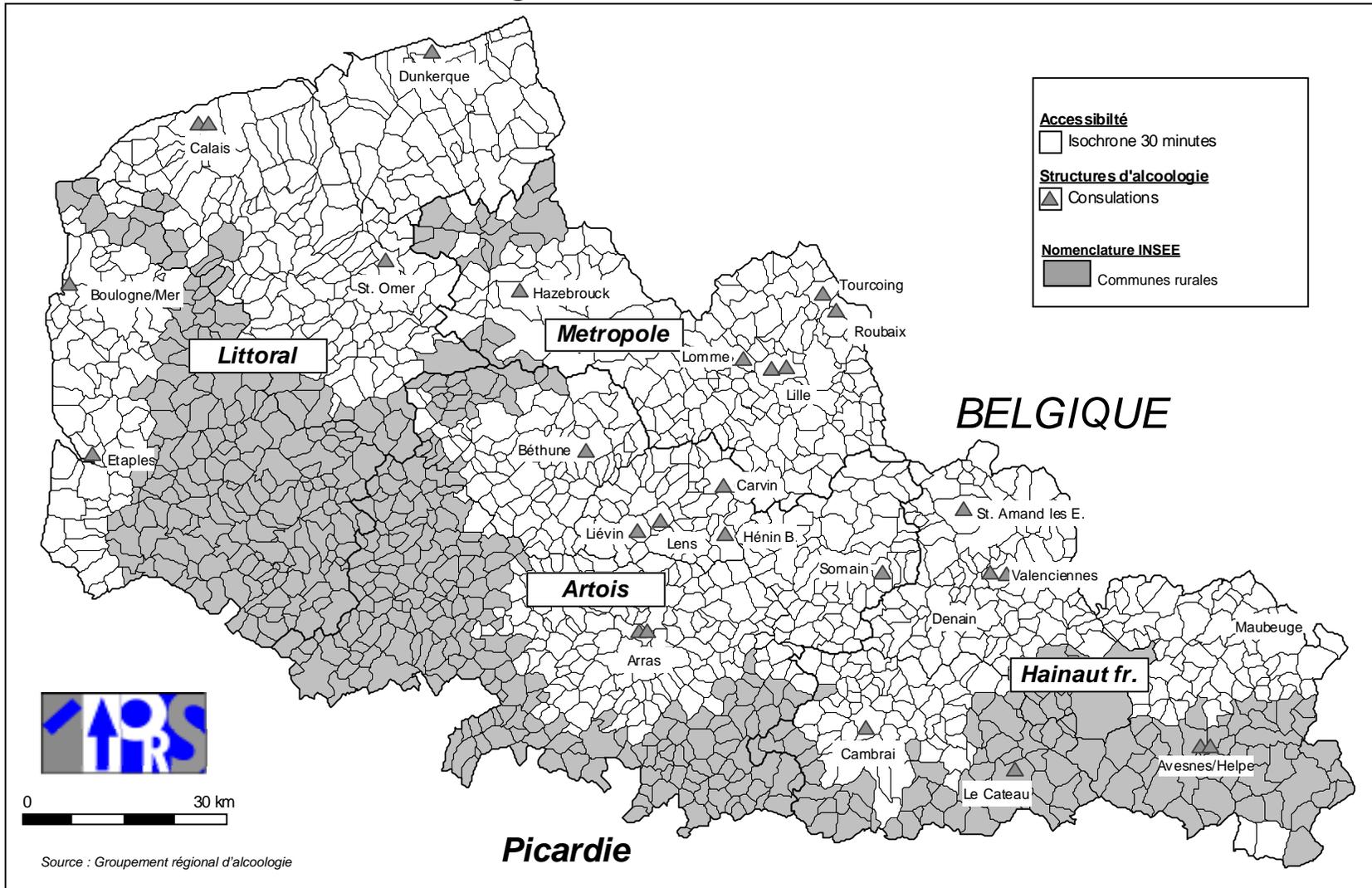
# Les structures d'alcoologie (D'après le Groupement Régional d'Alcoologie)



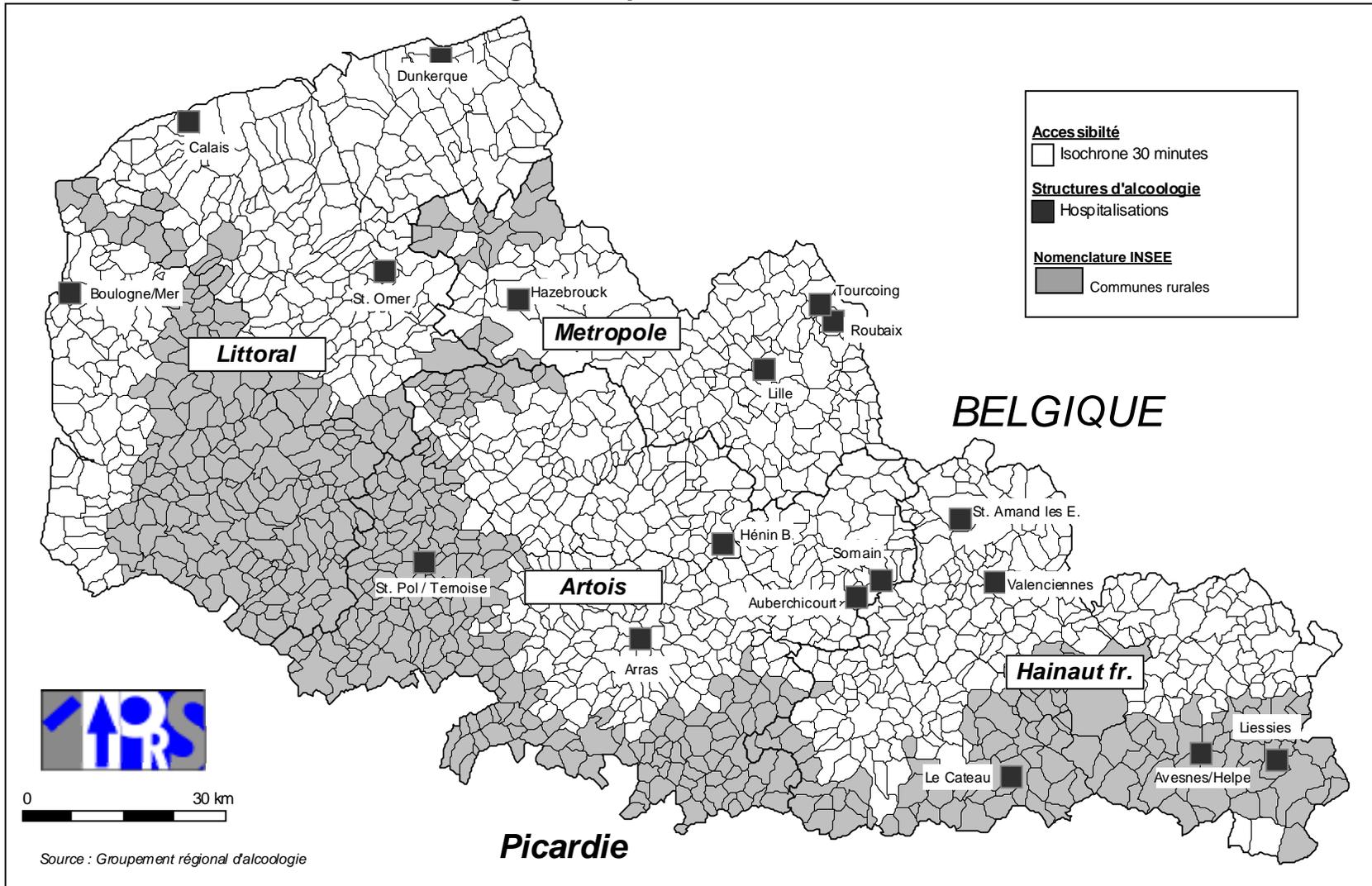
# Accessibilité aux structures d'alcoologie - Associations



# Accessibilité aux structures d'alcoologie - Consultations



# Accessibilité aux structures d'alcoologie - Hospitalisation



### Le profil et le recours aux soins des ménages du Nord – Pas-de-Calais ayant été confrontés au sevrage alcoolique

Parmi les 1 383 ménages du Nord — Pas-de-Calais représentatifs de la population régionale et interrogés au cours de l'enquête RHCP2S "Représentations, habitudes et comportements de la population du Nord — Pas-de-Calais vis-à-vis du système de soins"<sup>1</sup>, 7 % ont déclaré qu'un des leurs avait essayé de diminuer ou d'arrêter de consommer de l'alcool au cours des cinq dernières années, 93 % ont signalé que la situation ne s'était pas présentée et moins de 1 % n'ont pas répondu à la question posée.

L'objectif de cette enquête était de mieux comprendre l'utilisation du système de soins par les habitants de la région Nord — Pas-de-Calais. De multiples analyses étaient possibles à partir de cette base de données et dans celle-ci nous avons recherché, pour différentes variables, s'il existait une différence significative entre les ménages ayant répondu qu'une personne de leur foyer avait tenté de diminuer ou d'arrêter de boire (groupe des ménages "Avec alcoolisme pris en charge"), et les 1 282 ménages pour lesquels il n'y a pas eu de problème d'alcool pris en charge (groupe des ménages "Sans alcoolisme pris en charge"). Notons que le fait de diminuer ou d'arrêter la consommation de boissons alcoolisées peut être considéré comme une prise en charge de la maladie alcoolique sans pour autant qu'il y ait eu recours au système de soins.

Il s'agit donc ici de comparer les ménages dans lesquels il y a eu une prise de conscience de la maladie alcoolique avec ceux qui, soit n'ont pas repéré ce problème, soit n'ont jamais été touchés par l'alcoolisme.

L'objectif initial de l'enquête n'étant pas d'analyser l'alcoolisme dans la région, les deux groupes comportent des effectifs très déséquilibrés, néanmoins suffisants pour réaliser des analyses statistiques.

---

<sup>1</sup> Lacoste O, Sampil M, Spinosi L, Debeugny S, Declercq C, Mathieu S, Tillard B, Salomez JL. *Population et système de soins*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 1999 ; 119 p.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O, Declercq C, Sampil M, Tillard B, Salomez JL. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 2000 ; 191 p.

### RÉPARTITION DES MÉNAGES SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Afin de comparer les ménages entre eux, nous avons attribué à chacun une personne de référence. En effet, depuis le recensement de 1982, la notion de chef de ménage a été remplacée par la notion de personne de référence du ménage<sup>2</sup>.

Les questions portant sur la prise en charge d'un alcoolisme étaient adressées au ménage dans sa globalité : "quelqu'un de votre famille a-t-il essayé d'arrêter ou de diminuer la boisson?". La base de données ainsi constituée ne permettait donc pas d'individualiser les personnes concernées. Aussi avons-nous recherché s'il existait des différences entre les ménages ayant eu à prendre en charge *une difficulté avec l'alcool* et les autres, en fonction de l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études, l'activité et la protection sociale de la personne de référence du ménage.

---

<sup>2</sup> L'Insee définit la personne de référence du ménage selon une règle basée sur la prédominance donnée aux familles, aux pères, à l'activité et à l'âge ; si le ménage comprend au moins un couple, la personne de référence est l'homme du couple ; s'il y a plusieurs couples, on choisit le plus âgé des actifs ou, à défaut d'actif, le plus âgé. Sinon, si le ménage comprend au moins une famille monoparentale (adulte élevant seul un ou plusieurs de ses enfants), alors que la personne de référence est, parmi les parents de ces familles monoparentales, il s'agit du plus âgé des actifs ou, à défaut, du plus âgé. Si le ménage ne comprend aucune famille, la personne de référence est, parmi les personnes du ménage à l'exception des pensionnaires ou salariés logés, le plus âgé des actifs ou, à défaut, le plus âgé.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 35 : Répartition des ménages selon l'âge de la personne de référence**

Âge de la personne de référence :	Ménages	
	Avec alcoolisme pris en charge*	Sans alcoolisme pris en charge*
16-25 ans (N=55)	5 %	95 %
26-40 ans (N=431)	5 %	95 %
41-65 ans (N=633)	8 %	92 %
66-80 ans (N=224)	6 %	94 %
plus de 80 ans (N=30)	0 %	100 %
<b>Ensemble (N=1 373)</b>	<b>7 %</b>	<b>93 %</b>

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Malgré une légère surreprésentation de la classe d'âge 41-65 ans pour la prise en charge d'un alcoolisme, il n'existe pas de différence statistiquement significative en

fonction de l'âge de la personne de référence, entre les ménages dans lesquels une personne a tenté de soigner un alcoolisme et les autres.

