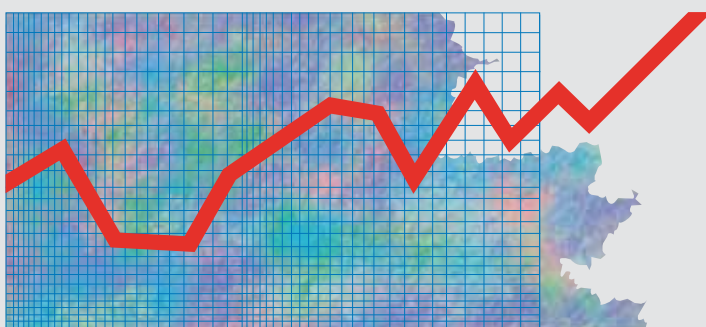


IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ



Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France

Laure Com-Ruelle
Paul Dourgnon
Florence Jusot
Pascale Lengagne

■ Série analyse

2008

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	François Joliclerc
Trésorier	Jean-Marie Langlois
Membres	Hubert Allemand, Laure Com-Ruelle, Yves Humez, Jean-Marie Langlois, Daniel Lenoir, Dominique Liger, Christine Meyer, Julien Mousquès, Bernard Salengro, Georges Simoni, Jean-Marie Thomas, Frédéric Van Roekeghem

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président	François Heran
Membres	Didier Blanchet, Marc Brodin, Martine Bungener, Mathieu Cousineau, Gérard De Pourville, Guy Desplanques, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Pierre-Jean Lancry, Annette Leclerc, Pierre Lombrail, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Lucile Olier, Dominique Polton, Philippe Ricordeau, Lise Rochaix, Simone Sandier, Alain Trognon, Philippe Ulmann

EQUIPE DE RECHERCHE

Directrice	Chantal Cases
Directrice adjointe	Catherine Sermet
Directeurs de recherche	Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur
Maîtres de recherche	Thierry Debrand, Paul Dourgnon, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas-Gabrielli, Georges Menahem, Julien Mousques, Zeynep Or, Valérie Paris, Marc Perronnin.
Chargés de recherche	Anissa Afrite, Anne Aligon, Caroline Allonier, Magali Coldefy, Bidénam Kambia-Chopin, Pascale Lengagne, Anna Marek, Aurélie Pierre, Thomas Renaud, Thierry Rochereau, Nicolas Sirven, Engin Yilmaz
Chercheur associé	Caroline Despres, Michel Grignon, Florence Jusot, Michel Naiditch
Attachées de recherche	Claire Barangé, Martine Broïdo, Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Nelly Le Guen, Frédérique Ruchon
Responsable de la documentation	Marie-Odile Safon
Documentalistes	Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
Responsable des publications	Nathalie Meunier
Informaticiens	Bruno Dervillez, Jacques Harrouin, Christophe Lainé
Secrétaire générale	Dominique Goldfarb
Cadre administratif	Isabelle Henri
Assistante de direction	Catherine Banchereau
Secrétaires-maquettistes	Khadidja Ben Larbi, Franck-Séverin Clérembault, Aude Sirvain
Secrétaire de la diffusion	Sandrine Bequignon
Employé de bureau	Damien Le Torrec

Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France

Laure-Com-Ruelle

Paul Dourgnon

Florence Jusot

Pascale Lengagne

Rapport n° 541 (biblio n° 1703) - Avril 2008

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.

En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur de l'IRDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 978-2-87812-345-6

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier :

- l'INPES qui a cofinancé cette étude ;
- Eugénie Latil qui a effectué les premières analyses ;
- Philippe Le Fur et Thomas Renaud pour la relecture de ce rapport ;
- Nathalie Meunier et Anna Marek pour leur apport précieux à l'écriture du Questionnaire d'Economie de la Santé correspondant ;
- ainsi que Nicole Leymarie, médecin directeur général de l'IREB (Institut de réseau de santé sur les boissons) pour sa relecture ;
- Khadidja Ben Larbi pour la mise en page de ce rapport ;
- et Martine Broido pour la relecture orthographique.

Sommaire

Sommaire

Résumé.....	9
Introduction.....	15
1. Source de données	21
1.1 L'Enquête Santé et Protection Sociale	23
1.2 Les questions portant sur l'alcool dans l'ESPS	24
1.3 Définition des profils d'alcoolisation	25
1.3.1 Calcul du volume d'alcool consommé par semaine	26
1.3.2 Classement en profils d'alcoolisation	27
2. Prévalences des différents profils d'alcoolisation.....	29
2.1 Prévalences des problèmes d'alcool selon le sexe	31
2.2 Prévalences par tranche d'âge parmi les hommes et les femmes	32
2.2.2 Chez les hommes	32
2.2.3 Chez les femmes	34
2.3 Prévalences selon la ZEAT, le niveau d'éducation, la PCS.....	35
2.4 Synthèse	40
3. Déterminants socio-économiques classiques de la consommation d'alcool.....	41
3.1 Méthode d'analyse.....	43
3.2 Résultats de l'analyse « en escalier »	44
3.2.1 Chez les hommes.....	44
3.2.2 Chez les femmes.....	47
3.3 Résultats complémentaires	49
3.3.1 Facteurs associés au risque ponctuel	49
3.3.2 Facteurs associés au risque chronique.....	51
3.4 Synthèse	53

4. Déterminants psychosociaux, vulnérabilité sociale et consommation d'alcool	55
4.1 Données et Méthode	58
4.1.1 L'échantillon utilisé issu de l'enquête ESPS 2004	58
4.1.2 Le repérage de la vulnérabilité sociale	60
4.1.3. Le repérage des déterminants psychosociaux de la santé	60
4.1.4. Méthode d'analyse	61
4.2 Résultats	62
4.2.1 Analyse séparée des déterminants psychosociaux	62
4.2.2 Analyse multivariée des déterminants psychosociaux	63
4.2.3 Analyse des interactions entre sexe et déterminants psychosociaux	66
4.3 Synthèse	68
Conclusion	69
Bibliographie	73
Annexes	79
Annexe 1 : Le questionnaire Audi-validé	81
Annexe 2 : Prévalence des problèmes d'alcoolisation selon les caractéristiques socio-économiques	83
Annexe 3 : Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique pour 100 000 habitants	87
Annexe 4 : Cartes de France par ZEAT des taux de décès standardisés liés à l'alcool et des prévalences de l'usage à risque	89
Annexe 5 : Questions du questionnaire principal 2004 sur la vulnérabilité sociale	91
Annexe 6 : Questions du questionnaire principal 2004 sur les déterminants sociaux de la santé	93
Liste des tableaux	97
Liste des graphiques	99

Résumé

Résumé

Un premier travail méthodologique mené à partir de l'Enquête Santé et Protection Sociale 2002 (ESPS-IRDES) et de l'Enquête Santé 2002-2003 (ES-INSEE) a permis de valider l'utilisation du questionnaire AUDIT-C pour étudier les problèmes d'alcool en population générale. À partir du questionnaire AUDIT-C et des seuils de consommation définis par l'OMS, nous avons proposé une typologie des consommations d'alcool en quatre à six catégories progressives. Ces catégories sont : les non-consommateurs, les consommateurs sans risque (occasionnels et réguliers), les consommateurs à risque ponctuel, les consommateurs à risque chronique (y compris les alcoolodépendants).

Ce travail a constitué un préalable nécessaire à une étude de la prévalence et des facteurs socio-économiques associés à la consommation d'alcool, dont ce rapport présente les principaux résultats.

Dans ce rapport, nous mesurons les prévalences des profils de consommation identifiés précédemment. Nous étudions ensuite les liens statistiques entre les facteurs économiques et sociaux et la consommation d'alcool, mesurée là encore selon la classification élaborée précédemment. Ces analyses se basent sur les enquêtes ESPS 2002 et 2004.

Nous analysons tout d'abord l'impact des dimensions habituellement retenues du statut démographique, économique et social (âge, sexe, revenu, éducation, profession, occupation, type de ménage) ainsi que l'influence du contexte géographique (ZEAT, type d'agglomération). Dans un deuxième temps, nous étudions l'influence de la vulnérabilité sociale et des ressources d'ordre psychosocial (capital social, soutien social, autonomie au travail) sur la consommation d'alcool.

L'étude des prévalences des différents profils d'alcoolisation fait apparaître les résultats suivants

Sur la base des enquêtés dont nous avons pu déterminer le profil d'alcoolisation, ces prévalences s'établissent dans l'ESPS 2002 à :

- non-consommateurs : 17 % des hommes et 35 % des femmes ;
- consommateurs sans risque : 40 % des hommes et 52 % des femmes ;
- consommateurs à risque ponctuel : 31 % des hommes et 11 % des femmes ;
- consommateurs à risque chronique : 13 % des hommes et 2 % des femmes.

La prévalence de l'usage nocif est ainsi prédominante chez les hommes et plus faible chez les femmes.

Les prévalences des problèmes d'alcool varient en fonction de l'âge. Le risque chronique touche 6 % des hommes de 16 à 24 ans et 19 % des hommes âgés de 45 à 64 ans. Le risque ponctuel concerne surtout les jeunes de 25 à 34 ans : environ 45 % des hommes et près de 20 % des femmes.

Toutes choses égales par ailleurs, l'âge conserve un effet propre sur les modes de consommation d'alcool

En premier lieu, on constate une plus forte déclaration de non-consommation parmi les moins de 35 ans. Par ailleurs, parmi les consommateurs, on note une décroissance du risque d'alcoolisation excessive après 44 ans ; enfin, lorsque ce risque est avéré, on remarque un accroissement avec l'âge de la probabilité d'être buveur excessif chronique plutôt que ponctuel. Ces relations reflètent, pour une part, des effets d'âge traduisant le passage de la non-consommation à la consommation d'alcool sans risque, jusqu'à l'installation du risque chronique. Elles peuvent également indiquer des différences de mode de consommation d'alcool entre générations.

La famille semble « protéger » de la consommation excessive d'alcool, sauf lorsque l'un des membres présente un usage à risque

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes qui vivent au sein d'un ménage formé d'un couple avec enfant(s) se déclarent en moyenne moins souvent consommatrices d'alcool que celles qui vivent seules. En outre, celles qui le sont présentent très rarement un risque d'excès ; si le couple n'a pas d'enfant, elles ne sont pas moins consommatrices mais elles gardent un mode de boire très modéré.

Les hommes vivant au sein d'un couple sans enfant sont plus souvent consommateurs d'alcool que ceux vivant seuls, mais avec ou sans enfant, ils présentent un bien moindre risque d'alcoolisation excessive que ceux vivant seuls.

Ainsi, le risque d'alcoolisation excessive est surtout concentré chez les personnes vivant seules, hommes ou femmes, alors que les modes de boire modérés sont plus fréquents dès lors que l'on vit au sein d'une famille.

Ce résultat suggère un effet protecteur de la famille contre le risque d'alcoolisation excessive. Mais il peut aussi suggérer une influence des

comportements à risque sur le fait de vivre seul plutôt qu'au sein d'une famille.

Cependant, cette association entre vie de famille et boire modéré est contrebalancée par le fait que la probabilité de consommation excessive d'alcool s'élève nettement lorsqu'au moins un des membres du ménage présente un usage à risque. Cette seconde relation peut refléter une forte influence des comportements de consommation d'alcool de l'entourage sur ceux de l'individu, ou encore, à l'inverse, un certain impact des préférences ou des comportements communs sur la formation des ménages.

Une plus forte probabilité d'être non-consommateur d'alcool en bas de l'échelle sociale

La non-consommation concerne les catégories sociales peu aisées : les ménages à bas revenus, les hommes au chômage, les personnes ayant un niveau d'éducation faible, les étudiants et autres inactifs non-retraités, les ouvrières, mais aussi les agricultrices. Ces résultats renvoient à des mécanismes explicatifs différents parmi lesquels un effet prix, l'influence de l'état de santé ou encore de variables d'ordre culturel ou religieux, non contrôlés par nos modèles statistiques.

Parmi les femmes, celles ayant un statut de cadre sont davantage concernées par la consommation excessive d'alcool

Chez les femmes qui déclarent consommer de l'alcool, parmi les différents groupes socio-économiques, seules celles qui ont un statut de cadre se distinguent par une consommation excessive d'alcool plus fréquente.

Pour les hommes, en revanche, les associations entre catégorie socio-économique et consommation excessive sont plus contrastées

Parmi les hommes consommateurs d'alcool, les cadres, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, mais aussi les ouvriers et les agriculteurs, présentent plus souvent que les employés un risque d'alcoolisation excessive. Ceci est également vérifié pour les actifs occupés comparativement aux étudiants.

Mais lorsque le risque est avéré, il est, dans certaines catégories, plus souvent de nature chronique que ponctuelle : c'est le cas pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, les professions intermédiaires, les enquêtés ayant un niveau d'études primaire ou collège et pour ceux qui appartiennent à un ménage dont les ressources ne dépassent pas un revenu net mensuel de 990 euros.

Toutes choses égales par ailleurs, le Nord reste marqué par l'alcoolisation excessive, chez les hommes comme chez les femmes

Les régions diffèrent les unes des autres selon les modes de consommation d'alcool, et ces différences ne sont pas tout à fait les mêmes selon le sexe.

Pour les hommes, nos résultats opposent les régions d'Ile-de-France, Nord, Est, Centre-Est et Méditerranée, où les personnes déclarent plus de non-consommation, aux régions de l'Ouest, du Sud-Ouest et du Bassin parisien, où la déclaration de non-consommation est moins fréquente. La consommation à risque se concentre sur les régions du Nord, Sud-Ouest, Ouest et Méditerranée, avec un risque plus souvent chronique que ponctuel dans ces trois dernières zones géographiques.

Pour les femmes, la non-consommation est plus fréquente dans les régions Centre-Est et Méditerranée. L'alcoolisation excessive est plus fréquente dans le Nord et le risque chronique concerne particulièrement le Sud-Ouest.

Par rapport aux données de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique par région, ces résultats, qui sont corrigés de plusieurs caractéristiques socio-économiques, apportent une vision différente des disparités régionales de consommation d'alcool. Toutefois, ils montrent eux aussi l'importance de l'alcoolisation excessive dans les régions du Nord, quel que soit le sexe.

L'étude du rôle de la vulnérabilité sociale et des déterminants psychosociaux confirme l'existence de liens entre ces facteurs et la consommation d'alcool

- La déclaration de non-consommation d'alcool, plus fréquente dans les milieux défavorisés, est également plus fréquente parmi les personnes disposant de faibles ressources psychosociales et parmi les personnes socialement vulnérables.
- Parmi les consommateurs d'alcool, la vulnérabilité sociale constitue un risque de consommation excessive ponctuelle et chronique. À l'inverse, l'intensité du réseau social semble avoir un effet protecteur contre le risque de consommation excessive chronique. Nous ne trouvons aucune association entre la consommation d'alcool à risque et le capital social, que celui-ci soit mesuré par la participation associative ou le niveau de confiance interpersonnelle.
- Le manque d'autonomie au travail est associé à une probabilité plus faible de consommation d'alcool excessive à risque ponctuel mais aussi chronique.

Au total, cette étude apporte une première mesure, à partir de données françaises en population générale, de la prévalence des problèmes d'alcool et des facteurs socio-économiques qui lui sont associés. Elle rappelle la prédominance de ces problèmes parmi les hommes, notamment ceux qui sont âgés de 25 à 64 ans. Elle souligne également l'importance des relations entre les modes de consommation d'alcool et le contexte familial. Elle indique en outre que les déclarations de non-consommation se concentrent sur les classes socio-économiques peu aisées alors même que les associations à la consommation à risque sont plus contrastées. En effet, l'alcoolisation excessive caractérise tantôt certains groupes favorisés, tels que les femmes cadres, mais aussi certaines classes moins aisées, notamment les hommes vivant au sein de ménages à bas revenus ou les personnes ayant connu des épisodes de précarité.

Basés sur des données déclaratives, ces résultats peuvent être entachés de sous-estimation de la quantité d'alcool bu, voire d'une part de déni. De plus, il est possible que le statut socio-économique lui-même ait une influence sur ces biais de déclaration, expliquant une partie des différences de consommation mesurées entre groupes sociaux.

En dépit de ces limites, ces résultats montrent clairement l'importance des problèmes d'alcool en France et identifient les facteurs socio-économiques associés aux risques. La connaissance et la compréhension de ces facteurs devraient faciliter la mise en place de politiques de santé publique visant à réduire la consommation excessive d'alcool en France.

Introduction

Introduction

L'alcool est un facteur de risque très important sur le plan social et sanitaire. On compte notamment 45 000 morts chaque année en France du fait de l'alcool. Outre les problèmes sociaux et les accidents, l'alcool engendre des maladies spécifiques qui pèsent sur la qualité de vie des patients. Fréquemment conjugué au facteur de risque tabac, les risques sont alors multipliés. La consommation excessive d'alcool représente également par son inégale répartition sociale un problème de société. Ainsi, la fréquence plus élevée des problèmes d'alcool dans les populations les moins favorisées expliquerait en partie l'ampleur des inégalités sociales de mortalité constatées en France (Kunst *et al.*, 2000).

Si l'évolution de certains indicateurs macro-économiques semble rassurante, l'observation plus fine des modes de consommation d'alcool montre bien que les problèmes d'alcool perdurent tout en se modifiant.

En effet, la consommation d'alcool en France diminue régulièrement depuis plusieurs décennies. Selon l'Insee (Besson, 2004), la part des dépenses en boissons alcoolisées dans le budget alimentaire des ménages est passée de 12,4 % en 1960 à 8,9 % en 2002. Si l'on se réfère aux données de vente de boissons alcoolisées, la consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus est passée de 26 litres en 1961 à 12,9 litres en 2006.

Bien que rassurantes, ces informations ne sont pas suffisamment pertinentes pour juger de l'évolution de la consommation excessive d'alcool, chronique ou ponctuelle et, qui plus est, de leur impact sur le plan médical et social. Il se peut même que la prévalence des comportements à risque soit stagnante voire croissante. Les informations sur cette problématique manquent. Toutefois, on sait qu'aujourd'hui l'alcool a un impact considérable sur la santé publique en France. L'imprégnation éthylique chronique est à l'origine de 14 % des décès masculins (1 homme sur 7) et de 3 % des décès féminins, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité évitable. À l'échelle européenne, la France connaît toujours la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool, de 30 % supérieure à la moyenne européenne.

Il s'agit donc, outre de poursuivre la réduction de consommation moyenne annuelle d'alcool par habitant, de réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et de prévenir la dépendance, ce qui est prévu dans la loi de santé publique du 9 août 2004.

Le rapport d'objectifs de santé publique annexé à cette loi prévoit (objectif n°1) de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hbt en 1999 à 8,5 l/an/hbt en 2008) ainsi que de réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et de prévenir l'installation de la dépendance (objectif n°2). Parallèlement, ce rapport prévoit de réduire les inégalités devant la maladie et la mort, notamment par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires; des indicateurs de santé transversaux ont été définis pour suivre l'évolution des inégalités sociales de santé.

Pour atteindre ces objectifs, il est tout d'abord nécessaire de disposer d'indicateurs de suivi, dont notamment la prévalence de l'usage à risque d'alcool. La compréhension des déterminants de la consommation excessive d'alcool ainsi que ses liens avec l'état de santé et la consommation de soins constitue ensuite un enjeu important pour un meilleur ciblage des populations à risque pour mettre en place des politiques de réduction des inégalités sociales de santé et plus généralement de réduction de la mortalité évitable.

Cela nécessite donc non seulement de connaître la prévalence des consommations à risque dans l'ensemble de la population, mais encore de pouvoir relier ces comportements d'une part, à des données économiques et sociales afin d'identifier leurs déterminants et, d'autre part, à des données d'état de santé et de consommations de soins afin de comprendre comment la consommation d'alcool contribue à la formation des inégalités sociales de santé.

En France cependant, les connaissances sur ces questions sont encore très parcellaires. Les études portant sur la prévalence des problèmes d'alcool et leurs déterminants sont peu nombreuses et restent limitées par les sources d'information utilisées, les liens entre consommation d'alcool, consommations de soins et état de santé n'ayant, à notre connaissance, quasiment pas été étudiés en population générale, *a fortiori* pas sur de gros échantillons.

En effet, un premier type d'études portant sur la prévalence de la consommation d'alcool et ses déterminants concerne des populations particulières, qu'il s'agisse d'adolescents dans le cas des enquêtes ESCAPAD (réalisées chaque année par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies - OFDT), des enquêtes ESPAD (réalisées tous les 4 ans par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM) et des

enquêtes IREB Jeunes et alcool (réalisées tous les 5 ans par l'Institut de recherche sur les boissons), de salariés d'EDF-GDF dans le cas de la cohorte GAZEL suivie par l'INSERM, ou encore d'accédants aux soins (médecins généralistes et hôpital) dans le cas de l'enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (DREES) et la Fédération nationale des observatoires de la santé (FNORS) en 2000. Par exemple, cette dernière enquête a permis de mettre en évidence que l'alcoolisation excessive était plus fréquente chez les chômeurs et les personnes occupant un emploi précaire (Mouquet *et al.* 2002). En dépit de leur intérêt pour la compréhension des déterminants des problèmes d'alcool, ces études portent toutefois sur des populations trop spécifiques pour que leurs résultats puissent être généralisés à l'ensemble de la population. Ainsi, les informations recueillies auprès des accédants aux soins permettent d'étudier les cas de consommation d'alcool ayant des conséquences graves sur l'état de santé, à travers les hospitalisations notamment, mais ne permettent pas d'étudier la consommation d'alcool des personnes en meilleure santé. Ce type de recueil est encore plus problématique pour l'étude des liens entre problèmes d'alcool et inégalités sociales de santé, en raison des différences d'accès aux soins entre groupes sociaux.

Par ailleurs, plusieurs enquêtes réalisées en population générale, telles que les enquêtes décennales santé, les enquêtes conditions de vie de l'INSEE ou le baromètre santé ont déjà permis de décrire la consommation d'alcool et de la relier avec certaines caractéristiques socio-économiques. Ces premières analyses apportent cependant des résultats contradictoires sur la distribution sociale de la consommation d'alcool.

Un premier groupe de résultats est en faveur de l'existence d'un gradient social de consommation d'alcool, comparable au gradient social de santé, selon lequel la consommation d'alcool diminuerait au fur et à mesure de la hiérarchie économique et sociale. Selon l'enquête conditions de vie de 1986-87 et l'enquête décennale santé de 1991, la consommation d'alcool est moins élevée chez les cadres et professions intermédiaires, plus élevée chez les agriculteurs, les artisans et commerçants et les ouvriers, et intermédiaire chez les ouvriers (Brixi et Lang, 2000). Selon l'enquête décennale santé 1991, la consommation excessive d'alcool serait également associée au chômage (Khlal, Sermet, Le Pape, 2004). Le baromètre santé 2000 offre des résultats comparables (Legleye, 2001; Ménard et Gautier, 2001). Cette étude montre ainsi que, si le fait de consommer de l'alcool quotidiennement n'est pas relié au revenu ou au

niveau d'éducation, il est plus fréquent chez les agriculteurs et les artisans que dans les autres catégories sociales. Par ailleurs, le nombre moyen de verres bus la veille de l'enquête est plus élevé parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise et chez les personnes au chômage.

Un second groupe de résultats montre en revanche peu de différences sociales de consommation d'alcool, voire même dans certains cas un gradient social inversé. Ainsi, selon le baromètre santé (Baudier, Arènes, 1997), le fait d'avoir consommé de l'alcool au cours des sept derniers jours est plus fréquent parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures et les artisans, commerçants chefs d'entreprise. Ce résultat est en cohérence avec les résultats de la cohorte GAZEL, selon lesquels, parmi les femmes, les cadres ont une consommation supérieure d'alcool (Leclerc *et al.*, 1994). Selon le baromètre santé 2000, la prévalence d'une ivresse au cours des douze derniers mois ne diffère pas selon le statut socio-économique, mais les ivresses répétées (plus de 3 ivresses dans l'année) sont plus fréquentes parmi les ménages les plus aisés (Ménard et Gautier, 2001). Enfin, selon l'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chaud, les problèmes d'alcool ne sont pas aussi fréquents dans les populations précaires que l'imaginaire collectif ne l'envisage, et ne concernent le souvent que les grands précaires (Beck, Legleye, Spilka, 2006).

Cependant ces études ne reposent pas sur des indicateurs validés de consommation d'alcool à risque. En effet, ces indicateurs, qu'il s'agisse du fait de boire de l'alcool quotidiennement ou d'en avoir consommé la semaine passée, ne sont en rien des indicateurs de risque d'alcoolisation excessive : en effet, il faut pouvoir y associer un volume d'alcool bu nocif pour la santé et/ou le comportement social, signant l'abus d'alcool. Or, en termes de santé publique, c'est cette alcoolisation excessive qui nous importe. Pour cela, nous devons être à même de décrire la variété des profils d'alcoolisation selon le risque encouru en tenant compte de l'évolution des modes de boire et des différences entre générations.

La prévalence et les déterminants des problèmes d'alcool restent donc aujourd'hui mal connus, ce qui s'explique en partie par la qualité de l'information sur l'alcool utilisée dans ces études. En effet, le recueil de ces informations délicates pose un problème spécifique de sous-déclaration, voire de déni dans les enquêtes en population générale. Par exemple, le recueil d'information sur l'alcool dans les enquêtes Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) réalisé de-

puis 1988 avait été abandonné en 1994 faute de fiabilité. D'où l'intérêt de disposer d'un indicateur validé de consommation excessive d'alcool qui soit suffisamment sensible et spécifique dans le cadre d'enquêtes en population générale.

L'introduction de l'AUDIT-C, indicateur validé de repérage des problèmes d'alcool dans l'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS), menée par l'IRDES en 2002 et 2004 en population générale, offre donc l'opportunité d'améliorer la compréhension des déterminants des problèmes d'alcool. En effet, un travail méthodologique préalable, financé par la Direction générale de la santé, a été réalisé afin de proposer un classement fin des individus enquêtés en différents profils d'alcoolisation, allant de la non-consommation d'alcool à la consommation excessive chronique (Com-Ruelle *et al.*, 2006).

S'inscrivant dans le premier axe de l'appel à projet de recherche, portant sur les analyses des données d'enquêtes déjà réalisées permettant une meilleure compréhension des déterminants des comportements de santé et de prévention du grand public et des professionnels de santé, cette recherche propose de repérer les personnes présentant un risque d'alcoolisation excessive puis d'étudier les déterminants socio-économiques de ce risque, afin notamment d'analyser le rôle de l'alcool dans la formation des inégalités sociales de santé.

Nous proposons dans un premier temps de mesurer la prévalence de différents profils d'alcoolisation - non-consommateur, consommateur sans risque, consommateur à risque ponctuel et consommateur à risque chronique - dans les différents groupes sociaux à partir des données de l'enquête ESPS 2002. Nous étudions ensuite les « déterminants socio-économiques » de ces profils d'alcoolisation à partir d'analyses multivariées. Il s'agit donc de voir si les différents profils de consommateurs d'alcool sont associés à des catégories de population particulières, pouvant ainsi expliquer l'existence d'inégalités sociales de santé. Nous explorons tout d'abord le rôle du niveau d'éducation, de l'occupation, des professions et catégories sociales, du revenu, de la structure familiale et de l'environnement géographique. Le rôle de la consommation d'alcool des autres membres du ménage est également analysé afin d'étudier l'existence d'effets d'imitation dans le ménage ou les préférences collectives. Une analyse complémentaire a enfin été réalisée à partir d'un sous-échantillon spécifique de l'enquête ESPS 2004, contenant pour la première fois des modules sur les déterminants psychosociaux de la santé. Elle propose ainsi d'approfondir cette étude des déterminants de la consommation d'alcool en intégrant le rôle du capital social, du soutien social, de l'autonomie au travail et de la vulnérabilité sociale.

1. Source de données

1. Source de données

1.1 L'Enquête Santé et Protection Sociale

L'enquête longitudinale SPS (Santé et Protection Sociale), mise en œuvre par l'IRDES, a pour objectif principal l'étude des problématiques d'accès aux soins en population générale. Elle recueille des informations relatives à l'état de santé (santé perçue, morbidité déclarée), à la couverture maladie, au statut social, au recours aux services de santé, aux comportements de santé et à l'expérience des patients dans le système de soins (cf. <http://www.irdes.fr/irdes/Fichenqu/enquesps.htm>). Cette enquête comprend également des questionnements ponctuels ciblés sur certains problèmes de santé, comme l'asthme ou la dépression. Elle permet aussi de participer à l'évaluation des politiques de santé (Couverture maladie universelle, médecin traitant, etc.).

Menée depuis 1988, d'abord tous les ans, puis tous les deux ans à partir de 1998 mais sur un échantillon doublé (plus de 7 000 ménages pour environ 20 000 individus), elle associe la méthode de l'interview par téléphone ou par déplacement d'enquêteurs à celle de questionnaires auto-administrés.

L'enquête est réalisée à partir d'un échantillon d'assurés de l'Assurance maladie. Ceci permet notamment d'apparier les données de l'enquête à des données de consommations de soins enregistrées par les caisses de Sécurité sociale.

Le champ de l'enquête est celui des ménages ordinaires¹ résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est :

- âgé de plus de 15 ans ;
- assuré à l'un des trois principaux régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, CANAM ou MSA)². La base de sondage de l'ESPS ne comporte ainsi aucun assuré principal des régimes spéciaux non rattachés au Régime général (Port autonome de Bordeaux, clercs de notaire...).

1 Un ménage ordinaire est constitué de l'ensemble des occupants d'un logement privé. Il peut s'agir d'une personne seule ou de plusieurs personnes non nécessairement liées par des liens de parenté.

2 Initialement limité aux assurés du Régime général, le champ de l'enquête s'est élargi à celui de la CANAM en 1994, puis à celui de la MSA en 1996.

Mais ces assurés ne sont pas absents de l'échantillon final dans la mesure où les personnes du ménage de l'assuré principal tiré dans l'EPAS peuvent appartenir à ces régimes spéciaux.

Les ménages collectifs (maison de retraite, prison...), les ménages domiciliés dans les DOM-TOM et les ménages ne disposant pas d'un lieu de résidence fixe sont exclus du champ de l'enquête.

Ainsi, cette enquête est représentative d'environ 95% des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

Elle se déroule en deux vagues, l'une au printemps, l'autre en automne afin de tenir compte de la saisonnalité des pathologies.

L'interview est réalisée par téléphone ou, en l'absence de coordonnées téléphoniques, en face-à-face au domicile de l'assuré. L'enquête par téléphone comprend au minimum quatre appels. En 2002 et 2004, en plus des ménages dont les coordonnées téléphoniques ne sont pas disponibles, les ménages d'assurés principaux de 70 ans et plus ou bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) sont systématiquement interrogés en face-à-face. L'enquête en face-à-face se fait en deux visites à un mois d'intervalle. Les deux tiers de l'interview sont effectués au cours de la première visite. À la fin de celle-ci, les questionnaires auto-administrés sont expliqués et remis aux enquêtés. Au cours de la seconde visite, le reste de l'interview est réalisé et les auto-questionnaires sont récupérés par l'enquêteur (Dousin *et al.*, 2002).

Les enquêtés interrogés par téléphone reçoivent des auto-questionnaires par courrier après le premier appel. Ces questionnaires comprennent notamment les questions sur la consommation d'alcool mais ils contiennent également des questions sur :

- l'état de santé : détail des troubles de santé, état de santé perçue, mesure de l'incapacité fonctionnelle ;
- la consommation de soins : consommation médicamenteuse au cours des dernières 24 heures, examens préventifs ;
- les comportements liés à la santé : pratique sportive, nutrition, consommation de tabac ;

- Dans l'ESPS, les questions portant sur l'alcool sont posées dans le questionnaire santé auto-administré et concernent les personnes âgées de 16 ans ou plus.

Les résultats présentés dans ce rapport reposent sur les données de l'ESPS réalisée en 2002 et celle réalisée en 2004.

Pour notre étude des liens entre la consommation d'alcool et les variables relatives au statut démographique, géographique, social et économique, nous utilisons les données de l'ESPS 2002. Nous retenons les 11 172 individus âgés de 16 ans ou plus qui ont répondu aux questions portant sur la consommation d'alcool.

Cette analyse a été complétée, à partir de l'ESPS 2004, par une mesure des liens entre la consommation d'alcool et des indicateurs visant à mesurer la vulnérabilité sociale, à travers le vécu d'épisodes de précarité au cours de la vie³ et l'accès à des ressources d'ordre psychosocial. L'échantillon sur lequel nous nous appuyons est constitué de 4 507 enquêtés en 2004 âgés de 30 ans ou plus (Cf. *Partie 4*).

1.2 Les questions portant sur l'alcool dans l'ESPS

Dans le questionnaire auto-administré des enquêtes ESPS 2002 et 2004, les personnes âgées de 16 ans et plus sont interrogées sur leur consommation d'alcool à travers les trois questions formant l'AUDIT-C (Cf. *Encadré 1*).

Ce module de questions, créé par Bush *et al.* (1998), regroupe les trois premières questions de l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Le test AUDIT, développé et recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé, est destiné à l'identification précoce des consommateurs d'alcool à risque (Saunders *et al.*, 1993). Initialement conçu pour entamer le dialogue et sensibiliser le patient aux conséquences d'une consommation excessive lors d'une consultation médicale, il peut également être utilisé sous forme d'auto-questionnaire (Babor *et al.*, 2001).

Le test AUDIT a été traduit et validé dans une dizaine de langues et récemment en français

(Gache *et al.*, soumis à publication). Il s'agit d'un questionnaire en dix items (cf. *annexe 1*) portant sur les douze derniers mois écoulés.

L'AUDIT-C est constitué des trois premières questions de l'AUDIT. Les deux premières portent sur la consommation habituelle (fréquence et quantité) et la troisième interroge sur la fréquence des ivresses (au moins six verres bus lors d'une même occasion)⁴.

Les trois items de l'AUDIT-C portent sur l'année écoulée. Plusieurs études ont démontré son efficacité pour repérer les consommateurs d'alcool à risque (Gual *et al.*, 2002; Bush *et al.*, 1998). Cependant, signalons, dès à présent, qu'il n'est pas adapté pour repérer l'alcoolodépendance qui ne peut découler que d'un diagnostic clinique. Les réponses à l'Audit-C permettent de calculer la consommation moyenne d'alcool hebdomadaire d'un individu ainsi que la fréquence avec laquelle il boit six verres ou plus en une occasion : s'il existe pour ces deux indicateurs un seuil proposé au-delà duquel l'individu peut être classé comme alcoolodépendant respectivement « ≥ 49 verres par semaine » et « tous les jours ou presque », il ne s'agit que d'une approche de l'alcoolodépendance dont le diagnostic ne peut qu'être clinique.

Il n'est pas précisé dans chaque question qu'elle porte sur l'année écoulée comme le recommande l'OMS. Ces trois questions étant posées au présent, la période de référence est donc implicitement la période actuelle. Sous cette hypothèse, les consommateurs très occasionnels ont donc tendance à se déclarer non-consommateurs, et risquent donc d'être abusivement comptabilisés parmi les non-consommateurs. Cette hypothèse sera confirmée par les résultats de prévalence des différents profils d'alcoolisation. Nous trouvons en effet une prévalence de non-consommateurs plus forte que dans les enquêtes se référant à des périodes définies.

3 L'indicateur de vulnérabilité sociale (Cambois et Jusot, 2006) permet d'identifier les personnes qui déclarent avoir connu au cours de leur vie au moins l'un des événements suivants : avoir vécu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire, avoir connu au moins une fois des difficultés financières sans pouvoir y faire face, avoir souffert durablement d'isolement ou avoir été hébergé au moins une fois à cause de problèmes d'argent par des amis, la famille, une association...