**Tableau 36 : Répartition des ménages selon leur lieu d'habitation**

Bassin de vie du ménage :	Ménages	
	Avec alcoolisme pris en charge*	Sans alcoolisme pris en charge*
Artois (N=434)	6 %	94 %
Hainaut (N=243)	12 %	88 %
Littoral (N=273)	5 %	95 %
Métropole (N=427)	6 %	94 %
<b>Ensemble (N=1 377)</b>	<b>7 %</b>	<b>93 %</b>

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Depuis 1998, l'Agence régionale de l'hospitalisation a délimité quatre Bassins de vie (Artois, Hainaut français, Littoral, Métropole). Parmi les ménages du Hainaut, la proportion de ceux *Avec alcoolisme pris en charge* (12 %) est deux fois plus importante que dans les autres Bassins de

vie. Par ailleurs, la comparaison des caractéristiques sociales (CSP, niveau d'études, activité et protection sociale) par Bassin de vie montre des différences très significatives entre les Bassins, ne classant cependant pas le Hainaut comme le Bassin le plus en difficulté.

**Tableau 37 : Répartition des ménages selon le type de leur commune d'habitation**

Typologie de la commune du ménage :	Ménages	
	Avec alcoolisme pris en charge*	Sans alcoolisme pris en charge*
Rural (N=115)	7 %	93 %
Urbain (N=1 045)	7 %	93 %
Péri-urbain (N=138)	5 %	95 %
Multipolarisé (N=79)	8 %	92 %
Ensemble (N=1 377)	7 %	93 %

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

En 1996, l'Insee a mis sur pied *le Zonage en aires urbaines* qui présente, entre autre, la particularité d'intégrer explicitement l'influence exercée par les villes sur leur environnement. Elle permet

d'individualiser quatre types de territoire : rural, urbain, périurbain et multipolarisé<sup>1</sup>. Dans le cas présent aucune différence significative n'a pu être mise en évidence en fonction des types de commune.

---

<sup>1</sup> Les pôles urbains sont constitués de villes-centres et de banlieues. Autour de ces noyaux, l'Insee individualise les couronnes périurbaines. L'addition d'un pôle urbain et de sa couronne périurbaine constitue un ensemble appelé aire urbaine. L'Insee adjoint à la périphérie de ces aires urbaines des communes multipolarisées qui se placent entre les aires urbaines, situées donc dans l'aire d'attraction de plusieurs pôles urbains. Enfin, le reste du territoire non inclus dans l'espace à dominante urbaine est dénommé espace à dominante rurale.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 38 : Répartition des ménages selon les profession et catégorie sociale de la personne de référence**

Catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence :	Ménages	
	Avec alcoolisme pris en charge*	Sans alcoolisme pris en charge*
Agriculteurs exploitants	Effectif insuffisant	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (N=63)	8 %	92 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures (N=187)	2 %	98 %
Professions intermédiaires (N=294)	5 %	95 %
Employés (N=299)	7 %	93 %
Ouvriers (N=472)	10 %	90 %
Ensemble (N=1 315)	7 %	93 %

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Selon les catégories socio-professionnelles, il existe un gradient très net et significatif de la proportion de ménages ayant été confrontés à la prise en charge d'un problème d'alcool. Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise mis à part, on remarque que plus la Pcs est élevée, plus le nombre de ménages *Avec alcoolisme pris en charge* est faible (2 % des cadres et professions intellectuelles supérieures et 10 % des ouvriers). Il est important de rappeler qu'il s'agit de comparer les ménages qui ont signalé un problème d'alcool avec ceux qui ont déclaré n'avoir jamais pris en charge ce type de problème.

La catégorie "agriculteurs exploitants" est trop peu représentée pour entrer dans la comparaison.

La catégorie "artisans, commerçants et chefs d'entreprise" est très hétérogène, il est donc difficile d'interpréter les résultats la concernant.

Certaines personnes de référence n'ont pas de Pcs (étudiants, femmes au foyer, personnes n'ayant jamais travaillé), elles ne figurent donc pas dans le tableau 35.

Au total, 18 % des ménages dont la personne de référence est une femme sans Csp, ont été concernés par la prise en charge d'un alcoolisme.

## Système de soins

**Tableau 39 : Répartition des ménages selon le niveau d'études de la personne de référence**

Niveau d'études de la personne de référence :	Ménages	
	Avec alcoolisme pris en charge*	Sans alcoolisme pris en charge*
Sans diplôme (N=157)	13 %	87 %
Certificat d'études primaires, diplôme de fin d'études obligatoires (N=259)	10 %	90 %
BEPC, BEP, Brevet ou Bac technique, Bac pro (N=467)	7 %	93 %
Baccalauréat série A à E et plus (N=466)	2 %	98 %
Ensemble (N=1 349)	7 %	93 %

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

On retrouve, sur le tableau 39, un gradient très net entre le niveau d'études et la proportion de ménages ayant fait l'objet d'un traitement pour alcoolisme. Ainsi, plus le niveau d'études est élevé, plus la

proportion de ménages ayant signalé des soins pour alcoolisme est faible. Ces résultats concordent avec la répartition par profession et catégorie sociale.

**Tableau 40 : Répartition des ménages suivant l'activité de la personne de référence**

Activité de la personne de référence :	Ménages	
	Avec alcoolisme pris en charge*	Sans alcoolisme pris en charge*
Actifs (N=843)	5 %	95 %
Retraités et autres inactifs (N=415)	10 %	90 %
Chômeurs (N=100)	14 %	86 %
Scolarisés / étudiants	Effectif insuffisant	
Ensemble (N=1 358)	7 %	93 %

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Il existe une différence très nette entre les ménages dont la personne de référence est active, au sein desquels seulement 5 % ont été associés à des soins pour alcoolisme, et ceux dont la personne de référence est au chômage, qui, à l'opposé,

en comptent 14 %. Une situation intermédiaire est occupée par les retraités et autres inactifs, groupe hétérogène rassemblant principalement les retraités, les invalides et les femmes au foyer.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 41 : Répartition des ménages selon le niveau de protection sociale de la personne de référence**

Régime de protection sociale de la personne de référence :	Ménages	
	Avec alcoolisme pris en charge*	Sans alcoolisme pris en charge*
Sécurité sociale avec mutuelle (N=1 026)	5 %	95 %
Sécurité sociale sans mutuelle (N=69)	9 %	91 %
Prise en charge à 100 % : maladie longue durée, invalidité... (N=199)	11 %	89 %
Régime minier (N=42)	10 %	90 %
Aide médicale gratuite (N=39)	18 %	82 %
<b>Ensemble (N=1 375)</b>	<b>7 %</b>	<b>93 %</b>

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

En fonction du type de protection sociale de la personne de référence, la proportion de ménages dans lesquels une personne a tenté de diminuer ou d'arrêter de boire est très différente. Ainsi, c'est parmi les ménages bénéficiant de l'aide médicale gratuite qu'elle est la plus élevée. Ceci correspond aux données précédentes qui mettaient en évidence une plus forte représentation des ménages ayant reçu des soins pour alcoolisme dans les classes sociales les plus défavorisées. On retrouve

également une proportion non négligeable dans les ménages du régime minier, dans ceux où la personne de référence a droit à une prise en charge à 100 % (liée soit à une maladie longue durée, soit à une incapacité permanente due à un accident de travail, une invalidité, un handicap...) et aussi parmi les ménages n'ayant pas de mutuelle ; ce qui correspond probablement à des ménages socialement plus défavorisés que les autres.

**Tableau 42 : Répartition des ménages suivant l'importance accordée au coût des soins**

Ménages :	<i>Le prix que vous payez joue dans la façon de vous soigner</i>	
	Oui	Non
Avec alcoolisme pris en charge* (N=91)	24 %	76 %
Sans alcoolisme pris en charge* (N=1 259)	15 %	85 %
<b>Ensemble (N=1 350)</b>	<b>16 %</b>	<b>84 %</b>

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Le coût des soins importe davantage pour les ménages ayant pris en charge un problème d'alcool (24 % *versus* 15 %). Ce résultat est à rapprocher de la moins bonne

couverture sociale (absence de mutuelle) ou des difficultés sociales associées plus fréquemment à ce groupe de ménages.

**Tableau 43 : Répartition des ménages suivant leurs moyens de locomotion**

Ménages :	Moyens de locomotion du ménage		
	Voiture, moto, scooter	Mobylette, vélo	Sans moyen de locomotion
Avec alcoolisme pris en charge* (N=95)	63 %	8 %	28 %
Sans alcoolisme pris en charge* (N=1 277)	84 %	3 %	13 %
Ensemble (N=1 372)	83 %	3 %	14 %

\* pris en charge signifie avoir tenté de diminuer ou d'arrêter de consommer des boissons alcoolisées sans avoir forcément recouru au système de soins

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

L'analyse de ce dernier tableau confirme l'inégalité socio-économique entre les ménages ayant soigné l'un des leurs pour un problème d'alcool et les autres. En effet, seulement 63 % des premiers ont une voiture ou une moto contre 84 % dans l'autre groupe de ménages.

De nombreuses études françaises mais aussi anglo-saxonnes<sup>1</sup> et scandinaves<sup>2</sup> montrent également un lien entre la classe sociale et l'alcoolisme. Ainsi, la consommation excessive d'alcool ou l'hospitalisation pour une pathologie liée à l'alcool sont plus fréquentes parmi les populations les plus défavorisées

#### **HABITUDES DES MÉNAGES VIS-À-VIS DU SYSTÈME DE SOINS FACE À UN PROBLÈME D'ALCOOL**

Il a été demandé aux ménages du premier groupe comment la personne touchée par l'alcoolisme s'était soignée, et aux ménages du deuxième groupe comment ils se soigneraient si un problème d'alcool

survenait. Ainsi, lorsque la situation avait existé, il leur suffisait ensuite de répondre aux questions selon les faits. En revanche, si la situation ne s'était pas présentée, la personne devait imaginer ce qu'elle (ou un autre membre de son ménage) aurait fait le cas échéant.

Deux types de recours sont donc exposés et comparés :

- les recours réels ou "effectifs" ;
- les recours supposés ou "non effectifs".

Le but de cette démarche est de mettre en lumière les similitudes ou les différences entre l'utilisation du système de soins pour des problèmes vécus liés à l'alcool et la simulation de son utilisation pour des problèmes de cet ordre non vécus ou non perçus.

<sup>1</sup> Stratton R. Relationship between prevalence of alcohol problems and socioeconomic conditions among Oklahoma Native Americans. *Curr Alcohol* 1981 ; 8 : 315-325.

Gelberg L, Leake BD. Substance use among impoverished medical patients : the effect of housing status and other factors. *Med Care* 1993 Sep ; 31(9) : 757-66.

<sup>2</sup> Hemmingsson T, Lundberg I, Diderichsen F, Allebeck P. Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Soc Sci Med* 1998 Nov ; 47(10) : 1399-405.

Romelsjo A. Relationship between alcohol consumption and social status in Stockholm. *Int J Epidemiol* 1989 Dec ; 4 : 842-51.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 44 : Répartition des ménages selon le type de recours aux soins signalé ou supposé pour une tentative de sevrage alcoolique**

Ménages :	Professionnel de santé impliqué			Non-recours
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Association	
Avec alcoolisme effectivement pris en charge (N=94)	22 %	31 %	4 %	43 %
Sans alcoolisme pris en charge (N=932)	45 %	26 %	19 %	9 %
Ensemble (N=1 026)	43 %	27 %	18 %	12 %

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Le fait le plus marquant est la fréquence du non-recours au système de soins signalé par les ménages ayant effectivement pris en charge un alcoolisme. Les résultats montrent en effet que les ménages qui n'ont pas été réellement et personnellement confrontés à un problème d'alcool se feraient plus souvent soigner, si besoin était, (91 %) que ceux qui l'ont effectivement appréhendé (57 %).