4 Les quantités sont exprimées en verres standards. Le terme de verre désigne le « verre standard », quantité « normalisée » délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolisée dans les lieux de consommation publics. Cette quantité correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

Encadré 1
Les questions portant sur l'alcool
dans l'ESPS 2002
(extrait de l'auto-questionnaire santé)

Alcool : toute boisson alcoolisée (vin, bière, whisky...)

1 verre d'alcool : 1 verre de boisson alcoolisée =

1 verre de vin = 1 verre de bière = 1 apéritif...

17. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- ₁ jamais (*aller à la question 20*)
- ₂ 1 fois par mois ou moins
- ₃ 2 à 4 fois par mois
- ₄ 2 à 3 fois par semaine
- ₅ 4 à 6 fois par semaine
- ₆ tous les jours

18. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

- ₁ 1 ou 2
- ₂ 3 ou 4
- ₃ 5 ou 6
- ₄ 7 à 9
- ₅ 10 ou plus

19. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ?

- ₁ jamais
- ₂ moins d'une fois par mois
- ₃ une fois par mois
- ₄ une fois par semaine
- ₅ tous les jours ou presque

Le principe du test AUDIT-C est la construction d'un score : à chaque item de réponse correspond une valeur ; si la somme des valeurs sur l'ensemble du questionnaire dépasse une valeur seuil, l'individu est classé à risque d'alcoolisation excessive. Ce seuil peut prendre des valeurs différentes correspondant à des définitions plus ou moins restrictives du niveau de risque que l'on veut identifier.

Cependant, il est possible d'utiliser de manière plus approfondie les réponses de façon à construire plusieurs classes de consommateurs. La méthodologie proposée par la DREES (Mouquet *et al.*, 2002) permet, à partir du même module de questions, de construire une typologie plus fine comprenant 3 à 6 classes de consommation d'alcool, repérant ainsi les personnes ayant un risque lourd d'alcoolisation excessive, mais également

celles ne présentant pas encore de troubles liés à leur consommation d'alcool bien qu'elle soit excessive. Dans notre étude, nous utilisons la méthodologie de la DREES, mise en conformité avec les nouveaux seuils de risque définis par l'OMS⁵.

1.3 Définition des profils d'alcoolisation

Cette partie rappelle la méthode de construction des profils d'alcoolisation que nous avons développée dans un premier travail (Com-Ruelle *et alii*, 2006).

Tout d'abord, nous avons calculé la volumétrie hebdomadaire d'alcool bu à partir des deux premières questions de l'AUDIT-C. Nous avons ensuite comparé cette volumétrie aux seuils recommandés par l'OMS : au-delà de 14 verres par semaine pour les femmes (soit 2 verres par jour en moyenne mais qui peuvent être répartis inégalement dans la semaine) et de 21 verres par semaine pour les hommes (soit en moyenne 3 verres par jour), il existe un risque d'alcoolisation excessive et, chronique par semaine, au-delà de 48 verres quel que soit le sexe, il existe un risque d'alcoololo-dépendance. La volumétrie par semaine permet de tenir compte de l'évolution des modes de boire en ne réservant plus le risque d'alcoolisation excessive qu'aux seuls buveurs quotidiens.

Nous avons procédé de même avec la fréquence des situations où l'individu boit six verres ou plus au cours d'une même occasion (3e question), ce qui peut être assimilé à des ivresses. Une seule ivresse suffit à induire un risque ponctuel mais des ivresses quasi quotidiennes sont assimilées à l'alcoololo-dépendance.

Notons que l'OMS recommande de ne pas consommer plus de 4 verres par occasion, or la 3e question de l'AUDIT-C place la barre à 6 verres. L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Au regard de chacune de ces deux valeurs et selon un algorithme précis, 6 profils de consommation d'alcool ont été définis.

⁵ Cette mise en conformité a également donné lieu récemment à un nouveau classement des accédants aux soins dans l'enquête DREES 2001 selon leur niveau de risque d'alcoolisation (Canoui-Poitrine *et alii*, 2005)

1.3.1 Calcul du volume d'alcool consommé par semaine

Le volume d'alcool consommé par semaine des enquêtés est obtenu à partir des réponses aux deux premières questions de l'AUDIT-C :

Première question (version ESPS) :

« Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool :

- Jamais ?
- Une fois par mois au moins ?
- 2 à 4 fois par mois ?
- 2 à 3 fois par semaine ?
- 4 à 6 fois par semaine ?
- Tous les jours » ;

Deuxième question (version ESPS) :

« Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous :

- Un ou deux ?
- Trois ou quatre ?
- Cinq ou six ?
- Sept à neuf ?
- Dix ou plus ? ».

Les modalités de réponse de la première question de l'AUDIT-C renseignent sur la fréquence de la consommation d'alcool en termes de nombre de jours par semaine. Cette fréquence peut être multipliée par le nombre de verres d'alcool bus au cours d'une journée ordinaire où l'individu boit (ce nombre étant relevé à partir de la deuxième question), pour obtenir un nombre de verres d'alcool bu

par semaine. Dans chaque enquête, nous avons utilisé cette méthode de calcul pour construire un indicateur du nombre de verres d'alcool bu par semaine.

Notons ici qu'il a été démontré que, dans les enquêtes déclaratives, il existe une forte sous-déclaration du volume global de consommation d'alcool (Arvers *et al.*, 1997 ; Inserm, 2003). Selon Arvers (1997) : « Les enquêtes de consommation ne permettent jamais de retrouver plus de 50 à 70 % de l'alcool mis à disposition de la population, et ceci est dû pour une large part à une sous-déclaration des consommateurs sans que l'on sache si cette sous-déclaration concerne tous les sujets ou non ». Lorsque l'on calcule le volume d'alcool pur consommé par l'ensemble des Français en un an à partir des déclarations individuelles de consommation d'alcool des personnes interrogées, le volume ainsi reconstitué ne représente qu'autour de 60 % du volume d'alcool pur des ventes s'il s'agit d'une enquête en population générale classique ; il est meilleur mais d'environ 80 % seulement dans le cas de la seule enquête Inra-Onivins qui interroge de façon extrêmement détaillée sur chaque occasion de boire, en particulier sur tous les repas et autres occasions de boire au domicile et hors domicile.

Pour compenser ce phénomène, nous avons décidé de prendre le nombre de verres maximal des intervalles proposés en deuxième question. En revanche, le phénomène de sous-déclaration affectant moins les fréquences déclarées, nous avons choisi de prendre le centre des tranches de fréquences de consommation proposées en première question.

Les fréquences et volumes consommés que nous avons retenus sont reportés dans le tableau 1. Pour le dernier intervalle proposé en deuxième question : « 10 verres ou plus », nous avons fixé à 12 verres la borne supérieure. Il s'agit d'une hypothèse forte : retenir une valeur inférieure revient à classer environ 300 personnes parmi les consommateurs à risque ponctuel ou sans risque occasionnels plutôt que parmi les consommateurs à risque chronique et retenir une valeur supérieure à 12 n'a pas d'influence sur le classement.

Tableau 1
Choix retenu pour le calcul du volume d'alcool consommé par semaine à partir des modalités de réponse aux 2 premières questions de l'Audit-C dans l'ESPS 2002

Première question :

« Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? »

Modalités de réponse	Fréquence hebdomadaire
Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1 / 4,35 (*)
2 ou 4 fois par mois	3 / 4,35 (*)
2 ou 3 fois par semaine	2,5
4 ou 6 fois par semaine	5
Tous les jours	7

(*) 4,35 est le nombre moyen de semaines comprises dans un mois d'une année non bissextile

Deuxième question : « Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ? »

Modalités de réponse	Nb de verres maximal
1 ou 2	2
3 ou 4	4
5 ou 6	6
7 à 9	9
10 ou plus	12

En utilisant les réponses aux deux premières questions de l'AUDIT-C, nous avons ensuite calculé un nombre de verres bus par semaine. Cet indicateur est obtenu en multipliant la fréquence hebdomadaire d'alcool bu (définie à partir des réponses à la première question) par le nombre maximal de verres bus un jour de consommation (deuxième question).

1.3.2 Classement en profils d'alcoolisation

Dans sa version originale, l'AUDIT-C permet, *via* le calcul d'un score, d'identifier les individus ayant une consommation excessive d'alcool. Le test qui est alors réalisé est basé sur le principe suivant : à chaque modalité de réponse correspond une valeur ; si la somme des valeurs sur l'ensemble du questionnaire dépasse une valeur seuil, l'individu est classé à risque d'alcoolisation excessive. Ce seuil peut prendre des valeurs différentes correspondant à des définitions plus ou moins restrictives du niveau de risque que l'on veut identifier.

La méthodologie proposée par la DREES (Mouquet *et al.*, 2002) permet, à partir du même modu-

le de questions, de construire une typologie plus fine comprenant 3 à 6 classes de consommation d'alcool, repérant ainsi les personnes ayant un risque lourd d'alcoolisation excessive, mais également celles ne présentant pas encore de troubles liés à leur consommation d'alcool bien qu'elle soit excessive.

Dans notre étude, nous avons utilisé la méthodologie de la DREES, mise en conformité avec les nouveaux seuils de risque définis par l'OMS⁶. Nous avons calculé tout d'abord la volumétrie hebdomadaire d'alcool bu à partir des deux premières questions de l'AUDIT-C et nous la comparons aux seuils recommandés par l'OMS : ceci permet de tenir compte de l'évolution des modes de boire en ne réservant plus le risque d'alcoolisation excessive qu'aux seuls buveurs quotidiens. Nous avons procédé de même avec la fréquence des situations où l'individu boit six verres⁷ ou plus au cours d'une même occasion (troisième question), ce qui peut être assimilé à des ivresses. Six profils de consommation d'alcool qui peuvent être regroupés en 3 à 4 classes ont été définis :

Les non-consommateurs (profil 1) déclarent ne jamais boire d'alcool.

Les consommateurs sans risque d'alcoolisation excessive ne boivent jamais 6 verres ou plus en une même occasion et pas plus de 14 verres par semaine pour les femmes ou 21 verres pour les hommes ; ces consommateurs sans risque sont qualifiés d'occasionnels (profil 2) ou de réguliers (profil 3) selon que leur fréquence de consommation est inférieure ou non à 2 ou 3 fois par semaine.

Les consommateurs prennent un risque d'alcoolisation excessive s'ils satisfont à l'une ou l'autre des deux conditions suivantes : soit boire 15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes, soit boire 6 verres ou plus en une occasion plus ou moins fréquemment. Le risque reste ponctuel (profil 4) s'ils ne satisfont qu'à la seconde condition, boire 6 verres ou plus en une occasion mais pas plus d'une fois par mois, la volumétrie hebdomadaire restant inférieure ou égale à 14 verres pour les femmes et à 21 verres pour les hommes. Le risque devient chronique (profil 5) à l'une ou l'autre des deux conditions suivantes : boire entre 15 et 48 verres par semaine pour les femmes et entre 22 et 48 verres pour les hommes,

⁶ Cette mise en conformité a également donné lieu récemment à un nouveau classement des accédants aux soins dans l'enquête DREES 2001 selon leur niveau de risque d'alcoolisation (Canoui-Poitrine *et alii*, 2005).

⁷ Le terme de verre désigne le « verre standard », quantité « normalisée » délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. Cette quantité correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

et/ou boire 6 verres ou plus en une occasion entre 1 et 5 fois par semaine. Des doses de consommation d'alcool plus élevées laissent soupçonner une alcoolodépendance (profil 6) : soit boire 49 verres ou plus par semaine quel que soit le sexe, soit boire 6 verres ou plus en une occasion tous les jours ou presque. Notons cependant ici que le test Audit-C n'a pas vocation à détecter l'alcoolodépendance car ce diagnostic ne peut être posé que par le médecin sur un ensemble de signes cliniques et biologiques. Toutefois, certains auteurs proposent de l'approcher à travers l'AUDIT-C par ces seuils de consommation (≥ 49 verres/semaine ou une ivresse tous les jours ou presque)⁸.

8 Nous verrons plus loin que très peu de personnes déclarent de telles consommations. Si l'on peut supposer que certains des buveurs excessifs interrogés minimisent la quantité d'alcool qu'ils boivent, la plupart des personnes ont conscience de l'existence de normes du boire sans danger, sans toujours les situer au niveau défini par l'OMS. De plus, la tolérance collective a baissé au fil du temps et le fait de boire de grandes quantités d'alcool est devenu plus ou moins « honteux » alors qu'il était jadis parfois « valorisé » dans certains milieux. Il est vraisemblable que, lorsque les quantités bues sont très élevées (et l'alcoolodépendance probable), ces personnes minimisent beaucoup plus les quantités, voire nient tout simplement boire. On parle alors de déni.

À l'intérieur des catégories des consommateurs sans risque et des consommateurs à risque, nous avons distingué deux sous-catégories de façon à prendre en compte la régularité de la consommation et donc de séparer les personnes buvant moins d'une fois par semaine de celles consommant plus d'une fois par semaine. Ceci paraît d'autant plus important, en particulier pour les personnes ayant un usage à risque que les modes du boire ont évolué ces dernières décennies et sont repérables lorsque l'on observe les comportements selon l'âge. Du côté de la consommation à risque, il est important de distinguer la consommation à risque attribuable à des buveurs journaliers de grandes quantités d'alcool de ceux qui ont des ivresses de temps en temps, ces deux catégories n'affectant pas de la même façon les différentes générations, les jeunes étant plus souvent à risque ponctuel. Du côté de la consommation sans risque, il y a aussi un discours autour du bénéfice éventuel sur le plan de la santé de la consommation régulière (journalière) mais modérée de vin, effet non retrouvé chez les consommateurs modérés occasionnels (Expertise Inserm 2003).

2. Prévalences des différents profils d'alcoolisation

2. Prévalences des différents profils d'alcoolisation

Dans cette partie, nous présentons les prévalences des problèmes d'alcoolisation obtenues à partir de l'ESPS 2002, selon différentes caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, ZEAT, niveau d'éducation...). Les tableaux en annexe exposent le détail de ces prévalences.

Ces résultats portent sur le sous-échantillon d'enquêtés de 16 ans ou plus en 2002 ayant renvoyé leur auto-questionnaire « Santé » et ayant répondu aux questions sur leur consommation d'alcool. Notons que, sur l'ensemble des personnes ayant un questionnaire « Santé exploitable », 7,4% des hommes et 7,9% des femmes n'avaient pas répondu aux trois questions sur leur consommation d'alcool.

Parmi les hommes, la part de consommateurs sans risque s'élève à 40% dans l'ESPS : ils sont répartis de façon égale entre consommateurs occasionnels et réguliers (20% chacun). Parmi les femmes, elle atteint 52% du fait surtout des consommatrices occasionnelles qui sont deux fois plus nombreuses que les régulières (35% vs 17%).

Environ 43% des hommes présentent un risque d'alcoolisation excessive : 31% n'affichent qu'un risque ponctuel et 12,5% un risque chronique (y compris alcoolo-dépendance). Parmi les femmes, la prévalence du risque d'alcoolisation excessive n'est que de 13% : le risque est essentiellement ponctuel (11,4%) et rarement chronique (2,2%).

2.1 Prévalences des problèmes d'alcool selon le sexe

Selon l'ESPS 2002, près de 17% des hommes et 35% des femmes déclarent ne jamais consommer d'alcool (cf. *Tableau 2*).

Tableau 2
Prévalence des problèmes d'alcool selon le sexe évaluée à partir de l'AUDIT-C, dans l'ESPS

	Pourcentage de ...					
	Non-consommateurs	Consommateurs sans risque...		Consommateurs à risque...		Alcoolo-dépendants*
		Occasionnels	Réguliers	Ponctuel	Chronique	
ENSEMBLE DES HOMMES	17,2	19,6	19,9	30,9	11,1	1,4
ENSEMBLE DES FEMMES	34,6	35,2	16,5	11,4	2,2	0,0

* La proportion d'alcoolo-dépendants est certainement très sous-estimée, le seuil de 49 verres proposé par l'OMS et utilisé ici ne tenant pas compte de l'ensemble de signes cliniques et biologiques qui seuls permettent à un médecin de poser le diagnostic de l'alcoolo-dépendance (Cf. § 1.3.2).

Nous pouvons cependant penser que la part de non-consommateurs et la part de consommateurs à risque sont mésestimées.

En effet, la part de non-consommateurs est vraisemblablement surestimée si l'on se réfère à d'autres sources telles que le baromètre santé 2000 qui chiffre, hommes et femmes confondus, à 9,3 % les abstinents au cours des douze derniers mois (Guilbert, 2000). Deux raisons peuvent être évoquées. Tout d'abord des consommateurs très occasionnels se classent sans doute parmi les non-consommateurs en raison de l'absence de référence aux douze derniers mois dans l'intitulé des questions dans les deux enquêtes. En effet, les questions posées au présent peuvent implicitement se rapporter à une période de référence plus courte. Ensuite, il existe un phénomène déjà évoqué de sous-déclaration, voire de déni.

La part de consommateurs à risque quant à elle est sans doute sous-estimée. Si le pourcentage d'individus à risque d'alcoolisation excessive paraît élevé (26 % à 30 % de l'ensemble des 16 ans et plus), les 2/3 de ces personnes ne présentent qu'un risque ponctuel (consommation de 6 verres ou plus en une occasion moins d'une fois par semaine). On compte 6,6 % d'individus à risque d'alcoolisation excessive chronique ou avec dépendance. Parmi ces individus à risque d'alcoolisation excessive chronique ou avec dépendance, seuls 0,6 seraient dépendants. Mais ces pourcentages d'individus à risque d'alcoolisation chronique avec dépendance en population générale sont vraisemblablement sous-estimés pour trois raisons.