Dans le cadre d'un arrêt ou d'une diminution de la consommation d'alcool, trois catégories de professionnels sont (ou seraient) sollicitées par les ménages : le médecin généraliste (43 %), les médecins spécialistes de ville ou hospitaliers-psychiatres et alcoologues essentiellement (27 %) et les personnels d'associations d'aide aux malades alcooliques-mouvements néphalistes et autres- (18 %).

Les ménages ayant effectivement pris en charge un alcoolisme ont consulté, dans 31 % des cas, un spécialiste et dans 22 % des cas, un médecin généraliste. Quant aux ménages ne déclarant pas ce type de problème, ils consulteraient de préférence, le cas échéant, le médecin généraliste pour 45 % d'entre eux. Ils s'adresseraient aussi plus volontiers à une association (19 % *versus* 4 %).

Qu'il s'agisse des types de professionnels sollicités ou de la proportion de non-recours, il n'existe pas de différence par Bassin de vie entre les ménages *Avec alcoolisme pris en charge*. En revanche, pour les recours supposés (recours exprimés par les ménages *Sans alcoolisme pris en charge* mais mis en situation), les ménages, selon leur territoire, sont significativement différents.

**Tableau 45 : Répartition des ménages selon le type de recours aux soins signalé pour une tentative de sevrage alcoolique et selon leur lieu d'habitation**

Bassin de vie du ménage :	<b>Professionnels impliqués pour les ménages mis en situation de prise en charge d'un sevrage alcoolique</b>			Non-recours
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Association	
Artois (N=25)	32%	24%	12%	32%
Hainaut (N=29)	24%	31%	3%	41%
Littoral (N=14)	7%	64%	0%	29%
Métropole (N=26)	19%	19%	0%	62%
Ensemble (N=94)	22%	31%	4%	43%

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

**Tableau 46 : Répartition des ménages selon le type de recours aux soins supposé pour une tentative de sevrage alcoolique et selon leur lieu d'habitation**

Bassin de vie du ménage :	Professionnels impliqués pour les ménages mis en situation de prise en charge d'un sevrage alcoolique			Non-recours
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Association	
Artois (N=326)	48 %	25 %	16 %	11 %
Hainaut (N=144)	49 %	22 %	11 %	18 %
Littoral (N=154)	13 %	47 %	38 %	3 %
Métropole (N=310)	56 %	20 %	18 %	7 %
Ensemble (N=934)	45 %	26 %	19 %	9 %

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Ainsi les ménages de la Métropole se caractérisent par un recours fictif majoritaire au médecin généraliste (56 %), tandis que dans le Bassin du Littoral, le recours serait, avec 47 % des cas, majoritairement spécialisé puis, avec 38 % des cas, plus fréquemment qu'ailleurs tourné en direction des associations. Or dans le cas des recours signalés, si le spécialiste conserve sa place sur le Littoral, c'est non-seulement le recours au généraliste mais aussi la totalité des recours effectifs qui s'effondrent dans la Métropole.

C'est dans le Hainaut que le taux de non-recours fictif est le plus élevé (18 %) et dans le secteur du Littoral qu'il est le plus bas (3 %), les non-recours signalés s'accroissent considérablement dans la Métropole (62%) et demeurent les plus bas dans le Littoral (29%).

Pendant, d'après les effectifs des réponses de ces différents tableaux, on constate que le nombre de ménages n'ayant pas répondu à cet item est très élevé.

**Tableau 47 : Répartition des ménages selon l'origine du contact avec le professionnel qui les a (aurait) soignés**

Ménages :	Qui vous a recommandé le professionnel qui vous a (aurait) soigné ?			
	Entourage	Un professionnel de santé	Par les médias, l'annuaire...	Autre
Avec alcoolisme effectivement pris en charge (N=52)	44 %	46 %	2 %	8 %
Sans alcoolisme pris en charge (N=886)	33 %	31 %	25 %	12 %
Ensemble (N=938)	33 %	32 %	24 %	12 %

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

L'entourage (33 %) et un autre professionnel de la santé (32 %) sont, le plus souvent, à l'origine de l'orientation des ménages vers le système de soins. Il n'est pas rare de constater que les méthodes d'information (annuaire, affichage, médias) impulsent (24 %) l'orientation vers un professionnel ou une structure prenant en charge le problème d'alcool. Il existe une différence significative dans l'origine de l'orientation, entre les ménages dont un

membre a essayé de diminuer ou d'arrêter la consommation de boissons alcoolisées, et ceux où personne n'a fait cette tentative. Ainsi, ceux qui ont fait cette tentative-recours effectif- ont été presque exclusivement orientés par un professionnel de la santé (46 %) et par l'entourage (44 %). Les autres ménages n'ayant pas eu de recours effectif ont mentionné une fois sur trois une autre source d'orientation.

## Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord – Pas-de-Calais

**Tableau 48 : Répartition des ménages selon l'origine du contact avec le professionnel qui les a (aurait) soignés et le type de professionnel**

Types de professionnels ou services :	Qui vous a recommandé le professionnel d qui vous a (aurait) soigné ?			
	Entourage	Un professionnel de santé	Par les médias, l'annuaire...	Autre
Médecins généralistes (N=427)	52 %	15 %	20 %	14 %
Médecins spécialistes (N=227)	22 %	48 %	15 %	15 %
Associations (N=177)	20 %	13 %	59 %	8 %
Ensemble (N=831)	37 %	23 %	27 %	13 %

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

En fait, l'origine de l'orientation varie avec le type d'orientation. Ainsi les ménages s'adressant à un médecin généraliste sont orientés, dans 52 % des cas, par leur entourage ; ceux qui contactent un spécialiste ont été conseillés par un professionnel

de santé une fois sur deux ; enfin, les ménages qui ont (ou auraient) recours aux associations d'anciens buveurs sont (ou seraient) orientés par les médias dans 59 % des cas.

**Tableau 49 : Répartition des ménages selon les raisons ayant conduit au choix du professionnel impliqué dans les tentatives d'arrêt ou de diminution de la consommation de boissons alcoolisées et en fonction du type de professionnel**

Types de professionnels ou services :	Quelles sont les principales raisons qui ont motivé le choix ou du service qui vous a (aurait) soigné ?					
	Sa compétence	La qualité de son contact	Sa proximité géographique	Sa disponibilité	Recommandé par avis médicaux	Son Soutien
Médecins généralistes (N=407)	74 %	55 %	35 %	21 %	5 %	0 %
Médecins spécialistes (N=257)	61 %	32 %	13 %	16 %	27 %	2 %
Associations (N=177)	55 %	63 %	10 %	28 %	6 %	11 %
Ensemble (N=841)	66 %	50 %	23 %	21 %	12 %	3 %

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Les raisons ayant conduit au choix des différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un problème lié à l'alcool, ne sont pas les mêmes selon le type de professionnel. Ainsi, les qualités attendues avant tout de la part d'un médecin généraliste sont sa compétence et son bon contact (respectivement 74 % et 55 %) et, dans une moindre mesure, sa proximité et sa disponibilité (respectivement 35 % et 21 %). S'agissant des spécialistes, les mêmes qualités sont prioritaires, mais

les recommandations d'un autre médecin motivent aussi l'orientation (27 % des ménages). Les ménages recherchent, dans une association, un contact de qualité (63 %), de la compétence (55 %) et une disponibilité (28 %).

Pour les ménages ayant réellement fait l'objet de soins pour alcoolisme, le poids de l'avis médical dans le choix du professionnel de santé est plus important que dans l'autre groupe de ménages (31 % *versus* 17 %).

### HABITUDES DES MÉNAGES VIS-À-VIS DU SYSTÈME DE SOINS FACE À D'AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS

Afin de mieux cerner les habitudes d'utilisation du système de soins, 15 motifs de recours aux soins pouvant concerner les différents membres du foyer ont été proposés au responsable du ménage. Ainsi, tous les segments du système de soins :

- médecine de ville (générale/spécialisée) ;
  - soins hospitaliers (aigus/chroniques, médicaux/chirurgicaux/obstétriques/psychiatriques) ;
  - médecine préventive (information, dépistage) ;
- ont pu être explorés en tenant compte de toutes les classes d'âge : enfants, adolescents, adultes (dont femmes en âge de procréer), personnes âgées.

Pour les deux sous-populations (ménages ayant pris en charge un problème d'alcool et les autres), nous avons recherché, à partir des réponses recueillies décrivant leur recours ou leur non-recours face aux 15 situations proposées, s'il existait en outre des différences dans leurs comportements. Seules les situations réelles ont été comparées.

Il s'avère qu'en dehors du sevrage alcoolique, deux motifs de soins très banals et fréquents —le mal de dent et le mal de dos— sont les seuls pour lesquels les réponses des ménages ayant pris en charge un alcoolisme diffèrent des autres.

Les problèmes de santé, tels que le mal de dos et le mal de dent, sont peut-être moins pris en compte que les autres comme de véritables maladies et, de ce fait, risquent d'être plus souvent négligés.

**Tableau 50 : Répartition des ménages pour un mal de dos selon le type de prise en charge**

Ménages :	Comment vous êtes-vous soigné pour un mal de dos ?	
	Recours aux soins	Non-recours
Avec alcoolisme pris en charge (N=80)	53 %	48 %
Sans alcoolisme pris en charge (N=1 032)	65 %	35 %
Ensemble (N=1 112)	64 %	36 %

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Le mal de dos est déjà un problème de santé pour lequel le non-recours réel est particulièrement fréquent (36 %). Or, il concerne un ménage sur deux parmi ceux ayant soigné un problème d'alcool. Par ailleurs, le non-recours pour un problème de

dos n'est pas lié à la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence, ni à son niveau d'études, ni à son activité, ni enfin à sa protection sociale.

**Tableau 51 : Répartition des ménages pour un mal de dent selon le type de prise en charge**

Ménages :	Comment vous êtes-vous soigné pour un mal de dent ?	
	Recours aux soins	Non-recours
Avec alcoolisme pris en charge (N=74)	86 %	14 %
Sans alcoolisme pris en charge (N=1 004)	93 %	8 %
Ensemble (N=1 078)	92 %	8 %

Source : Ors Nord – Pas-de-Calais (Rhcp2s 1998)

Le mal de dent est suivi d'un recours au système de soins dans 92 % des cas. Il est cependant moins fréquent parmi les ménages ayant reçu des soins pour alcoolisme (86 %). Ce résultat s'explique probablement par le fait que le recours pour un mal de dent diffère également selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence, son niveau d'études, son activité, et enfin selon sa protection sociale ; de telle sorte que plus la situation de la personne de référence est favorable, plus le recours aux soins dentaires est fréquent.

Tous les autres motifs de recours aux soins, plus aigus (syndrome grippal, otite), plus graves (chirurgie cardiaque, cancer), plus spécifiques (acné, contraception) ou moins fréquemment utilisés (mammographie, dépistage du sida), ne révèlent pas de différence de comportement entre les deux groupes de ménages.

Si plusieurs études américaines mettent en évidence un sous-recours parmi les personnes alcooliques<sup>1</sup>, une autre montre l'inverse<sup>2</sup>. Il est difficile d'en tirer des conclusions car les premières ont inclus dans le groupe de non-alcooliques les abstinents anciens buveurs, il aurait été préférable ou de les inclure dans le groupe des alcooliques, ou de faire un troisième groupe. On peut comprendre que des anciens buveurs aient un recours important en raison de pathologies liées à l'alcool qui, malheureusement, peuvent perdurer malgré l'arrêt de la consommation (cancer des VADS, psychoses alcooliques...). Quant à l'étude qui souligne une surconsommation des patients alcooliques, les personnes comparées sont des patients suivis par un centre hospitalier. N'entrent donc pas dans le champ de cette étude les personnes alcooliques ne recourant pas du tout au système de soins.

On ne retrouve donc pas dans la littérature d'étude recherchant, en popu-

lation générale, une différence de recours au système de soins entre buveurs excessifs et buveurs modérés ou non-buveurs sans antécédent d'alcoolisme.