- L'Audit-C n'a pas pour objectif de repérer la dépendance qui ne peut être qu'un diagnostic clinique ; l'évaluation clinique, par définition réalisée seulement parmi les accédants aux soins, situe le pourcentage de consultants en médecine générale qui seraient dépendants à l'alcool aux alentours de l'ordre de 5 % (Canouï-Poitrine, 2005).
- Il est probable que la sous-déclaration volumétrique soit plus fréquente chez les très gros buveurs. Si on peut supposer que certains, voire la plupart des buveurs excessifs interrogés minimisent plus ou moins la quantité d'alcool qu'ils boivent, lorsque les quantités bues sont très élevées (et l'alcoolodépendance très probable), il est vraisemblable que ces personnes minimisent beaucoup plus les quantités, voire nient tout simplement boire (c'est ce que l'on appelle le déni).

- Enfin, la sous-représentation des personnes les plus malades dans les enquêtes santé menées en population générale auprès de ménages ordinaires est bien décrite dans la littérature. On sait que les personnes gravement malades participent moins souvent et répondent moins bien à ces enquêtes (en particulier en cas d'hospitalisation). On peut donc supposer, de la même façon, que les personnes alcoolodépendantes sont moins bien représentées dans ces enquêtes.

Dans la suite de l'étude, nous ne distinguons pas l'alcoolodépendance parmi les personnes à risque d'alcoolisation excessive chronique mais nous admettons l'hypothèse qu'une part des personnes cliniquement alcoolodépendantes sont classées parmi les personnes à risque chronique ; le phénomène de déni en amènerait certaines autres à être classées sans risque par forte sous-déclaration des quantités bues.

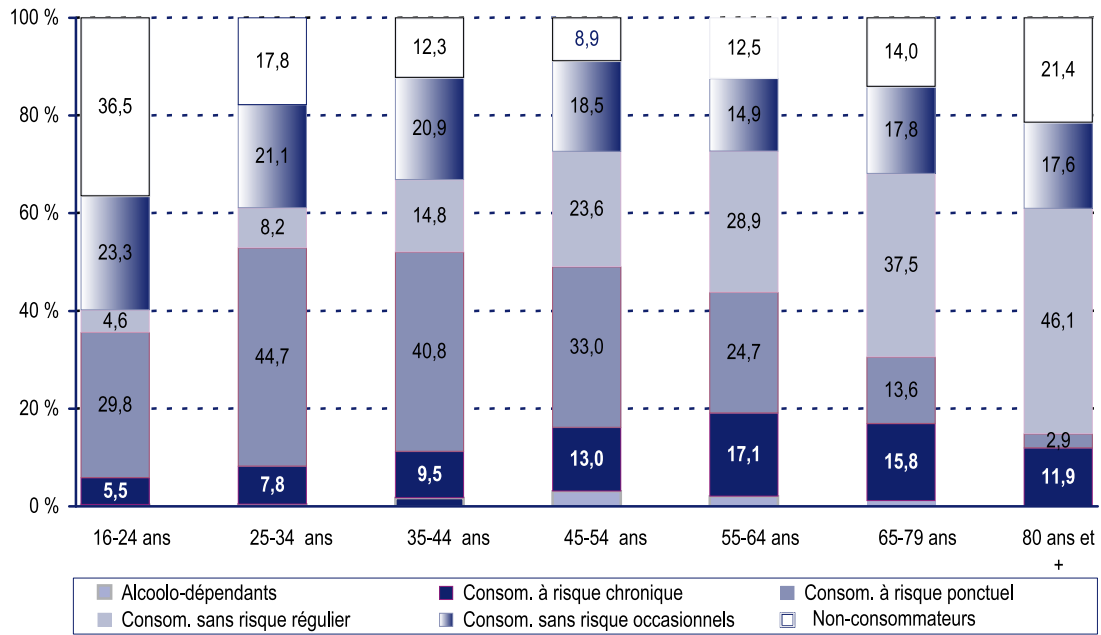
2.2 Prévalences par tranche d'âge parmi les hommes et les femmes

2.2.1 Chez les hommes

Sans tenir compte des individus inclassés, la prévalence globale des problèmes d'alcoolisation excessive parmi les hommes (risque ponctuel, risque chronique et alcoolodépendance) est de 43 %. Cette prévalence varie fortement en fonction de l'âge. C'est entre 25 et 64 ans que la proportion d'individus à risque d'alcoolisation excessive est la plus élevée : entre 44 % et 59 %. Si la part du risque ponctuel est fortement prédominante entre 25 et 34 ans, elle diminue régulièrement avec l'âge pour être minoritaire au-delà de 65 ans. Parallèlement, la part du risque chronique augmente nettement jusqu'à 64 ans puis tend à diminuer. Rappelons que la mortalité liée à l'alcool chez les hommes intervient surtout à partir de 50 ans où sa part s'élève à plus de 100 décès liés à l'alcool pour 100 000 habitants (elle est en moyenne de 61 décès pour 100 000 habitants tous âges confondus) (Cf. Annexe 3).

La part des hommes inclassables n'est pas présentée dans le graphique ci-dessus. Cependant, il faut noter qu'elle ne se répartit pas de la même façon selon l'âge. Cette part s'élève à 8,5 % chez les hommes âgés de 65 à 79 ans. Ce sont les hommes âgés de 25 à 34 ans ou de plus de 80 ans parmi lesquels nous obtenons la plus faible part d'individus inclassables : environ 5 % ou moins.

Graphique 1
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation et l'âge

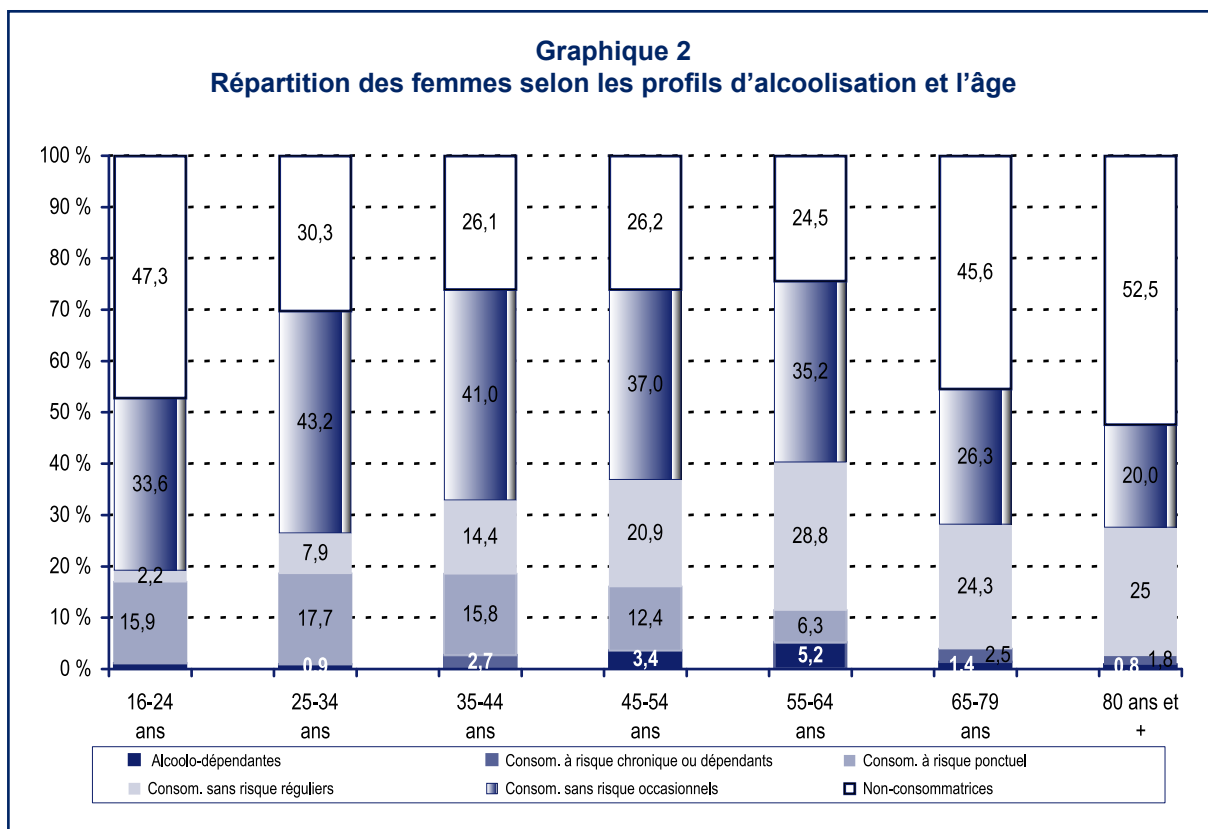


2.2.2 Chez les femmes

Sans tenir compte des personnes inclassables, l'alcoolisation excessive concerne 14 % des femmes. Chez les femmes, ce problème est donc bien moindre que chez les hommes (43%). La prévalence des problèmes d'alcoolisation excessive reste relativement stable jusqu'à 44 ans, âge au-delà duquel elle a tendance à baisser. Nous pouvons noter que, jusqu'à 64 ans, le risque chronique prend une part de plus en plus importante avec l'âge mais de façon moindre que chez les hommes. Rappelons que la mortalité liée à l'alcool chez les femmes est quatre fois moindre que celle

des hommes (14 décès pour 100 000 habitants tous âges confondus) et qu'elle intervient également surtout à partir de 50 ans (elle passe de 27 à un maximum de 53 décès pour 100 000 habitants au-delà de cet âge (Cf. Annexe 3).

En ce qui concerne les femmes dont le profil d'alcoolisation n'a pu être déterminé, nous constatons une forte variation de leur nombre en fonction de l'âge. La part de femmes n'ayant pu être classées s'élève à 10,5% parmi les 65 à 79 ans. Elle n'est que de 6% parmi les femmes âgées de 16 à 24 ans.



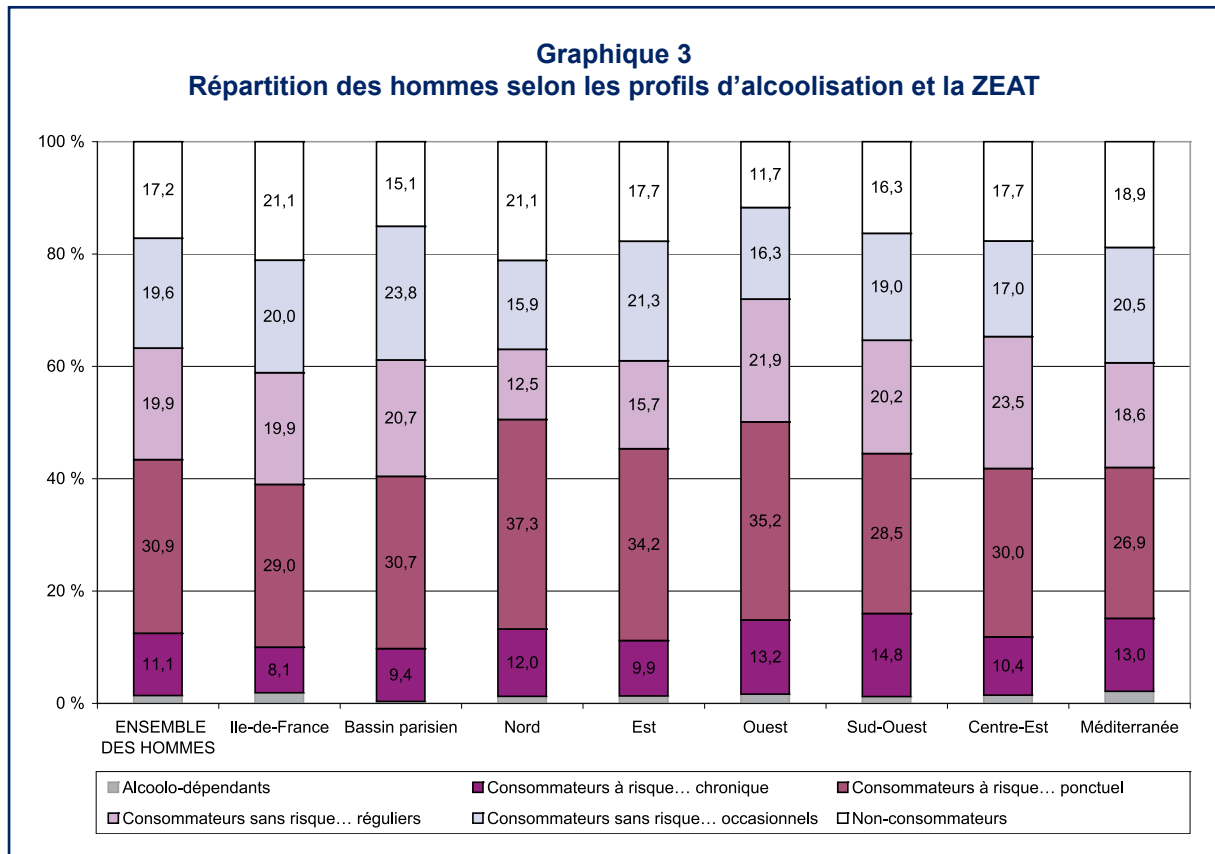
2.3 Prévalences selon la ZEAT, le niveau d'éducation, la PCS...

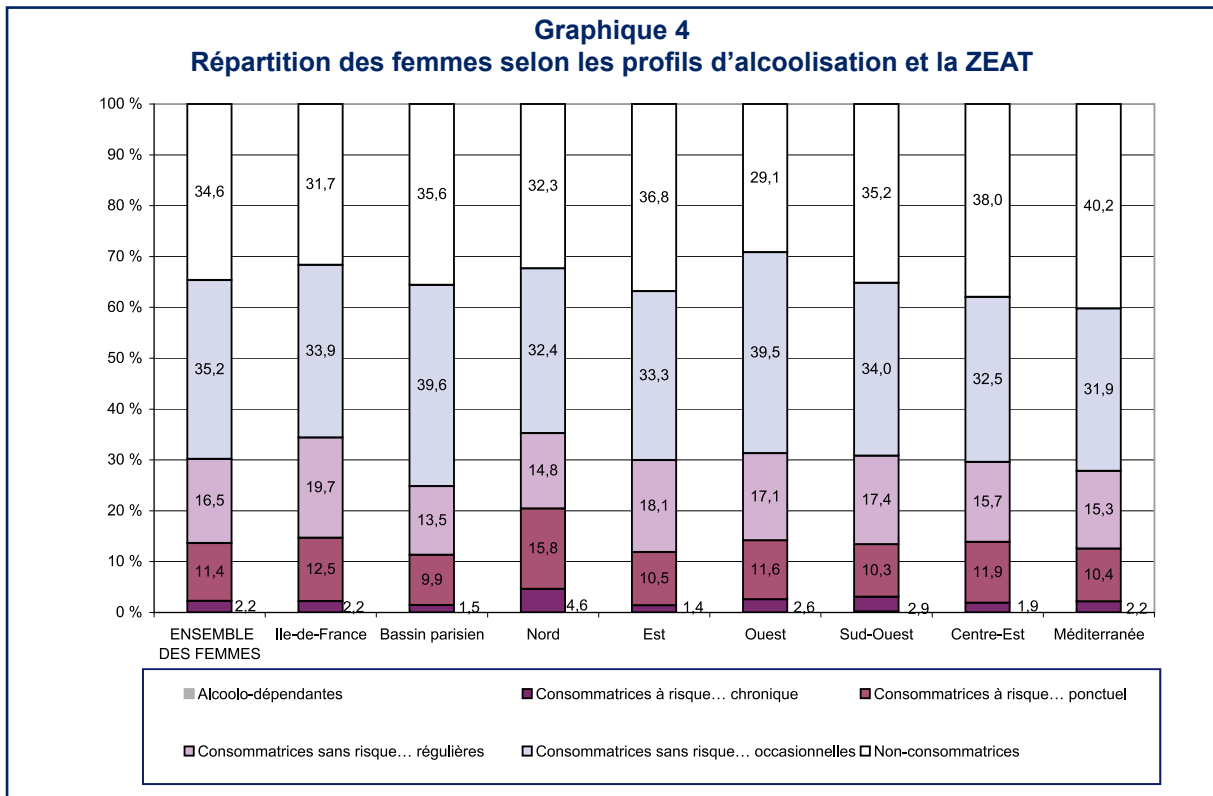
Les prévalences des problèmes d'alcool diffèrent selon plusieurs caractéristiques telles que la ZEAT, le niveau d'éducation et la PCS. Ces différences sont présentées dans les graphiques ci-dessous et en annexe (Cf. Tableau 12). Plusieurs de ces résultats descriptifs sont confirmés par les analyses « toutes choses égales par ailleurs » présentées dans la section suivante.

Sur le plan géographique, le Nord se distingue des autres régions par un risque d'alcoolisation excessive élevé (plus d'un homme sur 2 et 2 femmes sur 10). L'Ouest se distingue aussi par une forte prévalence de la consommation à risque d'alcoolisation excessive parmi les hommes : un

homme sur 2 est concerné. Les régions les plus touchées par le risque chronique particulièrement sont le Sud-Ouest, l'Ouest et la Méditerranée pour les hommes, et le Nord pour les femmes. Si l'on compare ces observations aux taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique par ZEAT (voir Annexe 4), nous retrouvons l'Ouest qui présente le plus fort taux pour les hommes, et le Nord qui présente le plus fort taux pour les femmes.

Notons de plus que la consommation sans risque apparaît moins fréquente parmi les hommes vivant dans le Nord que dans les autres régions (16% de consommateurs occasionnels et 12,5% de consommateurs réguliers), et que la non-consommation apparaît plus fréquente (21%).





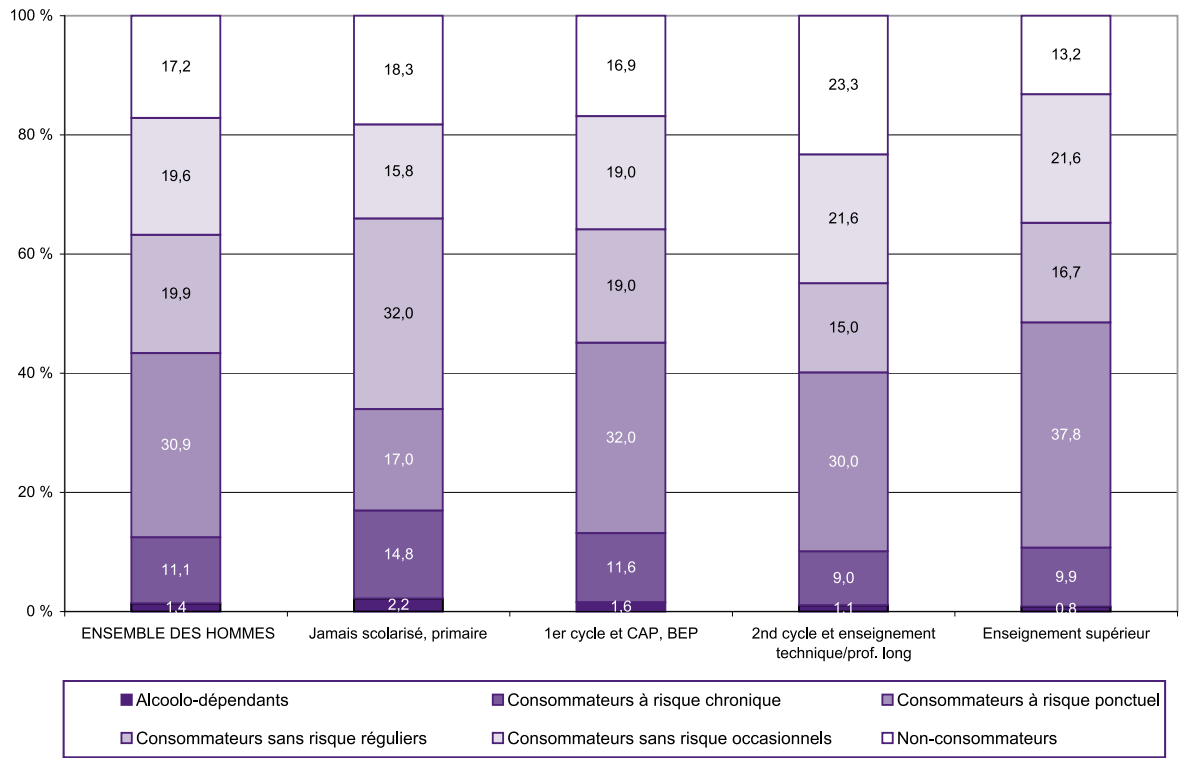
En ce qui concerne le niveau d'éducation, nous relevons une proportion de consommateurs à risque chronique plus élevée parmi les hommes ayant un niveau d'étude primaire (14,8% + 2,2%) et 1er cycle (11,6% + 1,6%) que parmi ceux ayant fait des études supérieures (9,9% + 0,8%) (cf. Graphique 6 et Graphique 7). Mais parmi les femmes, la corrélation s'inverse : le risque chronique touche 2,8% des femmes ayant fait des études supérieures contre 1,4% de celles ayant un niveau primaire.

Le risque ponctuel concerne plus souvent les enquêtés ayant fait des études supérieures (37,8%

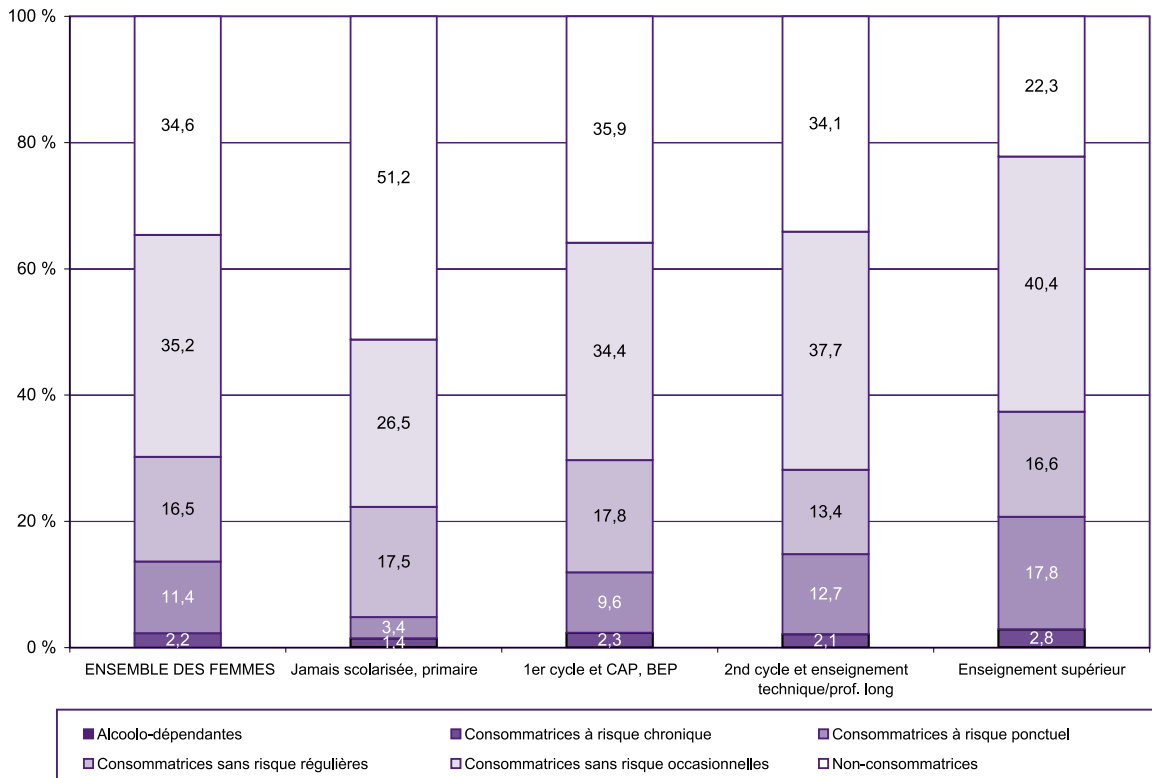
pour les hommes et 17,8% pour les femmes) que ceux ayant un niveau d'étude 1er, 2nd cycle ou primaire (17% pour les hommes et 3,4% pour les femmes).

De plus, nous relevons une proportion de non-consommatrices relativement peu élevée parmi les enquêtées ayant fait des études supérieures : 22,3% des femmes ayant un niveau d'enseignement supérieur contre 35% des femmes ayant un niveau 1er ou 2nd cycle et 51,2% des femmes ayant un niveau primaire. L'effet apparaît également pour les hommes.

Graphique 5
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation et le niveau d'éducation

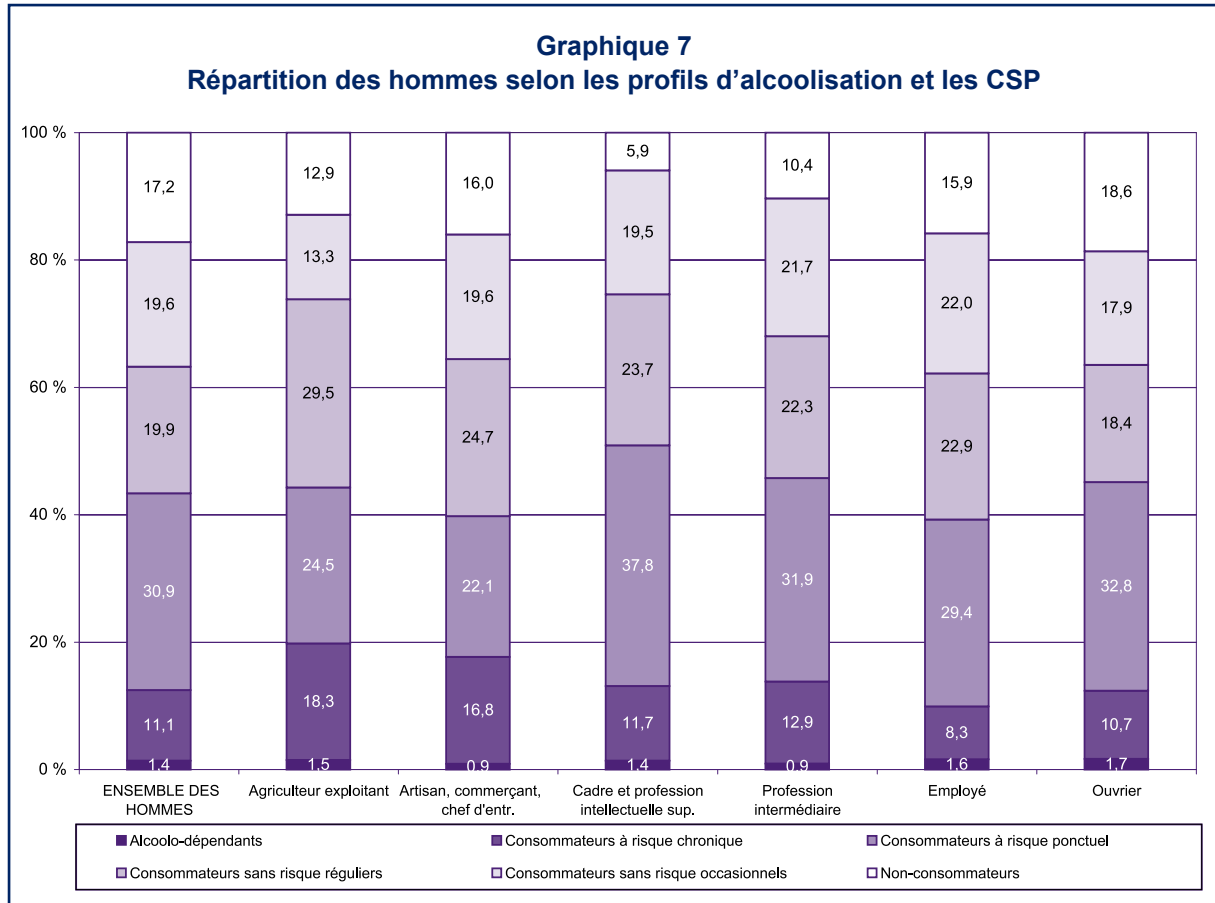


Graphique 6
Répartition des femmes selon les profils d'alcoolisation et le niveau d'éducation

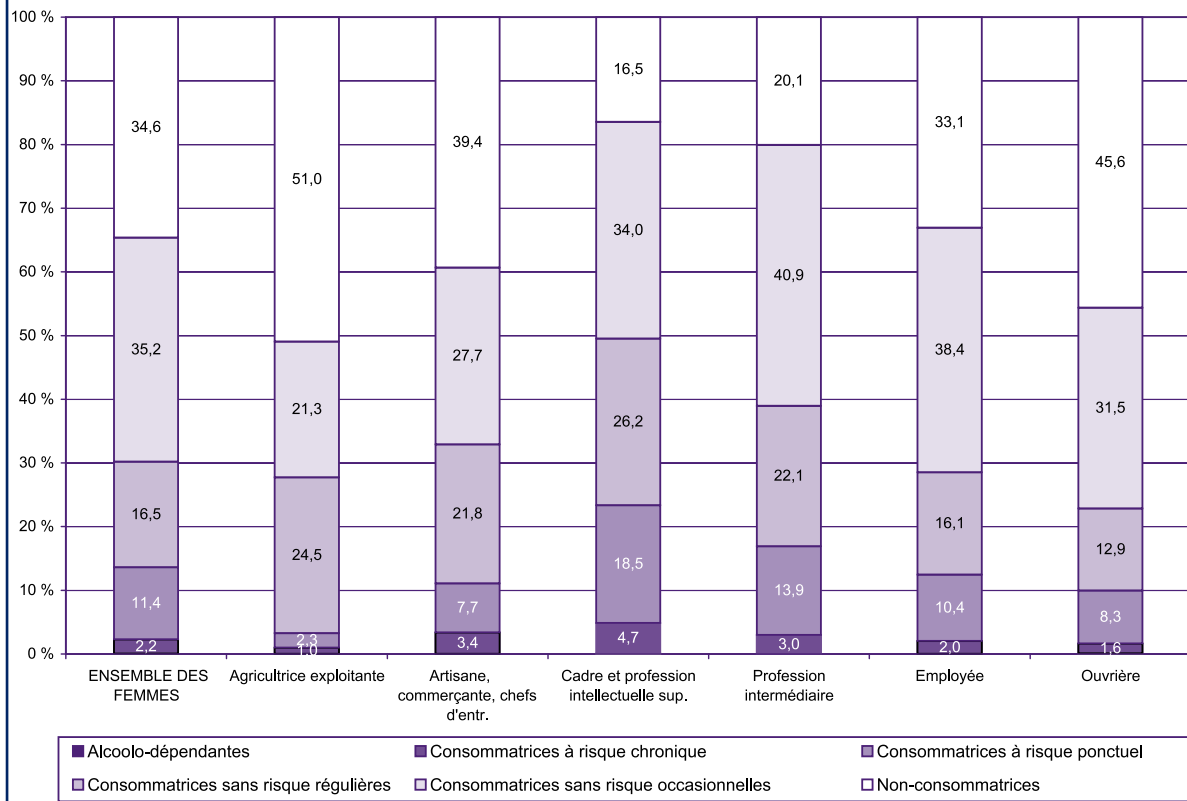


Par ailleurs, l'observation des prévalences des profils d'alcoolisation selon les PCS révèle que le risque chronique est prédominant parmi les agriculteurs (18,3% + 1,5%), les indépendants (16,8% + 0,9%) et parmi les femmes cadres (4,7% + 0,2%). Le risque ponctuel concerne en priorité les cadres (37,8% des hommes et 18,5% des femmes).

Inversement, la non-consommation est moins fréquente parmi les cadres que parmi les autres catégories professionnelles en particulier les ouvriers, les ouvrières et les agricultrices : seulement 5,9% des hommes cadres et 16,5% des femmes cadres se déclarent non-consommateurs alors que cela concerne 18,6% des ouvriers, 45,6% des ouvrières et 51% des agricultrices.



Graphique 8
Répartition des femmes selon les profils d'alcoolisation et les CSP



2.4 Synthèse

Les problèmes d'alcoolisation excessive (qu'il s'agisse d'un risque chronique ou ponctuel) concernent les hommes en priorité. Plus d'un homme sur dix présente un risque d'alcoolisation excessive chronique et environ trois hommes sur dix sont consommateurs à risque ponctuel selon l'enquête ESPS 2002. Ces risques sont en revanche beaucoup moins fréquents parmi les femmes : environ 2 % d'entre-elles sont des consommatrices à risque d'alcoolisation excessive chronique et 11 % présentent un risque ponctuel.

Il faut remarquer que ces prévalences sont sans doute fortement sous-estimées, notamment en ce qui concerne le risque chronique, du fait de phénomènes de minimisation de la quantité d'alcool bu ou encore de déni.

Par ailleurs, nous montrons que plusieurs variables démographiques et socio-économiques sont corrélées à ces prévalences.

L'importance des problèmes d'alcool varie en fonction de l'âge⁹. Le risque chronique touche près de deux hommes âgés de 45 à 64 ans sur dix et 6 % des 16-24 ans. Parmi les femmes, ce risque est moins fréquent mais il va jusqu'à toucher plus de 5 % des femmes de 55 à 64 ans. Le risque ponctuel concerne surtout les jeunes : en-

viron 45 % des hommes de 25 à 34 ans et près de deux femmes de 25 à 34 ans sur dix.

Les femmes vivant dans le Nord et les hommes vivant dans l'Ouest, le Sud-Ouest et en Méditerranée, sont particulièrement touchés par le risque chronique.

La consommation à risque ponctuel concerne les niveaux d'éducation élevés et, la non-consommation, les niveaux d'éducation faible. Parmi les femmes, le risque chronique est plus fréquent lorsque le niveau d'éducation est élevé.

Enfin, le risque chronique touche particulièrement les agriculteurs, les indépendants et les femmes cadres. Le risque ponctuel concerne surtout les cadres. À l'inverse, la non-consommation apparaît moins fréquente parmi les cadres que parmi les autres catégories professionnelles.

Ces premiers résultats descriptifs mettent en évidence l'ampleur des problèmes d'alcoolisation en France, et l'importance des différences d'exposition au risque d'alcoolisation excessive selon le sexe, l'âge et le milieu géographique et social. Ils laissent en particulier apparaître un gradient social selon lequel la prévalence de la non-consommation d'alcool diminuerait en fonction de la hiérarchie sociale. Parallèlement, ils montrent que le risque ponctuel (quel que soit le sexe) et le risque chronique (parmi les femmes seulement) concernent plutôt les milieux sociaux aisés.

9 Le calcul de ces prévalences selon l'âge a été réalisé à partir de l'échantillon des enquêtés dont on a pu déterminer le profil d'alcoolisation.

3. Déterminants socio-économiques classiques de la consommation d'alcool

3. Déterminants socio-économiques classiques de la consommation d'alcool

Comme le rappelle Jean-François Girard¹⁰, «les facteurs qui déterminent chez une personne le passage d'une consommation maîtrisée, conviviale, à une consommation à risque puis à une consommation nocive sont multiples. Ces facteurs sont physiques, psychologiques, familiaux et sociaux ».

Certaines variables correspondant à ces facteurs sont disponibles dans l'ESPS, mais pour les années 2002 et 2004, celles relatives aux traits psychologiques ou à leurs antécédents (récits de vie...) ne sont en revanche pas présentes. Les enquêtes SPS offrent donc l'opportunité d'étudier les déterminants de la consommation d'alcool, puisqu'elles intègrent des variables correspondant à certains de ces facteurs, familiaux et sociaux notamment.