### Conclusion

Après avoir comparé des variables concernant deux groupes de ménages du Nord — Pas-de-Calais ; le premier constitué de ménages ayant été concernés par une tentative de sevrage alcoolique et le deuxième constitué de ménages n'ayant pas signalé ce type d'événement, il ressort de nettes différences dans leur profil socio-démographique d'une part, et dans leurs habitudes et comportements vis-à-vis du système de soins d'autre part.

En revanche, leurs représentations du système de soins et de la santé des habitants du Nord — Pas-de-Calais sont similaires. Ainsi, les opinions sur la place du médecin généraliste, de l'hôpital, du système de santé régional et de la santé des habitants ne divergent pas selon que le ménage ait été confronté ou non à la prise en charge d'un alcoolisme.

L'analyse des données socio-démographiques montre que les ménages ayant signalé la prise en charge d'un alcoolisme sont plus représentés, sur le plan géographique, dans le Bassin du Hainaut, sur le plan socioculturel, parmi les catégories socioprofessionnelles, les niveaux d'études, le type d'activité (le chômage entre autres) et la protection sociale les plus défavorisés. Par contre, il n'y a pas de différence mise en évidence selon les classes.

**La spécificité principale des recours aux soins dans le cadre d'une diminution ou d'un arrêt de consommation d'alcool réside dans l'écart considérable entre recours effectifs et recours supposés.** Les segments du système de soins rencontrés ne le sont jamais dans les mêmes proportions. La part de non-recours est énorme puisque l'on passe de 9 à 45% entre recours supposés et recours effectifs. Ainsi, dans près d'un ménage sur deux, la personne a tenté de changer son comportement vis-à-vis de l'alcool sans avoir recours à un professionnel, dans 31% des cas elle a consulté un spécialiste, et enfin dans 22% des cas seulement elle a vu son médecin généraliste. Lorsque le motif de recours ne se présente pas, une sur dix seulement pense, *a priori*, n'avoir besoin d'aucun professionnel, près d'une sur deux se rapprocherait de son médecin généraliste avec de fortes différences selon les Bassins

<sup>1</sup> Kunz JL. Alcohol use and reported visits to health professionals : an exploratory study. *J Stud Alcohol* 1997 Sep ; 58(5) : 474-9.

Armstrong MA, Midanik LT, Klatsky AL. Alcohol consumption and utilization of health services in a health maintenance organization. *Med Care* 1998 Nov ; 36(11) : 1599-605.

Longnecker MP, MacMahon B. Associations between alcoholic beverage consumption and hospitalization, 1983 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 1988 Feb ; 78 (2) : 153-6.

<sup>2</sup> Forsythe AB, Griffiths B, Reiff S. Comparison of utilization of medical services by alcoholics and non-alcoholics. *Am J Public Health* 1982 Jun ; 72(6) : 600-2.

de vie. Les ménages du Littoral auraient tendance à privilégier les médecins spécialistes et les associations quand, dans les autres Bassins de vie, il serait plutôt fait appel au médecin généraliste pour soigner un malade alcoolique dans le ménage.

Parmi quinze motifs de recours aux soins concernant un éventail très large des différents segments du système de soins, seuls le mal de dos et le mal de dent montrent une différence d'utilisation du dispositif de soins qui correspond à un moindre recours réel de la part des ménages ayant tenté de diminuer ou d'arrêter la consommation de boissons alcoolisées.

Au vu de ces résultats, plusieurs hypothèses peuvent être proposées :

- L'alcoolisme est plus souvent détecté et touche peut-être aussi plus fréquemment les ménages du Hainaut et, en général, les classes sociales les plus défavorisées. La situation sociale, et notamment la moindre protection sociale pour les uns (absence de mutuelle) ou l'absence de voiture pour les autres, seront des caractéristiques qu'il convient de prendre en compte dans l'accompagnement du malade alcoolique.

- Il existe un sous-recours aux soins parmi les personnes ayant été confrontées à un problème d'alcool, aussi bien pour la prise en charge de la maladie alcoolique que pour celle de problèmes apparemment bénins comme le mal de dos et le mal de dent, probablement en lien avec les difficultés financières plus fréquemment rencontrées.

- L'alcoolisme est très rarement signalé dans les couches sociales les plus favorisées, même s'il est probablement moins fréquent il est peut-être aussi moins facilement admis et reconnu.

Il y aurait une représentation du dispositif de soins de la part des ménages et un fonctionnement de ce même dispositif de soins, très différents selon les secteurs géographiques.



# Conclusion

---

Au terme de ce *Tableau de bord*, dont l'objectif essentiel est de dresser le bilan des connaissances, il nous semble utile non seulement de dresser un rapide constat des connaissances disponibles à cette échelle mais aussi d'émettre quelques propositions d'études. Cette énumération se veut être plus suggestive qu'impérative, plus didactique que critique.

En matière de santé, la prise de décision publique et régionale, nous semble mériter d'autres moyens diagnostiques que ceux dont elle dispose aujourd'hui. S'il existe une *somme* de connaissance accumulée depuis plusieurs décennies dans le Nord - Pas-de-Calais, et si l'on ne peut que se féliciter de constater que ce *corpus* ne cesse de croître au fil du temps, il nous semble certain qu'un certain nombre de *zones d'ombre* effectuant la compréhension des phénomènes liés à la consommation d'alcool dans la région appellent quelques éclairages qui seraient à même de renforcer l'efficacité et la pertinence des décisions communes ou individuelles des principales institutions régionales en charge de ce dossier. Il est, de plus, certain que ces avancées de la connaissance régionale pourraient indirectement apporter quelques améliorations dans le domaine plus vaste encore des pratiques addictives.

## CONSTATS

1- La connaissance des phénomènes régionaux d'alcoolisation reste aujourd'hui encore ponctuelle et partielle.

2- Il n'existe pas, en France, de statistiques directes décrivant la consommation de boissons alcoolisées.

3- Il existe une diminution avérée et progressive des ventes de boissons alcoolisées mais les informations décrivant la consommation (individuelle, ou de groupe) ne permettent pas de connaître exactement les effets et les modes de cette baisse au sein des populations.

4- Les principales informations recueillies par l'Insee ou la Secodip concernent les achats des ménages répertoriés sur des territoires dont les limites excèdent celles des régions. On constate donc une absence d'informations se rapportant aux achats individuels et aux consommations régionales.

5- On ne trouve pas dans la littérature, d'étude, en population générale, recherchant une différence de recours au système de soins entre buveurs excessifs, buveurs modérés, abstinents et non buveurs sans antécédent d'alcoolisme.

6- L'appréciation de phénomènes alcooliques en cours dans le Nord - Pas-de-Calais est restée inchangée. Cependant, depuis quelques temps l'approche de l'alcoolisation et de l'alcoolisme a, pour sa part, connu une évolution tout à fait remarquable.

7- Les *modes d'usage* demeurent, de ce fait, presque totalement méconnus. Dans le Nord - Pas-de-Calais on ne connaît ni les modes de consommations, ni les populations en difficultés en raison de leur proximité avec l'alcool.

8- Les conclusions émises dans le contexte de suivi, d'appréciation, de compréhension de la consommation d'alcool, par l'utilisation des palliatifs d'analyse peuvent mener à de lourds contresens d'interprétation aboutissant eux-mêmes à de nettes inadéquations de la prise de décision aux réalités et processus en cours. Les techniques les plus souvent utilisées reposent sur :

-Les statistiques de ventes.

-Les enquêtes par panel (réalisées par les sociétés de services, les entreprises de la distribution).

-Les informations extraites des droits indirects du ministère des finances (calcul de la production, bilan des exportations et des importations : recherche des lieux d'achats : France ou étranger).

-Suivre l'évolution de la consommation. Si l'on tente de comprendre l'élévation ou la régression (quantité réellement consommée différente de la quantité achetée) de l'ingestion d'alcool dans les ménages, la probabilité de biais majeurs se renforce. Par exemple au niveau des régions frontalières, les achats et les ventes d'alcool à l'étranger ne peuvent être connus tandis que les différentiels de taxation finissent de ruiner les efforts d'appréciation (exemples : achats réalisés par les day-trippers britanniques, ventes de boissons alcoolisées par les distributeurs belges).

Il serait judicieux de cerner et comprendre les conduites de consommations ayant cours au sein des diverses populations régionales, les contextes familiaux et sociaux de ces populations, leurs origines ainsi que leurs rencontres avec le système de soins régional.

La démarche d'acquisition de telles données peut se faire au moyen de la réalisation de plusieurs types d'enquêtes. Nous en proposons ici quelques unes.

### ***PROPOSITIONS D'ENQUETES***

#### **Étude alimentaire en population générale**

##### ***Objectif***

L'objectif de cette étude serait de permettre la connaissance des consommations individuelles.

##### ***Population***

Un échantillon représentatif de la population du Nord – Pas-de-Calais, en tenant compte de l'estimation du pourcentage de buveurs excessifs, âgés de 16 ans et plus.

##### ***Méthode***

- Une taille d'échantillon prenant en considération l'estimation du pourcentage de buveurs excessifs dans la région.
- Un tirage au sort tenant compte de la répartition par Bassin de vie.
- Une enquête par quota qui tienne compte de la catégorie socioprofessionnelle et de l'exercice professionnel du chef de ménage, mais également du sexe et de l'âge de la personne interrogée.
- Une collaboration scientifique avec des nutritionnistes et des alcoologues.

##### ***Données à recueillir***

Seraient recueillies les données sur :

- Le repas et la consommation entre les repas : avec qui, quand et où mange-t-on ?
- Les consommations en semaine et celles de fin de semaine.
- La nature des aliments, des boissons et du tabac (type d'aliments, mode de conservation...).
- Le coût des aliments achetés hors production domestique.
- Le lieu et le mode d'approvisionnement.
- Un point sur les régimes suivis...

#### **Prise en charge des patients alcooliques du Nord – Pas-de-Calais, dans les structures de soins**

##### ***Population***

Ce type d'étude concernerait les patients pris en charge dans les structures de soins pour des problèmes liés à leur consommation d'alcool.

Deux types d'études sont réalisés actuellement par la Fédération nationale des Ors sur ce modèle :

- une étude auprès des médecins généralistes,
- une étude auprès des établissements hospitaliers.

##### ***Objectifs***

Les objectifs d'une telle étude seraient :

- De mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans la population consultant les généralistes libéraux
- D'étudier le lien entre motifs de recours aux soins et consommation excessive d'alcool.

##### ***Données***

Les données recueillies sous forme de questionnaire rempli par le médecin sont de type :

## Conclusion

-Socio-démographiques (âge, sexe, profession, situation matrimoniale, domicile, situation particulières, situation par rapport à l'emploi, existence d'Ald<sup>1</sup>).

-Les habitudes tabagiques, le test Deta<sup>2</sup>, et la consommation d'alcool

-Renseignements médicaux (motifs de recours, état de santé et antécédents)

-Existence de problèmes avec l'alcool, signes de cette dépendance, et structures de prise en charge.

### Étude sur les "opinions et attitudes des médecins généralistes et de leurs patients, sur l'alcoolisme et le risque alcool".

#### **Objectifs**

L'objectif principal de l'étude serait d'approcher les perceptions des médecins généralistes sur le phénomène alcool et de déterminer les conditions optimales, en médecine de ville, d'une meilleure prise en charge alcool.

L'objectif secondaire serait de comprendre les conditions d'une meilleure observance de la part des patients.

#### **Populations**

Les populations concernées par l'étude seraient les médecins généralistes de la région Nord – Pas-de-Calais et leurs patients (qu'ils soient alcooliques ou pas).

La taille des populations serait à déterminer.

#### **Méthode**

Il s'agirait d'une enquête descriptive avec auto-questionnaire.

Le choix des médecins généralistes de l'étude serait réalisé par tirage au sort à partir d'une liste, de manière à ce qu'ils soient représentatifs des médecins généralistes de la région (le panel de l'Urmel<sup>3</sup> peut être aussi utilisé à cet effet).

Le choix des patients serait réalisé par le médecin généraliste en fonction de l'ordre des consultations durant une période donnée (jour, semaine, etc.)