L'objectif de cette partie est de mesurer, à partir de l'enquête SPS 2002, les associations entre les profils de consommation d'alcool et les différents facteurs socio-économiques classiques disponibles dans l'ESPS 2002 uniquement. Bien que certains facteurs, tels que les traits psychologiques, la vulnérabilité génétique ou les antécédents de la personne, ne soient pas renseignés dans cette enquête, les variables disponibles rendent possible

une analyse satisfaisante des déterminants des différents profils d'alcoolisation puisqu'elles correspondent à celles classiquement explorées dans le domaine de l'alcoologie, exception faite de celles relatives à la psychologie, la vulnérabilité génétique et aux événements passés. L'analyse est menée séparément pour les hommes et les femmes afin de tenir compte de leurs différences de comportements face à l'alcool.

3.1 Méthode d'analyse

Nous avons réalisé une analyse en deux temps des déterminants des profils d'alcoolisation, à partir de régressions logistiques dichotomiques. Tout d'abord, nous avons comparé les non-consommateurs aux consommateurs d'alcool, puis les consommateurs à risque d'alcoolisation excessive aux consommateurs d'alcool sans risque, et enfin les consommateurs à risque chronique aux consommateurs à risque ponctuel. Il s'agit de la méthode d'analyse que nous avons utilisée dans notre précédent rapport (Com-Ruelle et alii, 2006). Cette méthode, dite « en escalier », est décrite dans l'encadré ci-dessous. Notre deuxième étape propose une analyse complémentaire s'intéressant aux facteurs associés à la consommation à risque chronique ou ponctuel relativement aux autres profils de consommateurs.

10 Dans la préface de « L'alcool à chiffres ouverts » (1997), Edition Séli Arslan

Méthode d'analyse en escalier

Nous avons envisagé différents types de modélisation. Les modèles polytomiques ordonné et progressif que nous avons estimés n'étaient pas satisfaisants : les variables susceptibles d'expliquer la progression vers l'alcoolisation à risque chronique avaient des effets différents selon le niveau d'alcoolisation. Nous avons donc choisi d'estimer des modèles dichotomiques séparés, chaque modèle correspondant à une étape d'alcoolisation. Pour l'estimation de ces modèles, nous avons utilisé la fonction de répartition de la loi logistique (modèles LOGIT dichotomiques), ce qui nous a conduits à calculer des odds-ratios.

Inadéquation des modèles polytomiques ordonné et progressif

Les niveaux d'alcoolisation peuvent être considérés comme les modalités d'une variable qualitative ordonnée. Nous avons donc estimé un modèle polytomique ordonné dans lequel nous modélisons une variable latente continue non observée. L'hypothèse spécifique de ce modèle est l'égalité des pentes. Elle traduit le fait que les relations entre les variables explicatives et la variable expliquée sont supposées constantes et respectent l'ordre des modalités de celle-ci. Nos résultats conduisant à rejeter l'hypothèse nulle d'égalité des pentes, nous avons donc abandonné cette modélisation.

Nous avons ensuite construit un modèle polytomique progressif. En effet, le profil d'alcoolisation comporte 4 catégories ordonnées qui représentent une progression de niveaux partant de la non-consommation jusqu'à l'usage d'alcool à risque chronique. Nous supposons ici que les individus doivent passer par chaque étape avant d'arriver au niveau le plus grave. Ainsi, la première étape est le passage de la non-consommation à la consommation d'alcool (quelles que soient la fréquence ou la quantité d'alcool). La seconde est le passage à une consommation à risque parmi les consommateurs d'alcool. Enfin, la dernière étape est le passage à une consommation à risque chronique (y compris alcoolo-dépendance) parmi les personnes ayant un usage d'alcool à risque. L'idée essentielle du modèle polytomique progressif est la même que pour le modèle polytomique ordonné : nous supposons que les effets des variables explicatives sont les mêmes à chaque niveau et les coefficients sont donc contraints à être égaux à chaque étape afin d'obtenir un seul ensemble de coefficients. La différence entre ces deux modélisations est la prise en compte d'une variable qui indique de quelle étape les données proviennent. Les estimations effectuées ont montré que les variables susceptibles d'expliquer la progression vers l'alcoolisme chronique avaient des effets différents selon le niveau.

Modèles dichotomiques séparés

L'échec des modélisations ordonnées montre qu'il est nécessaire de calculer des coefficients différents à chaque passage d'un niveau d'alcoolisation au niveau suivant. Nous choisissons une modélisation « en escalier » dans laquelle chaque étape est modélisée par un modèle dichotomique conditionnel. Nous modélisons donc notre variable d'alcoolisation en trois modèles successifs, selon les trois étapes progressives de non-consommation à consommation chronique :

- consommation *versus* non-consommation d'alcool ;
- consommation d'alcool à risque *versus* consommation d'alcool sans risque parmi les consommateurs d'alcool ;
- consommation à risque chronique (y compris alcoolo-dépendance) *versus* consommation à risque ponctuel parmi les consommateurs classés à risque.

Nous conservons ainsi l'idée de trajectoire individuelle progressive selon les différents niveaux de sévérité du modèle

polytomique progressif en modélisant des passages successifs et conditionnels.

Ce choix implique une relative perte de puissance au fil des étapes, notamment par la diminution des effectifs conditionnels, mais présente l'avantage d'être lisible et facilement interprétable. L'interprétation de modèles non conditionnels (opposition de chaque modalité de la variable d'alcoolisme à toutes les autres) reste appropriée en termes de comparaison statistique des deux enquêtes mais rend difficile la discussion de la pertinence des effets mesurés.

Nous estimons successivement la probabilité d'être non-consommateur d'alcool puis, parmi les consommateurs d'alcool, la probabilité d'être consommateur à risque d'alcoolisation excessive et enfin, parmi l'ensemble des consommateurs à risque, la probabilité d'être consommateur à risque chronique. Nous utilisons pour cela trois modèles LOGIT dichotomiques à partir desquels nous calculons des odds-ratio pour chaque variable explicative introduite dans ces modèles ainsi que leurs intervalles de confiance à 95 %.

3.2 Résultats de l'analyse « en escalier »

3.2.1 Chez les hommes

• Non-consommation d'alcool *versus* consommation d'alcool

Les caractéristiques associées à la non-consommation sont les suivantes (Tableau 3).

- « Toutes choses égales par ailleurs », les hommes âgés de moins de 35 ans déclarent plus souvent être non-consommateurs d'alcool que les 35-44 ans. Il en est de même des 65 ans et plus.
- La non-consommation est moins fréquente parmi les hommes ayant fait des études supérieures que parmi ceux ayant un niveau d'instruction inférieur.
- Par rapport aux actifs occupés, les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs (non retraités), catégorie comportant en particulier les personnes au foyer et les invalides, déclarent plus souvent être non-consommateurs.
- Les cadres déclarent moins souvent être non-consommateurs d'alcool que les employés.
- La probabilité de se déclarer non-consommateur d'alcool décroît significativement avec le revenu du ménage.
- Les hommes vivant en couple sans enfant sont moins nombreux à déclarer ne jamais consommer d'alcool que les hommes vivant seuls.

- Les hommes vivant dans des ménages dans lesquels au moins un autre individu consomme de l'alcool excessivement (même ponctuellement) ont une probabilité plus faible d'être non-consommateurs d'alcool que ceux vivant dans des ménages dans lesquels aucune autre personne n'est consommatrice à risque excessif.

- En Ile-de-France, dans le Nord, l'Est, le Centre-Est et en Méditerranée, les hommes déclarent plus souvent ne jamais consommer d'alcool que dans les autres régions. Il en est de même des hommes vivant dans les villes de plus de 20 000 habitants.

• Consommation à risque d'alcoolisation excessive *versus* consommation sans risque

Les caractéristiques associées à la consommation à risque d'alcoolisation excessive, parmi les hommes se déclarant être consommateur d'alcool, sont les suivantes.

- Les hommes âgés de 45 ans et plus ont un risque d'alcoolisation excessive moins élevé que les 35-44 ans. Ce risque est également moins fréquent chez les jeunes de 16 à 24 ans.
- Les étudiants ont une probabilité plus faible de présenter un risque d'alcoolisation excessive par rapport aux actifs occupés.
- Par rapport aux employés, les agriculteurs, les ouvriers, les indépendants et les cadres sont plus souvent classés dans la catégorie des consommateurs à risque d'alcoolisation excessive.

- Les hommes vivant seuls ont une probabilité plus élevée de présenter un risque d'alcoolisation excessive par rapport à ceux vivant au sein d'un ménage de plusieurs personnes. Mais dans les ménages composés de plusieurs individus, ce risque est plus fréquent lorsqu'au moins une autre personne que l'enquêté présente un risque d'alcoolisation excessive.
- Les hommes habitant dans le Nord, dans l'Ouest ou le Sud-Ouest ont un risque d'alcoolisation excessive plus élevé que ceux résidant dans le Bassin parisien. Plus la taille de l'unité urbaine est importante, plus la probabilité d'être consommateur à risque d'alcoolisation excessive est faible.

Par ailleurs, le niveau d'éducation et le revenu du ménage n'apparaissent pas liés à la probabilité d'être consommateur à risque d'alcoolisation excessive.

- **Risque chronique versus risque ponctuel**

Les facteurs associés à risque d'alcoolisation excessive, dans la population des consommateurs à risque, sont les suivants :

- Plus l'âge augmente, plus la consommation à risque chronique est fréquente.

- Les hommes ayant fait des études supérieures sont moins souvent concernés par le risque chronique que par le risque ponctuel.
- Le risque chronique est plus fréquent parmi les indépendants et les professions intermédiaires que parmi les employés, qui eux sont plus souvent concernés par le risque ponctuel.
- Les hommes vivant au sein de ménages dont le revenu mensuel est inférieur à 990 € ont une probabilité plus forte d'être consommateur à risque chronique, relativement à ceux se situant dans les tranches de revenu supérieure.
- La consommation à risque chronique est plus fréquente parmi les hommes dont l'entourage présente un usage à risque.
- Les hommes vivant dans l'Ouest, le Sud-Ouest et dans la région méditerranéenne sont plus souvent classés parmi les consommateurs à risque chronique que ceux résidant dans le Bassin parisien.

L'occupation principale, la composition du ménage et la taille de l'unité urbaine n'apparaissent pas corrélées à la probabilité d'être consommateur à risque chronique plutôt que ponctuel.

Tableau 3
Facteurs associés aux différents profils d'alcoolisation chez les hommes âgés de 16 ans
ou plus selon la méthode d'analyse « en escalier »
(Niveau de significativité : * 10 %, ** 5 %, * 1 %, **** 0,1 %)**

		Non-consommateur versus consommateur		Consommateur à risque versus consommateur sans risque			Consommateur à risque chronique versus consommateur à risque ponctuel	
Référence		OR	IC	OR	IC	OR	IC	
35-44 ans	16-24 ans	2.936****	2.079 4.145	0.770	0,564 1,052	0.751	0.465 1.212	
	25-34 ans	1.802****	1.347 2.411	1.086	0,873 1,348	0.693**	0.492 0.976	
	45-54 ans	0.781	0.565 1.081	0.669****	0,546 0,819	1.614***	1.199 2.173	
	55-64 ans	1.232	0.809 1.877	0.536****	0,398 0,723	2.561****	1.654 3.965	
	65 ans et plus	1.790*	0.962 3.331	0.239****	0,153 0,372	4.468****	2.346 8.509	
Bassin Parisien	Ile-de-France	2.093****	1.535 2.855	1.044	0,811 1,342	1.375	0.907 2.085	
	Nord	1.500**	1.036 2.172	1.739****	1,271 2,381	1.201	0.760 1.896	
	Est	1.520**	1.097 2.107	1.161	0,895 1,506	1.307	0.863 1.978	
	Ouest	0.962	0.702 1.319	1.399****	1,122 1,742	1.476**	1.047 2.080	
	Sud Ouest	1.111	0.816 1.512	1.218*	0,969 1,531	2.011****	1.413 2.861	
	Centre Est	1.447**	1.071 1.955	1.195	0,948 1,506	1.357	0.937 1.966	
	Méditerranée	1.475**	1.069 2.034	1.199	0,931 1,543	1.905***	1.285 2.825	
Communes rurales	< 20 000 hab.	0.972	0.740 1.277	0.824**	0,681 0,998	0.964	0.721 1.288	
	Entre 20 000 et 100 000 hab.	2.063****	1.593 2.672	0.699****	0,565 0,865	0.930	0.666 1.300	
	> 100 000 hab.	1.576****	1.242 2.000	0.773****	0,646 0,925	1.080	0.827 1.410	
1er cycle	Primaire, jamais scolarisé	1.234	0.920 1.655	1.002	0,795 1,263	0.989	0.706 1.386	
	2nd cycle	1.080	0.848 1.375	0.894	0,728 1,098	0.847	0.617 1.164	
	Supérieur	0.578****	0.442 0.754	1.032	0,849 1,255	0.776*	0.573 1.050	
	Inconnu	1.288	0.843 1.970	0.987	0,609 1,600	1.284	0.634 2.600	
Actifs occupés	Chômeurs	2.184****	1.575 3.029	0.982	0,697 1,353	1.040	0.650 1.662	
	Retraités	1.076	0.636 1.819	1.195	0,834 1,712	0.932	0.561 1.549	
	Etudiants	4.485****	2.960 6.796	0.532****	0,354 0,800	1.353	0.679 2.693	
	Autres inactifs	2.575****	1.542 4.299	0.776	0,458 1,314	1.329	0.616 2.869	
Employés	Agriculteurs	0.969	0.555 1.692	1.595**	1,081 2,353	1.060	0.584 1.922	
	Indépendants	1.356	0.875 2.102	1.376*	0,981 1,927	1.838**	1.092 3.094	
	Cadres	0.555**	0.352 0.875	1.484****	1,110 1,984	0.989	0.615 1.591	
	Professions intermédiaires	0.856	0.590 1.240	1.235	0,946 1,610	1.477*	0.956 2.281	
	Ouvriers	1.280	0.933 1.757	1.447****	1,126 1,859	1.126	0.748 1.695	
	Autres	2.939****	1.331 6.488	2.075	0,692 6,211	1.480	0.320 6.838	
990 - 2 500 €	Moins de 990 €	1.150	0.825 1.605	1.051	0,769 1,437	1.839****	1.166 2.900	
	2 500-4 600 €	0.788**	0.624 0.994	1.067	0,887 1,284	0.964	0.729 1.274	
	Plus de 4 600 €	0.643****	0.493 0.838	0.878	0,717 1,076	0.803	0.587 1.098	
	Revenu inconnu	1.036	0.805 1.333	0.948	0,766 1,174	0.949	0.684 1.316	
Pers. vivant seule	Couple avec enfants	1.243	0.883 1.750	0.490****	0,369 0,650	0.726	0.476 1.107	
	Famille monoparentale	0.837	0.483 1.451	0.489**	0,282 0,850	0.477	0.179 1.272	
	Couple sans enfant	0.587***	0.410 0.842	0.647****	0,488 0,860	0.860	0.566 1.307	
	Autres	1.378	0.934 2.033	0.412****	0,293 0,578	1.004	0.606 1.663	
Aucun membre ménage à risque d'alcoolisation excessive	Au moins un membre du mén. (autre que l'interrogé) a un usage à risque	0.377****	0.298 0.476	4.608****	3,846 5,495	1.226*	0.977 1.537	
	Consommation de l'entourage inconnue	1.568****	1.182 2.081	1.236	0,943 1,621	1.147	0.734 1.794	

3.2.2 Chez les femmes

• **Non-consommation d'alcool versus consommation d'alcool**

Parmi les femmes, les variables associées à la non-consommation sont les suivantes (Tableau 4).

- La probabilité d'être non-consommatrice d'alcool décroît avec l'âge jusqu'à 64 ans, puis augmente.
- Comme pour les hommes, la non-consommation d'alcool est associée à un niveau d'éducation faible.
- Par rapport aux femmes actives occupées, les étudiantes et « autres » inactives sont plus nombreuses à ne jamais consommer d'alcool.
- Les agricultrices et les ouvrières déclarent plus souvent ne jamais consommer d'alcool que les employées.
- Les femmes dont le ménage dispose d'un revenu mensuel supérieur à 4 600 € sont moins souvent non-consommatrices, par rapport aux femmes dont le ménage se situe dans les tranches de revenu inférieures.
- Les femmes vivant au sein d'un couple avec enfant(s) déclarent plus souvent être non-consommatrices que les femmes vivant seules.
- Les femmes ayant dans leur entourage une personne à risque d'alcoolisation excessive ont une probabilité plus faible de se déclarer non-consommatrices, par rapport aux femmes vivant dans un ménage dans lequel aucun autre membre n'est classé à risque d'alcoolisation excessive.
- Les Méditerranéennes déclarent plus souvent être non-consommatrices que celles vivant dans le Bassin Parisien. En revanche, les femmes vivant dans l'Ouest déclarent plus souvent être consommatrices.
- Les femmes résidant dans des agglomérations de 20 000 à 100 000 habitants déclarent plus souvent ne jamais consommer d'alcool que celles vivant dans de plus petites agglomérations.

• **Consommation à risque d'alcoolisation excessive versus consommation sans risque**

Les caractéristiques associées à la consommation à risque d'alcoolisation excessive parmi les femmes déclarant consommer de l'alcool sont les suivantes.

- Les femmes de 45 ans et plus ont un risque d'alcoolisation excessive moins élevé que celles âgées de moins de 45 ans.
- Par rapport aux employées, seules celles ayant un statut de cadre sont plus enclines à consommer de l'alcool de façon excessive.
- Les femmes vivant au sein d'un couple avec ou sans enfant sont plus nombreuses à avoir un usage à risque que celles vivant seules ;
- Les femmes vivant dans un ménage dans lequel au moins un individu (autre que l'interrogée) consomme de l'alcool excessivement, ont une probabilité plus élevée de présenter un usage à risque.
- La probabilité d'être consommatrice à risque d'alcoolisation excessive est plus élevée chez les habitantes du Nord que chez celles résidant dans le Bassin Parisien.

Le niveau d'éducation, l'occupation principale, le revenu du ménage et la taille de l'unité urbaine ne sont pas significativement liés au risque d'alcoolisation excessive.

• **Risque chronique versus risque ponctuel**

Seules deux variables caractérisent les femmes présentant un risque chronique, parmi l'ensemble des consommatrices présentant un risque d'alcoolisation excessive : l'âge et la ZEAT.

- Plus l'âge augmente, plus le risque chronique apparaît élevé. Inversement le risque ponctuel diminue lorsque l'âge s'élève.
- Enfin, par rapport aux femmes résidant dans le Bassin parisien, les femmes vivant dans le Sud-Ouest sont plus souvent classées parmi les consommatrices à risque chronique que parmi les consommatrices à risque ponctuel.

Tableau 4
Facteurs associés aux différents profils d'alcoolisation chez les femmes âgées de 16 ans ou plus selon la méthode d'analyse « en escalier »
(Niveau de significativité : * 10 %, ** 5 %, *** 1 %, **** 0,1 %)

Référence		Non-consommatrices versus consommatrices			Consommatrices à risque versus consommatrices sans risque			Consommatrices à risque chronique versus consommatrices à risque ponctuel		
		OR	IC		OR	IC		OR	IC	
35-44 ans	16-24 ans	2.544****	1.933	3.347	1.127	0,772	1,647	0.367*	0.113	1.191
	25-34 ans	1.672****	1.354	2.065	0.958	0,732	1,255	0.313****	0.137	0.716
	45-54 ans	0.778**	0.623	0.971	0.693***	0,531	0,905	1.950**	1.047	3.632
	55-64 ans	0.660***	0.485	0.898	0.451****	0,298	0,685	2.483**	1.005	6.133
	65 ans et plus	1.078	0.749	1.551	0.247****	0,132	0,461	1.785	0.438	7.277
Bassin Parisien	Ile-de-France	1.174	0.929	1.484	1.140	0,814	1,595	1.159	0.473	2.837
	Nord	1.025	0.768	1.368	1.626**	1,116	2,370	1.643	0.657	4.111
	Est	1.120	0.875	1.433	0.898	0,623	1,295	1.007	0.312	3.251
	Ouest	0.764**	0.613	0.952	0.946	0,700	1,279	1.884	0.812	4.368
	Sud Ouest	1.008	0.806	1.261	1.081	0,788	1,484	2.836**	1.264	6.360
	Centre Est	1.209*	0.972	1.504	1.271	0,928	1,739	1.791	0.772	4.157
Communes rurales	Méditerranée	1.392***	1.096	1.768	1.248	0,880	1,770	1.429	0.571	3.576
	< 20 000 hab.	0.989	0.817	1.196	1.066	0,823	1,383	1.260	0.626	2.538
	Entre 20 000 et 100 000 hab.	1.288**	1.056	1.572	0.997	0,746	1,332	1.278	0.586	2.788
1er cycle	> 100 000 hab.	1.109	0.933	1.318	0.887	0,702	1,119	1.302	0.726	2.336
	Primaire, jamais scolarisé	1.766****	1.438	2.168	0.998	0,685	1,453	1.004	0.447	2.255
	2nd cycle	0.806**	0.667	0.974	1.046	0,805	1,359	0.908	0.453	1.819
	Supérieur	0.505****	0.411	0.620	1.106	0,848	1,443	1.047	0.522	2.099
Actives occupées	Inconnu	1.057	0.733	1.524	0.838	0,400	1,757	0.763	0.133	4.362
	Chômeurs	1.169	0.881	1.550	1.340	0,924	1,946	1.697	0.728	3.952
	Retraités	1.257	0.926	1.706	1.028	0,628	1,681	1.689	0.605	4.719
	Etudiants	1.606****	1.203	2.143	1.217	0,799	1,852	0.765	0.185	3.163
Employées	Autres inactifs	1.530****	1.236	1.895	1.060	0,765	1,471	0.629	0.248	1.596
	Agriculteurs	1.675****	1.191	2.357	0.569	0,247	1,312	0.978	0.149	6.427
	Indépendants	1.190	0.820	1.728	1.410	0,818	2,433	1.733	0.552	5.439
	Cadres	0.920	0.670	1.263	1.524**	1,076	2,160	1.326	0.589	2.984
	Professions intermédiaires	0.834*	0.676	1.029	1.080	0,835	1,397	1.328	0.675	2.614
	Ouvriers	1.371****	1.137	1.652	1.045	0,775	1,408	0.751	0.348	1.623
990 - 2 500 €	Autres	1.762****	1.232	2.519	1.095	0,557	2,155	1.270	0.234	6.888
	Moins de 990 €	0.963	0.759	1.222	0.907	0,616	1,337	1.954	0.773	4.941
	2 500-4 600 €	0.924	0.774	1.104	0.832	0,644	1,075	1.491	0.783	2.839
	Plus de 4 600 €	0.787***	0.643	0.963	1.050	0,801	1,377	0.685	0.340	1.379
Pers. vivant seule	Revenu inconnu	1.042	0.859	1.264	1.085	0,808	1,456	0.808	0.378	1.727
	Couple avec enfant(s)	1.337**	1.014	1.764	0.192****	0,125	0,295	0.955	0.325	2.804
	Famille monoparentale	0.952	0.660	1.373	0.665	0,405	1,094	0.551	0.141	2.157
	Couple sans enfant	0.901	0.698	1.161	0.307****	0,204	0,464	1.642	0.574	4.693
Aucun membre du ménage à risque d'alcoolisation excessive	Autres	1.466**	1.088	1.975	0.284****	0,173	0,465	2.575	0.771	8.597
	Au moins un membre du mén. (autre que l'interrogé) a un usage à risque	0.510****	0.442	0.588	6.452****	5,076	8,197	0.899	0.452	1.791
	Consommation de l'entourage inconnue	1.741****	1.354	2.239	2.457****	1,471	4,098	0.786	0.195	3.172

3.3 Résultats complémentaires

De façon à valider et à compléter les résultats précédents, nous avons cherché à mettre en évidence de façon plus précise les caractéristiques socio-économiques des enquêtés présentant un risque d'alcoolisation excessive.

Nous avons comparé les enquêtés ayant un profil à risque ponctuel ou chronique aux enquêtés ne présentant pas de risque d'alcoolisation excessive (non-consommateurs et consommateurs sans risque). Cette analyse peut permettre de rapprocher nos résultats de ceux de plusieurs études, françaises ou internationales, qui utilisent un score seuil pour définir le risque d'alcoolisation excessive. En effet, comme nous l'avons souligné dans la partie précédente, le principe de repérage des problèmes d'alcool à partir des tests AUDIT ou AUDIT-C repose sur la construction d'un score : à chaque item de réponse correspond une valeur ; si la somme des valeurs sur l'ensemble du questionnaire dépasse une valeur seuil, l'individu est classé à risque d'alcoolisation excessive. Ce seuil peut prendre des valeurs différentes correspondant à des définitions plus ou moins restrictives du niveau de risque que l'on veut identifier.

Cependant, les résultats de ces comparaisons doivent être pris avec précaution dans la mesure où nous rassemblons en une même classe la catégorie des non-consommateurs et celle des consommateurs sans risque ; or, les analyses précédentes mettent bien en évidence que les non-consommateurs se distinguent des autres profils de consommateurs par plusieurs caractéristiques : le niveau d'éducation par exemple est corrélé au fait de se déclarer non-consommateur mais pas aux autres profils de consommateurs. Ainsi les effets du niveau d'éducation présentés ci-dessous peuvent refléter la corrélation entre non-consommation et niveau d'éducation, plus que la relation entre consommation à risque et niveau d'éducation. Il en est de même de l'effet du chômage parmi les hommes, des effets des PCS, etc. L'interprétation des résultats de cette partie nécessite donc de les confronter avec ceux de la précédente partie.

3.3.1 Facteurs associés au risque ponctuel

3.3.1.1. Chez les hommes

– La consommation à risque ponctuel concerne moins souvent les hommes âgés de 45 ans et plus que ceux âgés de 35 à 44 ans. Il en est de même des moins de 25 ans.

- Ce risque est associé à un niveau d'éducation élevé.
- Il s'observe moins fréquemment parmi les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs (non retraités) que parmi les actifs occupés.
- Il concerne plus souvent les cadres que les employés.
- Par rapport aux hommes vivant seuls, ceux vivant au sein d'un couple avec enfant(s) sont moins nombreux à être consommateurs à risque ponctuel.
- Les hommes vivant dans des ménages dans lesquels aucune personne (autre que l'interrogé) ne présente de risque d'alcoolisation excessive sont moins nombreux à présenter un risque d'alcoolisation ponctuel.
- Dans l'Ouest, les hommes ont une plus forte probabilité d'avoir un usage à risque ponctuel que dans le Bassin Parisien. Enfin, le risque ponctuel est plus fréquent dans les petites agglomérations que dans les grandes.

En revanche, le revenu du ménage n'a pas d'influence sur la probabilité d'être consommateur à risque ponctuel.

3.3.1.2. Chez les femmes

- La consommation à risque ponctuel est plus fréquente parmi les femmes de moins de 45 ans que parmi les femmes plus âgées.
- Ce risque est également plus représenté parmi les femmes ayant fait des études supérieures que parmi celles ayant un niveau d'études inférieur.
- La consommation à risque ponctuel est moins fréquente parmi les agricultrices que parmi les employées.
- Elle est plus fréquente parmi les femmes vivant seules que parmi celles vivant au sein d'un ménage composé de plusieurs personnes. Mais dans les ménages composés de plusieurs personnes, lorsqu'au moins un des membres (autre que l'interrogé) présente un usage à risque, la probabilité d'être consommatrice à risque ponctuel augmente.
- Enfin, la consommation à risque ponctuel concerne plus souvent les femmes vivant dans le Nord que celles vivant dans le Bassin Parisien.

Le revenu du ménage et l'occupation principale de l'enquêtée n'ont pas d'influence.

Tableau 5
Facteurs associés à la consommation à risque ponctuel
(Niveau de significativité : * 10 %, ** 5 %, *** 1 %, **** 0,1 %)

		Hommes			Femmes		
		Consommateurs à risque ponctuel <i>versus</i> non-consommateurs et consommateurs sans risque			Consommatrices à risque ponctuel <i>versus</i> non-consommatrices et consommatrices sans risque		
Référence		OR	IC		OR	IC	
35-44 ans	16-24 ans	0.560****	0.420	0.748	0.918	0.639	1.319
	25-34 ans	0.961	0.779	1.186	0.917	0.703	1.196
	45-54 ans	0.606****	0.492	0.747	0.665***	0.502	0.881
	55-64 ans	0.383****	0.277	0.530	0.409****	0.258	0.650
	65 ans et plus	0.138****	0.084	0.228	0.214****	0.106	0.431
Bassin Parisien	Ile-de-France	0.817	0.631	1.059	1.112	0.791	1.562
	Nord	1.282	0.941	1.745	1.386*	0.946	2.029
	Est	0.978	0.751	1.273	0.929	0.646	1.337
	Ouest	1.290**	1.028	1.619	1.022	0.752	1.390
	Sud Ouest	1.013	0.796	1.289	1.017	0.733	1.409
	Centre Est	1.066	0.839	1.354	1.204	0.877	1.654
	Méditerranée	0.947	0.724	1.237	1.130	0.795	1.607
Communes rurales	< 20 000 hab.	0.817**	0.669	0.997	1.037	0.796	1.350
	Entre 20 000 et 100 000 hab.	0.597****	0.481	0.742	0.897	0.670	1.202
	> 100 000 hab.	0.674****	0.560	0.812	0.814	0.640	1.034
1er cycle	Primaire, jamais scolarisé	0.963	0.741	1.252	0.814	0.539	1.229
	2nd cycle	0.884	0.718	1.087	1.149	0.881	1.497
	Supérieur	1.214*	0.991	1.487	1.416**	1.080	1.856
	Inconnu	0.855	0.579	1.263	0.987	0.563	1.731
Actifs occupés	Chômeurs	0.718*	0.522	0.987	1.148	0.785	1.678
	Retraités	1.137	0.763	1.694	0.815	0.458	1.449
	Etudiants	0.324****	0.221	0.475	0.932	0.629	1.382
	Autres inactifs	0.506**	0.293	0.874	0.974	0.702	1.352
Employés	Agriculteurs	1.422	0.928	2.178	0.376**	0.146	0.970
	Indépendants	0.970	0.670	1.405	1.207	0.663	2.198
	Cadres	1.466**	1.083	1.984	1.281	0.892	1.841
	Professions intermédiaires	1.098	0.832	1.448	1.012	0.775	1.323
	Ouvriers	1.232	0.951	1.597	0.973	0.719	1.317
	Autres	0.693	0.279	1.720	0.763	0.390	1.492
990 - 2 500 €	Moins de 990 €	0.759	0.541	1.066	0.884	0.588	1.329
	2 500-4 600 €	1.150	0.952	1.389	0.813	0.626	1.056
	Plus de 4 600 €	1.044	0.849	1.286	1.185	0.902	1.557
	Revenu inconnu	0.985	0.790	1.228	1.081	0.805	1.451
Pers. vivant seule	Couple avec enfant(s)	0.545****	0.408	0.727	0.167****	0.107	0.261
	Famille monoparentale	0.688	0.409	1.160	0.591**	0.356	0.979
	Couple sans enfant	0.807	0.598	1.089	0.288****	0.186	0.445
	Autres	0.381****	0.267	0.545	0.198****	0.117	0.333
Aucun membre du ménage à risque d'alcoolisation excessive	Au moins un membre du mén. (autre que l'interrogé) a un usage à risque	4.728****	3.959	5.648	7.180****	5.595	9.214
	Consommation de l'entourage inconnue	1.032	0.776	1.373	1.659*	0.974	2.826

3.3.2 Facteurs associés au risque chronique

proportion de consommateurs à risque chronique est significativement plus faible que dans les petites agglomérations.

3.3.2.1. Chez les hommes

Le risque chronique est indépendant en revanche du niveau d'éducation.

- Le risque chronique est moins fréquent parmi les moins de 35 ans et les 65 ans et plus que parmi les classes d'âges intermédiaires.
- Par rapport aux actifs occupés, les étudiants présentent moins souvent un risque d'alcoolisation excessive chronique.
- Les indépendants, les professions intermédiaires et les cadres ont une probabilité plus forte de présenter un usage à risque chronique que les employés.
- Le risque chronique concerne plus souvent les hommes vivant au sein de ménages dont les revenus sont relativement faibles.
- Dans les ménages composés de plusieurs personnes, les hommes sont moins nombreux à avoir un usage à risque chronique, par rapport aux hommes vivant seuls. Mais, dans des ménages composés de plusieurs personnes, le risque chronique est plus fréquent lorsqu'un autre membre du ménage présente un risque d'alcoolisation excessive.
- Par rapport à ceux vivant dans le Bassin parisien, les hommes vivant dans le Nord, l'Ouest, le Sud-Ouest et dans la région méditerranéenne se distinguent par une consommation à risque chronique significativement plus fréquente. Dans les grandes agglomérations, la

3.3.2.1. Chez les femmes

- Le risque chronique est significativement moins fréquent parmi les femmes de moins de 35 ans et celles de 65 ans et plus que parmi les femmes âgées de 35 à 44 ans.
- Ce risque est plus important parmi les cadres que parmi les employées.
- Il est aussi plus fréquent parmi les femmes ayant fait des études supérieures.
- Par rapport aux femmes vivant seules, celles vivant dans des ménages composés d'un couple ont une probabilité de présenter un risque chronique plus faible.
- Lorsqu'au moins un membre du ménage, autre que l'interrogé, présente un usage à risque, la probabilité d'être consommatrice à risque chronique augmente.
- Cette probabilité est plus forte parmi les femmes résidant dans le Nord et le Sud-Ouest que parmi les femmes vivant dans le Bassin Parisien.

La taille de l'unité urbaine, l'occupation principale et le revenu du ménage n'ont pas d'influence sur le risque chronique.

Tableau 6
Facteurs associés à la consommation à risque chronique
(Niveau de significativité : * 10 %, ** 5 %, *** 1 %, **** 0,1 %)

		Hommes			Femmes		
		Consommateurs à risque chronique versus non-consommateurs et consommateurs sans risque			Consommatrices à risque chronique versus non-consommatrices et consommatrices sans risque		
Référence		OR	IC	OR	IC	OR	IC
35-44 ans	16-24 ans	0.450***	0.276	0.736	0.284**	0.089	0.905
	25-34 ans	0.701**	0.492	0.998	0.271***	0.122	0.600
	45-54 ans	1.073	0.794	1.450	1.259	0.719	2.204
	55-64 ans	1.099	0.739	1.634	1.089	0.500	2.371
	65 ans et plus	0.605*	0.346	1.056	0.400*	0.134	1.191
Bassin Parisien	Ile-de-France	1.110	0.754	1.632	1.179	0.522	2.662
	Nord	1.838***	1.172	2.883	2.795**	1.229	6.360
	Est	1.255	0.846	1.863	0.670	0.236	1.906
	Ouest	1.674***	1.203	2.329	1.581	0.772	3.239
	Sud Ouest	1.749****	1.254	2.439	1.830*	0.900	3.722
	Centre Est	1.244	0.875	1.769	1.463	0.693	3.087
	Méditerranée	1.562**	1.089	2.241	1.373	0.608	3.100
Communes rurales	< 20 000 hab.	0.820	0.621	1.081	1.180	0.646	2.157
	Entre 20 000 et 100 000 hab.	0.580***	0.423	0.795	1.121	0.579	2.169
	> 100 000 hab.	0.721**	0.558	0.932	1.168	0.687	1.983
1er cycle	Primaire, jamais scolarisé	0.912	0.678	1.228	0.811	0.410	1.601
	2nd cycle	0.848	0.625	1.150	1.049	0.574	1.917
	Supérieur	0.903	0.672	1.214	1.670*	0.919	3.034
	Inconnu	1.041	0.625	1.734	0.464	0.106	2.025
Actifs occupés	Chômeurs	0.959	0.620	1.482	1.693	0.808	3.548
	Retraités	1.205	0.771	1.882	1.142	0.523	2.495
	Etudiants	0.407***	0.207	0.801	0.850	0.203	3.555
	Autres inactifs	0.757	0.391	1.466	0.574	0.260	1.263
Employés	Agriculteurs	1.468	0.851	2.533	0.447	0.100	1.999
	Indépendants	1.758**	1.095	2.824	1.853	0.723	4.749
	Cadres	1.600**	1.013	2.528	2.038**	1.010	4.110
	Professions intermédiaires	1.547**	1.021	2.344	1.385	0.782	2.455
	Ouvriers	1.353	0.915	2.000	0.848	0.426	1.687
	Autres	0.649	0.162	2.606	1.754	0.462	6.668
990 - 2 500 €	Moins de 990 €	1.398*	0.958	2.039	1.218	0.568	2.610
	2 500-4 600 €	0.999	0.765	1.303	0.880	0.504	1.536
	Plus de 4 600 €	0.789	0.584	1.067	0.713	0.384	1.325
	Revenu inconnu	0.904	0.669	1.221	0.724	0.372	1.411
Pers. vivant seule	Couple avec enfant(s)	0.445****	0.305	0.649	0.150***	0.059	0.386
	Famille monoparentale	0.283***	0.108	0.740	0.340*	0.097	1.188
	Couple sans enfant	0.717*	0.497	1.034	0.413**	0.176	0.968
	Autres	0.415****	0.266	0.649	0.396	0.146	1.072
Aucun membre du ménage à risque d'alcoolisation excessive	Au moins un membre du mén. (autre que l'interrogé) a un usage à risque	5.983****	4.698	7.621	8.315****	4.663	14.827
	Consommation de l'entourage inconnue	1.254	0.856	1.837	2.080	0.666	6.498

3.4 Synthèse

Cette troisième partie apporte une mesure des effets de variables socio-économiques couramment étudiées sur les consommations d'alcool classées selon quatre profils : la non-consommation, la consommation sans risque, la consommation à risque ponctuel et la consommation à risque chronique.