#### **Données à recueillir**

Elles seraient de nature :

-Socio-démographiques et concerneraient médecins et patients : âge, sexe, situation matrimoniale, et pour les patients : profession, commune de résidence, situation par rapport à l'emploi, situation par rapport à l'alcool.

-D'opinions des médecins et de leurs patients

Sur le phénomène de l'alcoolisme : son ampleur ? son coût ? ses mécanismes ?

Sur la prise en charge

-existence de structures de prise en charge : suffisance des structures, existence de partenaires, qualité de la prise en charge, etc.

-prévention : éducation ou information du patient (qui doit le faire ? qui le fait ? quand est-ce fait ? comment est-ce fait ? Comment est-ce perçu par le patient ? Sous quelle forme le patient souhaite-t-il que ce soit fait ? Dans quelles circonstances ? etc.)

-conditions d'une prise en charge optimale (en quelques sortes quels sont les besoins pour assurer une meilleure prise en charge du problème alcool ?)

-conditions d'une meilleure observance de la part des patients.

---

<sup>1</sup> Affections longue durée

<sup>2</sup> Le questionnaire DETA (en français) ou CAGE (en anglais) sert au diagnostic d'alcoolémie.  
1-Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées?

2-Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation?

3-Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop?

4-Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme?

<sup>3</sup> Union régionale des médecins exerçant à titre libéral

### La population du Nord – Pas-de-Calais et la consommation d'alcool

#### **Objectifs de l'étude**

Description de la consommation d'alcool dans la population régionale : elle consisterait en une description

1. des types d'alcools consommés,
2. des modes de consommation adoptés,
3. des difficultés rencontrées par les personnes ayant une consommation excessive (difficultés perçues comme liées à la consommation d'alcool).

Description des opinions et représentations sur la "personne alcoolique"

Mise en évidence du lien existant entre les attitudes et comportements perçus des personnes alcooliques et leur acte de consommation.

#### **Populations d'études**

Cette étude pourrait être réalisée soit :

- *en population générale* ; ce qui permettrait d'obtenir des données individuelles sur les conduites de consommation

- dans les *ménages* : le recueil d'informations se ferait

d'une part, auprès de la personne référente du ménage (père ou mère) lorsqu'il s'agit des conduites de consommation de l'ensemble des personnes du ménage,

d'autre part, auprès de chaque membre du ménage âgé de 15 ans et plus

Cette démarche permettrait le recueil des données individuelles mais également des données agrégées.

#### **Méthode**

Serait utilisée une enquête de type descriptif, avec un questionnaire sur support papier rempli par des enquêteurs préalablement formés. La constitution des échantillons de population dépendrait du type d'étude retenu :

- l'étude en *population générale* serait réalisée sur un échantillon représentatif de la population du Nord – Pas-de-Calais,

- soit par tirage au sort par Bassin de vie ou par secteur sanitaire,

- soit par la méthode des quotas (qui nécessite une identification de toutes les catégories socio-professionnelles).

- l'étude visant *les ménages* serait réalisée par tirage au sort des ménages en fonction du Bassin de vie ou du secteur sanitaire.

Le nombre de personnes ou de ménages nécessaires serait à déterminer ultérieurement.

#### **Données à recueillir**

Les données à recueillir seraient de types :

- Socio-démographiques : âge, sexe, situation professionnelle (y compris celle de chaque membre de la famille), situation matrimoniale, composition de la famille, domicile, situations particulières, situation par rapport à l'emploi, renseignements médicaux (motifs de recours, état de santé et antécédents)

- achats et modes de consommation : consommation d'alcool, quantité achetée par mois, quantité consommée (par jour, par semaine, par mois,) lieux d'achat et de consommation préférentiels des boissons, périodes de consommation (le plus souvent), mode de consommation (seul, en groupe, etc.), existence de problèmes avec l'alcool, signes de dépendance, existence de prise en charge des problèmes, structures de prise en charge, existence d'une habitude tabagique ou d'un autre comportement addictif.

- opinions et représentations sur la "personne alcoolique" en population générale (par exemple : comment les voyez-vous ? comment pensez-vous que les autres le voient ?). Les opinions et les représentations pouvant varier selon le sexe et l'âge du buveur, il serait peut-être nécessaire de vérifier l'influence de ces indicateurs.

### Étude sur la prise en charge spécialisée de l'alcool dans le Nord – Pas-de-Calais

#### **Objectif**

Il serait de :

- décrire la file active des structures spécialisées dans la prise en charge des personnes ayant une consommation excessive d'alcool.
- mettre en évidence l'attraction exercée par les structures sur les localités proches.

#### **Population**

Il s'agirait des services d'alcoologie, des *Ccaa (ex Chaa)* et des associations d'alcooliques (Alcooliques Anonymes, associations néphalistes, etc.) qui prennent en charge les personnes ayant des problèmes avec une consommation excessive d'alcool.

#### **Méthode**

Enquête descriptive réalisée au moyen d'un questionnaire géré par les structures retenues avec l'aide d'un enquêteur.

Le choix des structures dépendrait de leur nombre.

*A priori* l'enquête serait réalisée sur l'exhaustivité des structures.

#### **Données à recueillir**

Il conviendrait de rechercher d'une part, certaines caractéristiques des personnes prises en charge et d'autre part, des informations sur la structure de prise en charge. Ainsi, on recueillerait des données :

- socio- démographiques des personnes prises en charge : âge, sexe, profession, situation matrimoniale, commune de résidence, situations particulières, situation par rapport à l'emploi, existence d'Ald.

- sur l'activité de la structure : année de prise en charge du patient, lieu de recrutement, type de suivi proposé, date de prise en charge de la personne concernée, nombre de prises en charge (si plusieurs prises en charge, date et durée de chacune), durée de suivi de la personne, existence d'un accompagnement à domicile ou à la réinsertion. Évolution de la file active de la structure (sur 3 à 5 ans par exemple), taux de renouvellement par an, (rechercher le nombre ou le pourcentage de nouveaux patients pris en charge), nombre de services de cure alcoolique réalisés, respect des recommandations de l'Anaes<sup>1</sup>. Pour les services d'alcoologie, voir le problème de la nomenclature des prise en charge alcoolique dans le Pmsi-Programme de médicalisation du système d'information.

---

<sup>1</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé



**Extrait de l'étude : Territoires urbains et santé**

L'Insee et les délimitations urbaines

La fin de l'opposition simple ville/campagne

La nomenclature ZAU

Une structure de poupée russe

Les systèmes territoriaux urbains du Nord - Pas-de-calais

Le deuxième espace français à dominante urbaine

Les pôles urbains

Les couronnes périurbaines

Les communes multipolarisées

L'espace à dominante rurale

**Triptyque Alcool 1994-97**

Tableau A

Tableau B

Tableau C

**Territoires urbains et santé**  
**Extrait de l'étude de**  
**M. Sampil, O. Lacoste, C. Declercq**

**L'INSEE ET LES DÉLIMITATIONS URBAINES**

Il est donc aisé de comprendre qu'il est particulièrement difficile d'emprisonner le fait urbain dans un simple découpage statique et statistique. C'est pourquoi, dans le cadre de la présente étude, nous avons opté pour une approche qui ne privilégie pas des ensembles territoriaux trop immobiles et qui n'intègrent pas la dimension dynamique de l'espace, tels que la région, le département, l'arrondissement, le canton ou la commune, plus adaptés à une logique d'annuaires ou de tableaux de bord statiques.

Nous avons voulu tenir compte explicitement des relations dynamiques qu'induisent les villes dans leur environnement. C'est pourquoi encore, nous n'avons pas opté pour une approche immobile de l'urbanisation, fondée uniquement sur les effectifs des populations des communes<sup>1</sup> ou des *Unités urbaines*<sup>2</sup>. Certes, la ville implique l'existence de fortes concentrations de population et de fortes densités de population. Mais la ville c'est aussi, par essence, des échanges et des déplacements. Or, analyser les processus urbains en se fondant sur la taille de la commune de résidence ne renseigne ni sur la densité, ni sur les liens dynamiques et le fonctionnement de chaque système urbain, c'est-à-dire sur les relations d'un centre et sa périphérie, ni sur le fonctionnement des systèmes urbains locaux entre eux.

De plus, la simple partition urbain/rural nous semble trop rapide et vectrice de globalisations abusives. Cette conception est aujourd'hui dépassée et n'a plus guère d'utilité. En effet, en raison de l'expansion habitat individuel, de l'accroissement du parc automobile, sont apparus au cours des dernières décennies de nouveaux modes de vie, adoptés par les Français. Il en résulte qu'aujourd'hui, *urbanisation* et *périurbanisation* ont accompagné l'expansion de l'influence urbaine sur la quasi-totalité du territoire national. De nombreuses études ont démontré la caducité et l'inadaptation du diptyque ville/campagne ou urbain/rural.

**La fin de l'opposition simple ville/campagne**

Dès les années 1960, l'Insee a mis au point un découpage plus complexe ; les *Zones de peuplement industriel et urbain*<sup>3</sup> -Zpiu-, qui était susceptible de rendre compte de la péri-urbanisation particulièrement visible, à l'époque, au travers de la croissance des banlieues. Les pôles urbains alors constitués de la ville-centre et de sa banlieue connaissaient une très forte progression de leur population. En France, cet accroissement était lui-même induit principalement par le *baby-boom*, l'arrivée de population immigrée et des rapatriés d'Algérie, et aussi des ruraux venant rechercher des emplois en ville. Les échanges ont surtout lieu entre le centre-ville et sa banlieue.

---

<sup>1</sup> En France, est considérée comme ville toute commune dont la population est égale ou supérieure à 2 000 habitants, agglomérée au chef-lieu.

<sup>2</sup> Une Unité urbaine est constituée d'une ou plusieurs communes sur le territoire desquelles se trouve un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité et comportent au moins 2 000 habitants.

<sup>3</sup> Les Zpiu sont définies à l'issue de chaque recensement par l'Insee. Elles sont composées d'Unités urbaines (voir plus haut), de communes industrielles et de communes dortoirs.

Mais dès les années 1970, ce sont surtout les communes périurbaines, plus éloignées des centres-villes, qui connaissent les plus notables progressions de population. La croissance démographique gagne les périphéries, quitte les centres et les banlieues.

L'espace rural perd alors beaucoup de ses emplois. Dans les années 1980, la population active est concentrée dans les ensembles constitués des centres-villes, des banlieues et de la zone périurbaine. De ce fait, les échanges induits par la ville s'accroissent encore, les déplacements domicile-travail quotidiens augmentent dans leur fréquence et dans leur distance moyennes. Ce processus aboutit lors du recensement de 1990 à un constat étonnant : chaque jour, 4,5 millions de personnes se rendent dans la ville-centre pour y travailler, et 4,5 millions se déplacent vers un autre secteur de l'aire urbaine (périphérie ou banlieue).

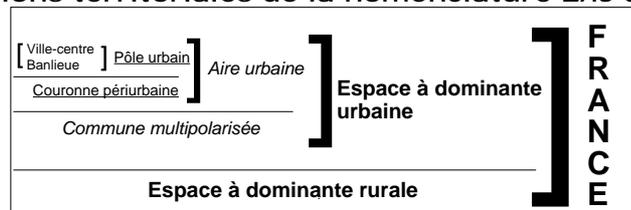
Ces évolutions résultant de processus longs et courts ont façonné une redistribution de la population dont il convient de tenir compte. Les communes périurbaines, par exemple, sont habitées, plus que les autres, d'un grand nombre de jeunes ménages actifs ayant eux-mêmes un plus grand nombre d'enfants. Toutefois, la natalité y est plus faible, car l'installation des jeunes couples a lieu alors que les premiers enfants sont déjà nés. Les jeunes ménages résident, comme les étudiants, en centre-ville, c'est pourquoi les taux de natalité y sont plus élevés. Arrivées en zone périurbaine, les jeunes familles transforment des résidences secondaires en résidences principales, ou plus souvent acquièrent une maison individuelle dans des lotissements nouvellement construits. Tout ceci s'accompagne d'effets induits lourds : dans l'ensemble de l'espace urbain, les temps de transports s'allongent, le nombre de véhicules individuels s'accroît, l'espace rural se rétrécit.

Ces phénomènes, majeurs dans la population française, ont rendu caduque l'utilisation des Zpiu. En effet, les Zpiu sont victimes aujourd'hui de leur gigantisme. S'il existait 9 000 Zpiu en 1962, on en dénombrait 29 000 en 1990. À cette date, 25 % du territoire et 4 % de la population se trouvaient hors Zpiu. Ce zonage a par conséquent perdu de son utilité puisqu'il n'est plus un critère discriminant. Trente ans après son élaboration, il convient de ne plus recourir à cet outil.

## LA NOMENCLATURE ZAU

Fort de ce constat et de l'impossibilité de modifier les contours des Zpiu après le recensement de 1990, dans le cadre du débat sur l'aménagement du territoire, l'Insee a mis sur pied en 1996 une nouvelle nomenclature tenant compte de ces évolutions. Cette nomenclature présente entre autres la particularité d'intégrer explicitement l'influence exercée par les villes sur leur environnement. Il s'agit du **Zonage en aires urbaines - ZAU**<sup>1</sup>.

### Les agrégations territoriales de la nomenclature ZAU de l'Insee



C'est cette nouvelle nomenclature qui a été testée, non sans quelques précautions et adaptations, dans cette étude. Elle a indiscutablement la potentialité de devenir un

<sup>1</sup> Cette révision avait été précédée de la refonte de la nomenclature par *Catégories socio-professionnelles* transformées en *Professions et catégories socio-professionnelles* par l'Insee lors du recensement de 1982.

cadre de référence non seulement commun, mais aussi adapté et à l'analyse des faits statiques, et aux évolutions territoriales dans l'ensemble de l'espace français, depuis l'échelle communale jusqu'à l'échelle nationale. En cela, elle semble plus adaptée et pourvue d'un potentiel nettement supérieur à celui des cadres régionaux et départementaux conventionnels lorsqu'il s'agit de produire des indicateurs statistiques se rapportant soit à un état de santé, soit à ses déterminants.

### **Une structure de "poupée russe"**

La nomenclature ZAU se présente comme un emboîtement d'espaces. En cela, elle ressemble à la structuration des poupées russes dont l'une contient les suivantes.

Elle se fonde tout d'abord sur l'individualisation de **pôles urbains** constitués eux-mêmes de ville-centre et de banlieue. On dénombre aujourd'hui en France, et selon l'Insee, 361 pôles urbains<sup>1</sup>.

Autour de ce noyau de pôles urbains, l'Insee individualise des **couronnes périurbaines**. L'addition des pôles urbains et des couronnes périurbaines constitue un deuxième ensemble appelé **aire urbaine**. Il existe par conséquent en France, 361 aires urbaines formées de 361 pôles urbains et de leurs 361 couronnes périurbaines.

Mais là ne s'arrête pas l'emboîtement. À ces aires urbaines, l'Insee a adjoint à leur périphérie des **communes multipolarisées** qui se placent entre les aires urbaines. Se trouvant en position intercalaire, il ne peut donc en exister 361. La conjonction des aires urbaines et des communes multipolarisées constitue cette fois, toujours selon l'Insee, la totalité de l'espace touché par l'urbanisation. C'est pourquoi cet ensemble est nommé **espace à dominante urbaine**. Il englobe l'ensemble des systèmes urbains français avec de larges écarts de taille et de population locale ou régionale.

Enfin, le reste du territoire français non inclus dans l'espace à dominante urbaine est dénommé **espace à dominante rurale**. Le Nord - Pas-de-Calais est la seconde région française la moins rurale juste derrière l'Île-de-France.

## **LES SYSTÈMES TERRITORIAUX URBAINS DU NORD - PAS-DE-CALAIS**

### **Le deuxième espace français à dominante urbaine**

L'espace à dominante urbaine du Nord - Pas-de-Calais est le deuxième de France. Avec ses 3,9 millions d'habitants, il devance très nettement par le poids de sa population ses homologues du midi de la France, de Lyon -2,5 millions- ou de Provence-Sud Rhodanien -2,7 millions-. Il s'agit donc, à bien des égards, d'une colossale conurbation plus similaire à celles que l'on trouve au Benelux ou en Allemagne qu'ailleurs en France ; elle s'étend d'ailleurs bien au-delà de la frontière, vers la Belgique.

L'espace à dominante urbaine recouvre les deux-tiers du territoire Nord - Pas-de-Calais (64 % très exactement) et est habité par 91,7 % de la population. Il englobe 23 aires urbaines où habite 85,9 % de la population régionale, soit plus que la moyenne française, qui est inférieure de 13 points<sup>2</sup>.

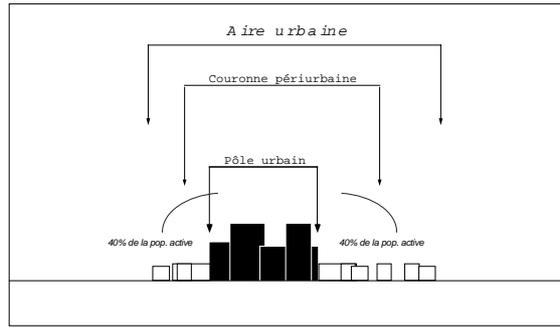
---

<sup>1</sup> Thomas Le Jeannic, Une nouvelle approche territoriale de la ville, Economie et statistique, n° 294-295, 1996, 25-45.  
Thomas Le Jeannic, Le zonage en aires urbaines : une nouvelle nomenclature spatiale de l'Insee, La santé de l'homme, n° 327, 1997, IX-XI.

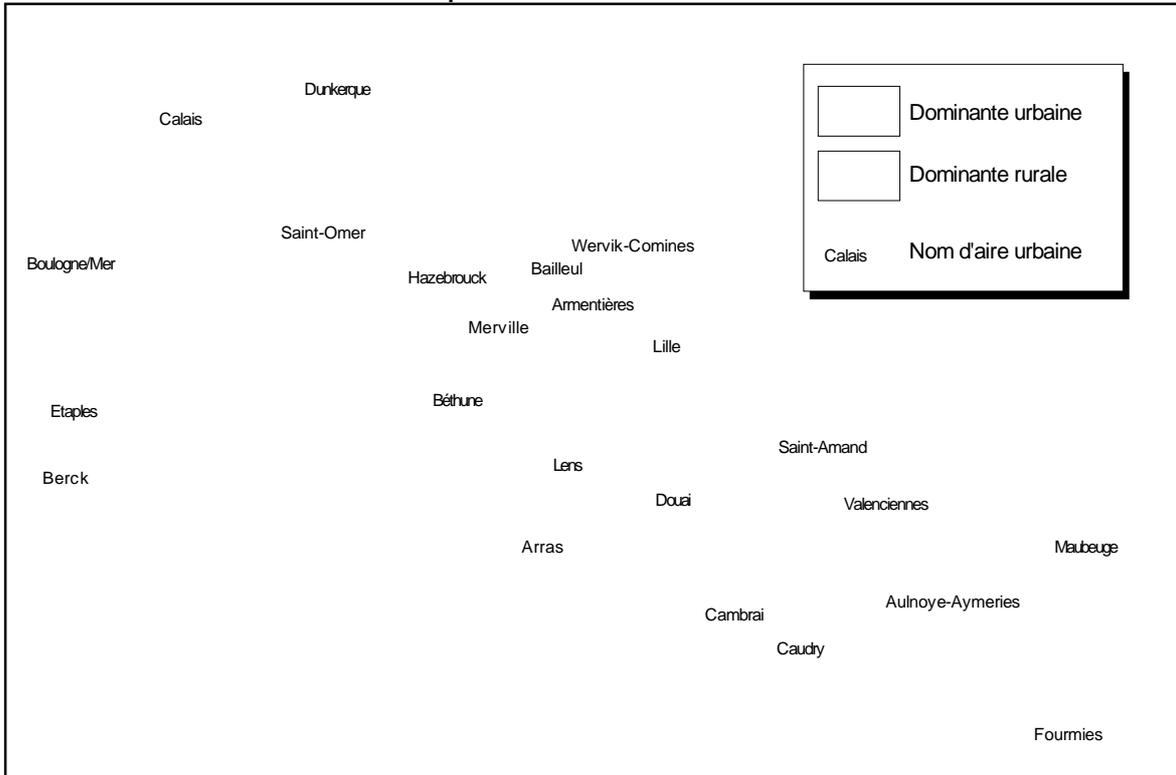
Didier Paluch, Les aires urbaines : une approche plus large de la ville, Profils, n° 11, 1996.

<sup>2</sup> En France, 72,9 % de la population totale réside dans une **Aire urbaine**.

La constitution des aires urbaines selon l'Insee



Les espaces à dominante urbaine et à dominante rurale et la typonomie des aires urbaines d'après la nomenclature ZAU de l'Insee



## Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

### Nombre de communes selon la catégorie d'espace de la nomenclature ZAU en France

France entière	Communes	
	Nombre	%
Urbaines	361	1,1
Périurbaines	7 900	23,2
Multipolarisées	2 500	7,3
Rurales	23 300	68,4
<b>Total</b>	<b>34 061</b>	<b>100,0</b>

*Source : Insee*

### Répartition de la population en 1990 suivant les catégories de communes dans les neuf premières régions françaises et en France

	Nord - Pas-de-Calais	Ile-de-France	Rhône-Alpes	Paca	Aquitaine
Urbaines	75,9%	90,6%	63,6%	80,5%	51,0%
Périurbaines	10,0%	7,6%	12,9%	4,7%	10,7%
Multipolarisées	5,8%	1,3%	3,4%	3,2%	1,4%
Rurales	8,3%	0,6%	20,1%	20,1%	36,9%
	Bretagne	Midi Pyrénées	Centre	Lorraine	FRANCE
Urbaines	38,7%	47,5%	47,6%	54,7%	60,7%
Périurbaines	18,5%	12,0%	15,2%	11,7%	12,2%
Multipolarisées	2,1%	1,2%	3,5%	10,4%	3,5%
Rurales	40,7%	39,3%	33,6%	23,2%	23,6%

*Source : Insee*

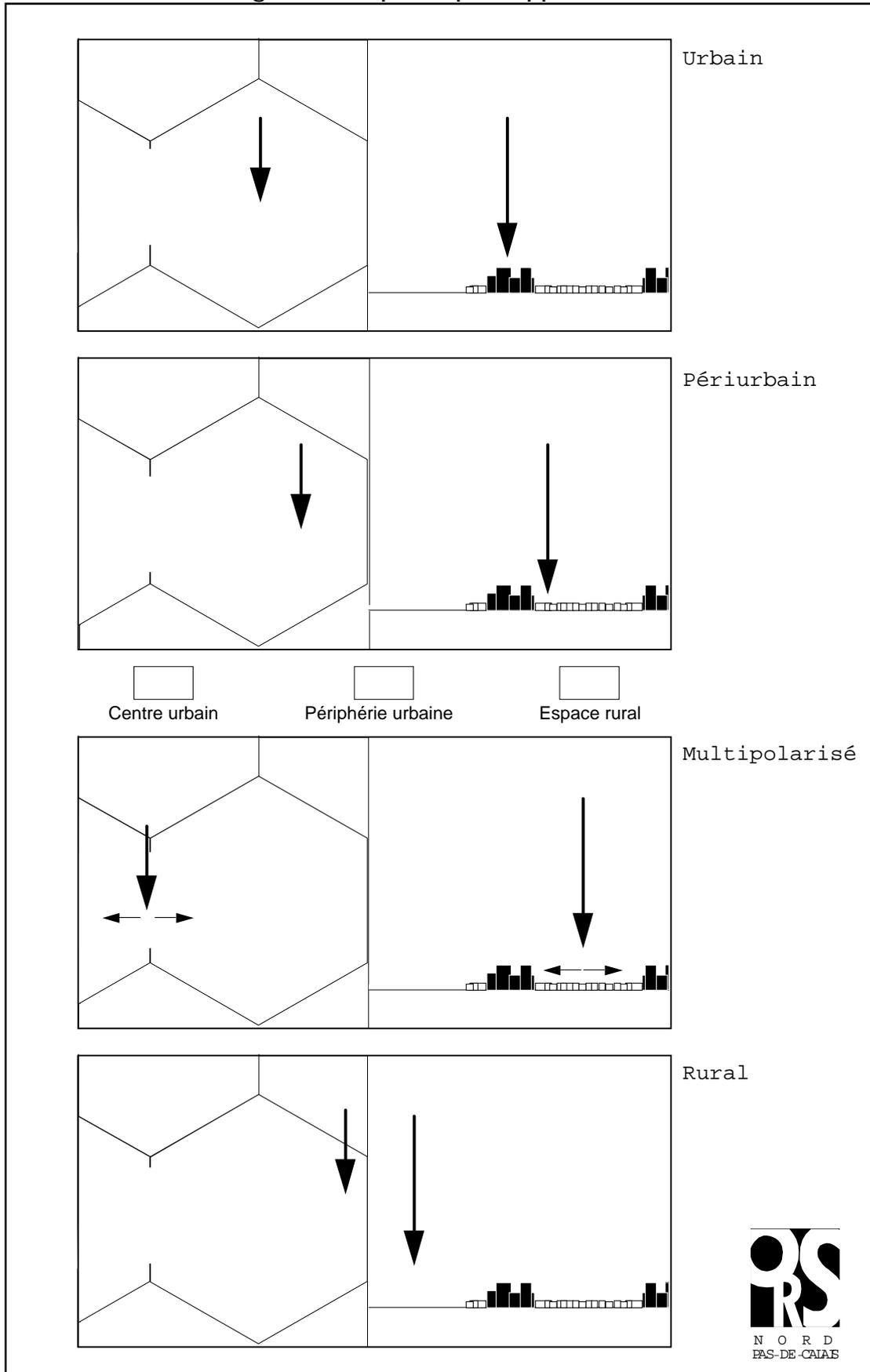
### Les pôles urbains

Le Nord - Pas-de-Calais compte 23 des 361 pôles urbains. La proportion de population qui y réside -75,9 %- se situe au-dessus de la moyenne nationale -60,7 %- mais en deçà des niveaux atteints dans des régions où existe une forte attraction de la métropole, comme l'Ile-de-France et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

En moyenne, les populations de ces pôles urbains n'ont pas évolué entre les recensements de 1982 et de 1990. Pour autant, ceci ne signifie pas que le renouvellement des personnes et des familles qui y vivent ne soit pas réel et soutenu. Ainsi, les personnes retraitées qui quittent les pôles urbains lorsqu'elles y résidaient, sont remplacées souvent par des jeunes en formation qui, à leur tour, migreront lorsqu'ils auront leurs premiers enfants.

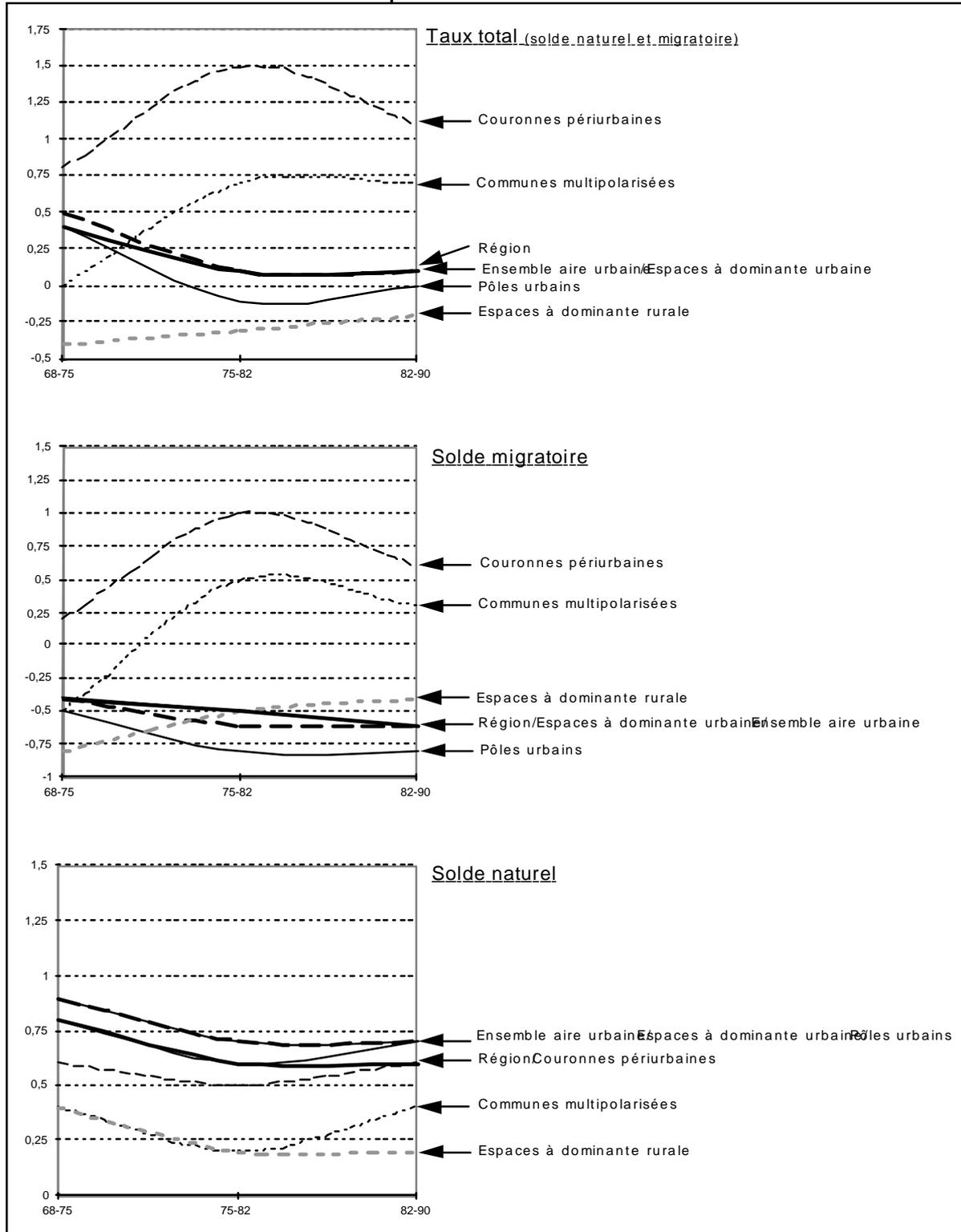
*Pour être pôle urbain, une commune doit offrir au moins 5 000 emplois sur son propre territoire et ne pas être sous la dépendance directe d'un autre pôle urbain.*

Catégories d'espaces par rapport à la ville



## Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

**Évolutions des taux annuels moyens de variation de population selon les catégories de la nomenclature ZAU dans le Nord – Pas-de-Calais lors des trois dernières périodes intercensitaires**



## Les couronnes périurbaines

Dans le Nord - Pas-de-Calais, 303 des 7 900 communes françaises sont de ce type. La part de population qui correspond à cette catégorie place la région au-dessus de l'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, et au-dessous de la Bretagne, du Midi-Pyrénées, du Centre, de la Lorraine et, plus étonnant, de la région Rhône-Alpes.

Contrairement à celle des pôles urbains, la population des couronnes périurbaines a été multipliée par 1,5 depuis 1982. Le taux moyen annuel d'accroissement a été de + 1,5 % entre 1975 et 1982 et de + 1,1 % entre 1982 et 1990. Cette progression résulte, d'une part, de l'accroissement démographique de ces zones -accroissement lui-même induit par un solde migratoire très élevé- et d'autre part, de leur expansion géographique ; laquelle provient en partie de la facilité donnée par les transports individuels et collectifs.

*Les couronnes périurbaines sont définies par le fait que 40 % au moins de leur population active résidente se rend vers le pôle urbain ou vers les communes de l'aire périurbaine dont elle fait elle-même partie.*

## Les communes multipolarisées

Dans le Nord - Pas-de-Calais, il y a 204 des 2 500 communes multipolarisées de France. S'agissant d'un type de commune qui ne se trouve que dans une conurbation, dans un contexte de *système urbain local conurbationnel* de type « Europe du Nord-Ouest », il est logique que ces communes se trouvent à l'échelle nationale dans la France du nord, dans le Nord - Pas-de-Calais surtout, mais aussi autour de Paris, en Haute-Normandie, en Alsace et en Lorraine.

Les communes multipolarisées assurent une fonction de lien, de pont entre aires urbaines. C'est d'elles que découlent les effets d'agglomération. Sans elles, l'espace urbain du Nord - Pas-de-Calais serait affecté de discontinuités sur le littoral surtout, mais cela serait aussi le cas pour les unités urbaines de Cambrai, Maubeuge et St-Omer. Seule l'unité urbaine de Fourmies est sans contact avec la totalité de l'ensemble urbain régional.

Elles ont connu une notable croissance démographique fondée sur une attraction exercée sur les populations qui leur étaient extérieures, en s'étendant aux dépens des espaces ruraux. Le taux d'accroissement annuel moyen a été, au cours de la dernière période intercensitaire, de + 0,7 %.

*Pour être multipolarisée une commune doit envoyer 40 % de ses actifs ayant un emploi vers plusieurs autres aires urbaines, sans que pour autant ce seuil ne soit atteint avec une seule aire urbaine. Elle doit, de plus, être limitrophe, connexe aux aires urbaines qui attirent ses actifs.*

## L'espace à dominante rurale

On dénombre 625 communes faisant partie de l'espace à dominante rurale dans le Nord - Pas-de-Calais. Elles ne représentaient que 8,3 % de la population régionale soit beaucoup moins que la moyenne nationale ou que la moyenne des régions françaises les plus peuplées, exception faite de l'Île-de-France.

Leur évolution démographique est nettement négative depuis 1975 bien que les fuites engendrées par les soldes migratoires négatifs tendent à se réduire de plus en plus. Toutes ne sont pas des communes rurales. En effet, certaines d'entre elles sont de petites unités urbaines qui n'ont pas été retenues dans l'espace à dominante urbaine. Cet ensemble trouve bien sa place dans cette étude consacrée aux territoires urbains puisque sa définition est la suivante : *sont classées dans l'espace à dominante rurale la totalité des communes ou des petites unités urbaines n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine.*

**Le Littoral Nord – Pas-de-Calais**  
**Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives**

**Nombre de communes selon la catégorie de la nomenclature ZAU en France**

Nord Pas-de-Calais	Population		Cantons et grandes communes		Communes		Différence % cantons et grandes communes / %
	Nombre (en milliers)	%	Nombre	%	Nombre	%	
Urbaines	2 814 254	71,0	109	64,1	417	26,9	+ 36,4
Périurbaines	505 626	12,7	17	10,1	303	19,6	- 9,4
Multipolarisées	219 517	5,6	14	8,2	204	13,2	- 4,7
Rurales	425 661	10,7	30	17,6	625	40,3	- 22,3
<b>Total</b>	<b>3 965 058</b>	<b>100,0</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>	<b>1 549</b>	<b>100,0</b>	

Source : Insee

## Propositions bibliographiques

A l'issu de ce "Tableau de bord", il nous a semblé utile de conseiller le lecteur curieux qui souhaiterait enrichir sa culture alcoolique et addictive et qui plus simplement, ressentirait le besoin d'aller au-delà des indicateurs réunis dans cet ouvrage tout en étendant son regard plus loin que les limites du seul Nord - Pas-de-Calais.

A cette fin nous avons pris le parti de présenter ici, essentiellement des ouvrages et non des articles, considérant que la longueur des développements est, dans l'optique qui est la notre, préférable à l'érudition ponctuelle.

Avant toute chose, nous lui proposons de se reporter aux études et rapports publiés par l'Ors Nord - Pas-de-Calais dans lesquels l'alcoolisme a pu être abordé.

Parmi ceux-ci on relèvera :

### **Autres travaux et publications de l'Ors Nord - Pas-de-Calais**

- Lacoste O, Lahoute C, Declercq C. *Géographie de la santé des populations du département du Nord : mortalité globale et par grandes causes*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 1991 ; 80 p.
- Lacoste O, Lahoute C, Declercq C. *Géographie de la santé des populations du département du Pas-de-Calais : mortalité globale et par grandes causes*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 1991 ; 80p.
- Lacoste O, Spinosi L, Declercq C, Tillard B, Tricart M. *L'état de santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 1996 ; 191 p.
- Lacoste O, Debeugny S. *Les réseaux médicaux, sanitaires et sociaux locaux*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 1998 ; 191 p. et annexes.
- Ors Nord - Pas-de-Calais. *L'alcool dans le Nord - Pas-de-Calais. Mortalité, morbidité, consommation, système de soins*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 1994 ; 96 p. et annexes.
- Sampil M, Lacoste O, Declercq C. *Territoires urbains et santé*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 1998 ; 62 p. et annexes.
- Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : Ors Nord - Pas-de-Calais, 2000 ; 182 p.

Quelques petits manuels peuvent être conseillés. Les différences de contenus entre les deux éditions de 1954 et 1998 des "Que sais-je" ayant pour titre "l'Alcoolisme" sont tout à fait significatives. Leur comparaison permet de comprendre quelles ont pu être en France les évolutions de son abord. Dans la même collection on signalera le remarquable "La grossesse et l'alcool" rédigé par le Docteur Dehaene qui a principalement mené son activité à Roubaix. Les ouvrages de Herpin et Verger permettent de faire le point sur les tendances actuelles caractérisant la consommation (en particulier alimentaire) des Français Enfin les autres ouvrages sont de bonnes portes d'entrée vers les neurosciences dont la neurobiologie.

### **Petits manuels utiles**

- Cerclé A. *L'alcoolisme*. Paris : Flammarion, coll Domino, 1998 ; 121 p.
- Dehaene D. *La grossesse et l'alcool*. Paris : PUF, coll. Que sais-je, 1995 ; 127 p.
- Herpin N, Verger D. *La consommation des Français*. Paris : La Découverte, 2000, 2 vol.
- Hillemand B. *L'alcoolisme*. Paris : PUF, coll. Que sais-je, 1999 ; 127 p.
- Juan de Mendoza JL. *Deux hémisphère un cerveau*. Paris : Flammarion, coll Domino, 1996 ; 126p.
- Malignac G. *L'alcoolisme*. Paris : PUF, coll. Que sais-je, 1954 ; 123 p.
- Richard D. *Les drogues. Recherches et théories*. Paris : Flammarion, coll Domino, 1998 ; 125 p.
- Spadone C. *La maladie mentale. Recherches et théories*. Paris : Flammarion, coll Domino, 1995 ; 124 p.

Ces références constituent les bases de l'analyse des phénomènes alcooliques en santé publique. Le livre de M. Craplet est non seulement le plus récent mais aussi le plus complet. Il complète très utilement "l'Alcool à chiffres ouverts" dont l'approche est exclusivement statistique. L'article d'Henri Picheral reste d'actualité et représente l'un des textes fondateurs de l'approche

## Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

régionalisée de l'alcoolisme que nous avons développée dans ce "Tableau de Bord". Enfin, les textes de Péquignot traitant des consommations d'alcool et de leurs effets sur la santé et celui de Weill, bien que plus ponctuel, méritent de figurer parmi ces références basiques.

### Ouvrages et articles de base

- Craplet M. *Passion alcool*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000 ; 379 p.
- Got C , Weill J. *L'alcool à chiffres ouverts*. Paris : Seli Arslan, 1997 ; 350 p.
- Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. *Epidémiologie des cancers*. Paris : Flammarion, 1997 ; 111 p.
- Koves V. *Epidémiologie et santé mentale*. Paris : Flammarion, 1996 ; 162 p.
- Picheral. L'émergence d'une alcoologie régionale. *Journal d'Alcoologie* 1990 ; 2 : 221-230.
- Péquignot F, Jouglu E, Le Toullec A, Bovet M. Données épidémiologiques sur les causes de décès en France. *Prévenir* 2000 ; 38 : 25-34.
- Péquignot G, Tuyns AJ, Berta JL. *Ascitis cirrhosis in relation to alcohol consumption*, International Journal of Epidemiology, Oxford University Press 1978.
- Péquignot G, Tuyns AJ. *Rations d'alcool déclarées et risques pathologiques*. Colloques de l'Inserm, 1976.
- Richard D, Senon JL. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse, 1999 ; 433 p.
- Weill J. *Pour une lecture critique de la "loi de ledermann"*. Paris : Ireb, 1993 ; 112 p.

L'alcoolisme a été abordé par un grand nombre de rapports commandités par les pouvoirs publics. Le plus ancien ne date que de 1997. Il s'agissait du rapport Padieu-Beaugé-Choquet-et al. qui pose les bases de l'approche des dépendances et des conduites de consommation dans la politique de santé publique française. Depuis, l'essentiel des publications marquantes proviennent ou ont été initiées par la Mildt-Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie.

### Rapports publics

- Haut Comité de santé publique. *La santé en France*. Paris : La Découverte, 1998 ; 121 p.
- Hébel P, Le Quéau P, Mahieu A, Varoquiaux D, Zorzin ML. *Les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme*. Paris : Credoc, 2000 ; 241 p.
- Kopp P, Fenoglio P. *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Etude n°22, 2000 ; 277 p.
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie. *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001)*. Paris : La Documentation française, 1999 ; 226 p.
- Padieu R, Beaugé F, Choquet M, Molinard R, Parquet P, Stinus L. *Dépendances et conduites de consommation*. Paris : Editions Inserm, 1997 ; 243 p.
- Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000 ; 273 p.
- Roques B. *La dangerosité des drogues*. Paris : Editions Odile Jacob - La documentation française, 1999 ; 316 p.

Plusieurs points particuliers ayant indirectement trait à l'alcoolisme sont traités dans ces ouvrages. Le lecteur exigeant pourra utilement s'y reporter.

### Santé publique

- Fagot-Largeault A. *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*. Paris : Librairie Philosophique J. Vrin, 1989 ; 420 p.
- Lacoste O. *Géopolitique de la santé*. Paris : La Découverte, 1994 ; 385 p.
- Morel A (Dir). *Prévenir les toxicomanies*. Paris : Dunod, 2000 ; 319 p.
- Murray C J L, Lopez A D. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In Murray C J L, Lopez A D , eds, *The global burden of disease*. Genève - New York : World health organization, Harvard school of public health, World bank, 1996 : 295-324.
- Oberlé D (Dir). *Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the European Union*. Vandoeuvre-lès-Nancy, 1998 ; 106 p.
- Société française de santé publique. *Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the european Union*. Vandoeuvre-lès-Nancy, 1998.

La compréhension de la dépendance et plus encore la description des phénomènes de consommation doivent beaucoup aux avancées des neuro-sciences. Les publications de J. D. Vincent

## Bibliographie

éclairent avec une grande pédagogie ces points. En outre J. D. Vincent replace magistralement les consommations d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives dans le cadre du fonctionnement neuronal, des pratiques de la vie quotidienne de nos contemporains en ouvrant le champ des "addictions" à l'ensemble des conduites humaines que peuvent être le jeu, la boulimie ou l'anorexie, le travail, les pratiques sexuelles et une grande partie des activités intellectuelles. Gaba, noradrenaline, endomorphines, sérotonine, habitude et auto-stimulation y sont exposés en termes simples et extrêmement pédagogiques.

Ces lectures complétées par les publications de E. Zarifian devrait permettre au lecteur de replacer la prise en compte des addictions à sa juste place.

### Neuro-sciences et psychiatrie

- Vincent JD. *Biologie des passions*. Paris : Editions Odile Jacob, 1986 ; 341 p.
- Vincent JD. *La chair et le diable*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000 ; 303 p.
- Zarifian E. *Des paradis pleins la tête*. Paris : Editions Odile Jacob, 1994 ; 220 p.
- Zarifian E. *Le prix du bien-être*. Paris : Editions Odile Jacob, 1996 ; 282 p.
- Zarifian E. *Les jardiniers de la folie*. Paris, Editions Odile Jacob, 2000 ; 295 p.

Deux ouvrages inégaux sont consacrés à l'histoire de l'alcoolisation et de l'alcoolisme. Bien que l'essentiel de ce qui se rapporte à l'alcool y soit dispersé, on pourra se reporter aux livres de Flandrin et de Léonard qui ont le mérite d'aborder la question avec un plus grand recul historique, en embrassant de plus vastes panoramas.

### Perspectives historiques

- Flandrin JL, Montanari M. *Histoire de l'alimentation*. Paris : Fayard, 1996 ; 915 p.
- Fouquet P, De Borde M. *Le roman de l'alcool*. Paris : Seghers, coll Médecine et Histoire, 1985 ; 334 p.
- Léonard J. *Archives du corps. La santé au XIX<sup>e</sup> siècle*. Nantes : Editions Ouest-France, 1986 ; 295 p.
- Nourrisson D. *Le buveur du XIX<sup>e</sup> siècle*. Paris : Albin Michel, 1990 ; 354 p.

L'approche sociologique, bien que très ponctuellement abordée ici faute de données quantifiables ou d'études portant sur le contexte régional, est l'une des approches parmi les plus utiles. L'abord addictif y est souvent replacé dans un contexte non médical, si ce n'est critiqué.

Au cours des dernières années, Ehrenberg à apporté la contribution la plus innovante. Pour notre part il nous semble que la lecture des deux ouvrages de N. Elias s'impose pour ceux qui s'inquièteraient des relations individus/groupe et des processus de précarité et d'exclusion.

### Approche sociologique

- Bernard C (Dir). *Désirs d'ivresse. Alcools, rites et dérives*. Paris : Autrement, coll mutations, n°191, février 2000 ; 194 p.
- Ehrenberg A. *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris : Editions Esprit, coll Société, 1991 ; 356 p.
- Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Editions Odile Jacob, 1998 ; 318 p.
- Elias N. *La société des individus*. Paris : Fayard, 1987 ; 301 p.
- Elias N. *Logiques de l'exclusion*. Paris : Fayard, 1997 ; 278 p.
- Suissa AJ. *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Québec : Fides, 1998 ; 191 p.

Il existe deux agréables manuels de lexicographie qui permettent de retrouver du sens dans l'histoire des termes français dont la précision égale au moins l'anglais ou les emprunts faits à l'anglais.

Enfin on recommandera très vivement la lecture du roman d'A. Duff dans lequel sont dépeints les manifestations d'un alcoolisme ravageant la "communauté" des aborigènes de Nouvelle-Zélande au travers de situations ressemblant beaucoup à celles que l'on peut observer et connaître dans le Nord - Pas-de-Calais.

### Autres ouvrages utiles

- Barbier D. *La dangerosité alcoolique*. Paris, coll Nodules, 1998 ; 128 p.
- Bouché PM. *Les mots de la médecine*. Paris : Belin, 1994 ; 509 p.
- Chatelain-Courtois M. *Les mots du vin et de l'ivresse*, Paris : Belin, 1984 ; 303 p.
- Duff A. *L'âme des guerriers*. Arles : Actes sud, 1996, 313 p.



## *Abréviations*

---

**ALD** : Affections longue durée

**ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

**ANPA** : Association nationale de prévention de l'alcoolisme

**AOC** : Appellation d'origine contrôlée

**ARH** : Agence régional de l'hospitalisation

**CAN** : Centre d'alcoologie et de nutrition

**CASEA** : Centre ambulatoire de soins en alcologie

**CCAA** : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

**CFES** : Comité français d'éducation pour la santé

**CHAA** : Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie

**CIM** : Classification internationale des maladies

**CPTCA** : Centre de prévention et de traitement des conduites d'alcoolisation

**DDASS** : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

**DGS** : Direction générale de la santé

**GRA** : Groupement régional d'alcoologie

**ICM** : Indice comparatif de mortalité

**INED** : Institut national d'études démographiques

**INRA** : Institut national de la recherche agronomique

**MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PMSI** : Programme de médicalisation du système d'information

**RSM** : Ratio standardisé de mortalité

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé publics et privés

**SROS** : Schéma régional d'organisation sanitaire

**VADS** : Voies aérodigestives supérieures

**ZAU** : Zonage en aires urbaines