Nos analyses ont été réalisées séparément chez les hommes et les femmes afin de tenir compte de leurs différences de comportements.

Toutes choses égales par ailleurs, l'âge conserve un effet propre sur les modes de consommation d'alcool.

En premier lieu, on constate une plus forte déclaration de non-consommation parmi les moins de 35 ans. Par ailleurs, parmi les consommateurs, on note une décroissance du risque d'alcoolisation excessive après 44 ans ; enfin, lorsque ce risque est avéré, on remarque un accroissement avec l'âge de la probabilité d'être buveur excessif chronique plutôt que ponctuel. Ces relations reflètent, pour une part, des effets d'âge traduisant le passage de la non-consommation à la consommation d'alcool sans risque, jusqu'à l'installation du risque chronique. Elles peuvent également indiquer des différences de mode de consommation d'alcool entre générations.

La famille semble « protéger » de la consommation excessive d'alcool, sauf lorsque l'un des membres présente un usage à risque.

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes qui vivent au sein d'un ménage formé d'un couple avec enfant(s) se déclarent en moyenne moins souvent consommatrices d'alcool que celles qui vivent seules. En outre, celles qui le sont présentent très rarement un risque d'excès ; si le couple n'a pas d'enfant, elles ne sont pas moins consommatrices mais elles gardent un mode de boire très modéré.

Les hommes vivant au sein d'un couple sans enfant sont plus souvent consommateurs d'alcool que ceux vivant seuls, mais avec ou sans enfant, ils présentent un bien moindre risque d'alcoolisation excessive que ceux vivant seuls.

Ainsi, le risque d'alcoolisation excessive est surtout concentré chez les personnes vivant seules, hommes ou femmes, alors que les modes de boire modérés sont plus fréquents dès lors que l'on vit au sein d'une famille.

Ce résultat suggère un effet protecteur de la famille contre le risque d'alcoolisation excessive. Mais il peut aussi suggérer une influence des comportements à risque sur le fait de vivre seul plutôt qu'au sein d'une famille.

Cependant, cette association entre vie de famille et boire modéré est contrebalancée par le fait que la probabilité de consommation excessive d'alcool s'élève nettement lorsqu'au moins un des membres du ménage présente un usage à risque. Cette seconde relation peut refléter une forte influence des comportements de consommation d'alcool de l'entourage sur ceux de l'individu, ou encore, à l'inverse, un certain impact des préférences ou des comportements communs sur la formation des ménages.

La non-consommation d'alcool est plus fréquente en bas de l'échelle sociale.

La non-consommation concerne les catégories sociales peu aisées : les ménages à bas revenus, les hommes au chômage, les personnes ayant un niveau d'éducation faible, les étudiants et autres inactifs non-retraités, les ouvrières, mais aussi les agricultrices. Ces résultats renvoient à des mécanismes explicatifs différents parmi lesquels un effet prix, l'influence de l'état de santé ou encore de variables d'ordre culturel ou religieux, non contrôlés par nos modèles statistiques.

Parmi les femmes, celles ayant un statut de cadre sont davantage concernées par la consommation excessive d'alcool. Chez les femmes qui déclarent consommer de l'alcool, parmi les différents groupes socio-économiques, seules celles qui ont un statut de cadre se distinguent par une consommation excessive d'alcool plus fréquente.

Pour les hommes, en revanche, les associations entre catégorie socio-économique et consommation excessive sont plus contrastées. Parmi les hommes consommateurs d'alcool, les cadres, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, mais aussi les ouvriers et les agriculteurs, présentent plus souvent que les employés un risque d'alcoolisation excessive. Ceci est également vérifié pour les actifs occupés comparativement aux étudiants. Mais lorsque le risque est avéré, il est, dans certaines catégories, plus souvent de nature chronique que ponctuelle : c'est le cas pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, les professions intermédiaires, les enquêtés ayant un niveau d'études primaire ou collège et pour ceux qui appartiennent à un ménage dont les ressources ne dépassent pas un revenu net mensuel de 990 euros.

Les régions diffèrent les unes des autres selon les modes de consommation d'alcool, et ces différences ne sont pas tout à fait les mêmes selon le sexe.

Pour les hommes, nos résultats opposent les régions d'Ile-de-France, Nord, Est, Centre-Est et Méditerranée, où les personnes déclarent plus de non-consommation, aux régions de l'Ouest, du Sud-Ouest et du Bassin parisien, où la déclaration de non-consommation est moins fréquente. La consommation à risque se concentre sur les régions du Nord, Sud-Ouest, Ouest et Méditerranée, avec un risque plus souvent chronique que ponctuel dans ces trois dernières zones géographiques.

Pour les femmes, la non-consommation est plus fréquente dans les régions Centre-Est et Méditerranée. L'alcoolisation excessive est plus fréquente dans le Nord et le risque chronique concerne particulièrement le Sud-Ouest.

Par rapport aux données de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique par région, ces résultats, qui sont corrigés de plusieurs caractéristiques socio-économiques, apportent une vision différente des disparités régionales de consommation d'alcool. Toutefois, ils montrent eux aussi l'importance de l'alcoolisation excessive dans les régions du Nord, quel que soit le sexe.

Pour conclure, nos analyses ne font pas ressortir un lien univoque entre précarité et alcoolisation excessive, lien suggéré par différentes études dont celle de Mouquet *et al.* (2002)¹¹. Cela peut

s'expliquer par des effets de sous-déclaration liés à des phénomènes de minimisation de la quantité d'alcool bu ou de déni. Cela peut aussi venir du fait que l'enquête utilisée par Mouquet *et al.* (2002) porte sur les hospitalisés et les patients vus en médecine générale un jour donné alors que l'ESPS interroge des ménages ordinaires. En effet, ce champ d'enquête induit une forte représentation dans l'échantillon des patients ayant une durée de séjour plus longue que la moyenne ou fréquentant plus souvent le médecin. Les patients en situation précaire atteints de pathologies chroniques liées à l'alcool auraient donc plus de chance d'être repérés par leur enquête plutôt que par le questionnaire auto-administré de l'ESPS.

De plus, nos analyses mettent même en évidence des résultats parfois contraires à ceux apportés par plusieurs études françaises (Brix et Lang, 2000; Khlaf, Sermet, Le Pape, 2004; Legleye *et al.*, 2001; Ménard et Gautier, 2001), dans la mesure où nous montrons que la non-consommation est significativement plus fréquente dans les catégories sociales peu aisées. En revanche, elles rejoignent certains résultats, tels que ceux de Baudier et Arènes (1997), Leclerc *et al.* (1994) et Ménard et Gautier (2001) qui montrent l'existence d'un gradient selon lequel la consommation excessive serait plus fréquente dans certaines catégories sociales favorisées.

11 A partir de l'enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins, cette étude montre notamment que les patients chômeurs ou en emploi précaire (contrat à durée déterminée, intérim, stage) présentent un risque

de consommation excessive plus élevé que les patients en emploi stable. C'est également le cas des patients bénéficiaires du RMI (Revenu minimum d'insertion) ou de la CMU (Couverture maladie universelle).

4. Déterminants psychosociaux, vulnérabilité sociale et consommation d'alcool

4. Déterminants psychosociaux, vulnérabilité sociale et consommation d'alcool

Comme nous l'avons déjà souligné plus haut, la France est caractérisée par des inégalités sociales de santé importantes et persistantes (Leclerc *et al.*, 2000; Monteil et Robert-Bobée, 2005), en partie liée à des inégalités sociales dans la consommation d'alcool (Kunst *et al.*, 2000).

Au-delà des déterminants socio-économiques classiques proposés pour expliquer ce phénomène, telles que l'éducation, le niveau de vie, les conditions de travail ou encore l'influence de la santé sur le statut social, des recherches récentes ont proposé de nouveaux déterminants de l'état de santé, qualifiés de déterminants psychosociaux de la santé (Evans, Barer, Maror, 1994; Marmot et Wilkinson, 1999; Berkman et Kawachi, 2000; Goldberg *et al.*, 2002).

En effet, l'existence du gradient social de santé, c'est-à-dire l'amélioration continue de l'état de santé tout au long de la hiérarchie sociale, a conduit à penser que ces différences de santé n'étaient pas uniquement dues à des différences de conditions de vie matérielles mais aussi à un effet des interactions sociales sur la santé. Ainsi, le sentiment de domination hiérarchique et de manque d'autonomie, notamment au travail, l'insuffisance du soutien apporté par les réseaux de relations, et plus généralement la faiblesse de la cohésion de la société, seraient des facteurs de stress psychosocial, ayant des conséquences sur les pathologies mentales, les maladies cardiovasculaires et plus généralement sur la sensibilité de l'organisme aux maladies. Parallèlement, un autre courant de recherche a mis en évidence les conséquences à long terme sur la santé des conditions et événements connus tout au long de la vie, y compris dans l'enfance (Blane, 1999; Smith, 1999; Wadsworth, 1999; Aïach, 2004; Kuh et Ben Shlomo, 2004). Ainsi, l'expérience, même ancienne, de ruptures sociales, d'isolement, de graves problèmes financiers et de logement serait à l'origine d'une vulnérabilité sociale défavorable à la santé (Cambois, 2004).

Afin d'étudier la pertinence de ces déterminants pour la première fois en population générale en France, deux modules de questions spécifiques ont été introduits dans l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004. Le premier module aborde la vulnérabilité sociale à partir des grandes ruptures, sources de difficultés sociales que les personnes connaissent au moment de l'enquête ou qu'elles ont connues au cours de leur vie, y compris pendant leur enfance. Quatre dimensions sont considérées : les périodes d'inactivité professionnelle involontaire, les difficultés pour faire

face à des charges financières élémentaires, les difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent et l'isolement durable. Le second module vise à mesurer le niveau de capital social ressenti par l'individu à partir de sa participation collective et de son niveau de confiance dans les autres, l'intensité de son réseau social mesuré par la fréquence de ses relations, le soutien émotionnel reçu et son autonomie au travail. Des premières analyses ont permis de conclure à la pertinence de ces déterminants pour expliquer les différences d'état de santé perçue et les inégalités sociales qui en découlent. Ainsi, la vulnérabilité sociale est associée à un risque accru de mauvaise santé perçue (Cambois et Jusot, 2006), de même que l'absence de participation associative, le manque de soutien émotionnel ou encore le manque d'autonomie au travail (Jusot, Grignon, Dourgnon, 2007). Enfin, ces facteurs semblent en partie contribuer à l'explication des inégalités sociales de santé perçue puisque, bien que représentées dans l'ensemble des groupes sociaux, ces caractéristiques sont plus fréquentes dans les groupes sociaux plus défavorisés. Ces modules offrent ainsi l'opportunité d'étudier les relations existant entre déterminants psychosociaux de la santé et vulnérabilité sociale d'un côté et la consommation d'alcool de l'autre.

Quelques travaux récents ont en effet mis en évidence la pertinence pour « expliquer » la consommation excessive d'alcool, du capital social, du soutien social, de l'autonomie au travail et des événements de vie. Ainsi, une étude menée auprès d'étudiants de la Havard School of Public Health a montré que la probabilité de connaître des ivresses diminuait à la fois avec la participation associative individuelle et le niveau de capital social de l'environnement, mesurée par la participation associative moyenne campus (Weitzman et Kawachi, 2000). De même, une étude menée dans 24 écoles aux États-Unis, a mis en évidence que les étudiants des écoles ayant en moyenne un plus grand « sens de la communauté », c'est-à-dire un plus haut niveau de confiance, de relations inter-personnelles, d'autonomie avaient une consommation de drogues plus faible que les autres, celle-ci étant mesurée par un score prenant en compte la fréquence de la consommation d'alcool (Battistich et Hom, 1997). Ces résultats mis en évidence chez les adolescents semblent être en partie confirmés en population générale. Ainsi, selon une étude suédoise, la consommation d'alcool à risque est significativement associée à un faible niveau de confiance dans les autres chez les hommes, mais pas chez les femmes (Lindström, 2005). Cette étude souligne par ailleurs le risque accru associé à la miniaturisation des communautés, c'est-à-dire la conjonction d'un

faible niveau de confiance associée à une forte participation associative, cette dernière ne constituant pas en elle-même un facteur de risque ou un élément protecteur. Le manque d'autonomie au travail semble également associé à un risque accru d'alcoolisme (Hemmingsson et Lundberg, 1998, 2001). Les résultats concernant l'influence du soutien social sur la consommation d'alcool sont en revanche moins clairs. Une étude menée auprès de femmes enceintes aux États-Unis n'a trouvé aucune relation significative entre le soutien social reçu et la consommation d'alcool pendant la grossesse (McNamara *et al.*, 2006) alors qu'une étude menée auprès des travailleurs d'EDF-GDF en France a montré que le fait de disposer d'un faible réseau social était associé à une consommation d'alcool accrue chez les femmes, mais pas chez les hommes (Berkman *et al.*, 2004).

Plusieurs études ont également analysé l'association entre la consommation d'alcool et les événements de vie stressants et ruptures. À l'issue d'une revue de littérature sur les études menées en population générale, Veenstra *et al.* (2006) concluent ainsi à l'existence de cette relation mais soulignent que les différents événements de vie stressants n'ont pas les mêmes conséquences sur la consommation d'alcool. Le fait d'avoir été victime d'un crime semble systématiquement associé à une consommation accrue, de même que le passage à la retraite, alors que les événements liés à la santé conduisent à une réduction de la consommation d'alcool. Les résultats des études sont en revanche moins cohérents sur l'effet des autres événements considérés, le divorce et les problèmes financiers pouvant conduire soit à une consommation accrue, soit une consommation réduite. Par ailleurs, d'autres études soulignent l'influence durable des événements survenus durant l'enfance. Par exemple, Anda *et al.* (2002) montrent qu'aux États-Unis, la prévalence de l'alcoolisme est plus élevée parmi les personnes ayant subi dans leur enfance des violences et des ruptures familiales, indépendamment de la consommation d'alcool des parents. De même, le manque de soutien émotionnel dans l'enfance semble associé à une consommation d'alcool excessive à l'âge adulte. Cet effet ne semble pas dû à une initiation précoce à l'usage d'alcool, mais semble en partie expliqué par la vulnérabilité psychologique qui en découle à l'âge adulte (Shaw, 2006).

Nous proposons donc de compléter cette littérature en étudiant pour la première fois en France à partir d'une enquête en population générale et d'un instrument de mesure validé de la consommation excessive d'alcool, l'AUDIT-C, l'influence de la participation associative, de la confiance interpersonnelle, du réseau social, du soutien émotionnel, de l'autonomie au travail et des évé-

nements de vie facteurs de vulnérabilité sociale sur la consommation d'alcool.

Après avoir présenté les données utilisées et la méthode d'analyse, nous présentons les résultats avant d'apporter quelques éléments de conclusion.

4.1 Données et Méthode

4.1.1 L'échantillon utilisé issu de l'enquête ESPS 2004

Cette analyse s'appuie sur des données de l'enquête sur la santé et la protection sociale 2004, qui a recueilli, auprès d'une personne par ménage appelée répondant principal¹², des informations sur les déterminants psychosociaux de la santé et la vulnérabilité sociale aux cours de deux entretiens successifs, en dehors des informations habituellement recueillies sur l'état de santé et les caractéristiques socio-économiques.

Parmi l'ensemble des répondants principaux de l'enquête, nous avons sélectionné pour cette étude un échantillon composé de personnes âgées de 30 ans et plus, ayant répondu à la fois au module sur la vulnérabilité sociale et au module sur les déterminants sociaux, et ayant répondu aux questions portant sur la consommation d'alcool, soit 4 507 personnes, dont 1 833 hommes et 2 674 femmes. La restriction à la population âgée de 30 ans et plus s'explique par la nature des questions posées pour repérer les personnes en situation de vulnérabilité sociale. En effet, nous avons sélectionné des personnes suffisamment avancées dans leur cycle de vie pour que l'interrogation sur les expériences de précarité vécues à la fois durant l'enfance et durant la vie adulte ait un sens.

Le tableau 7 présente la description de l'échantillon.

12 Alors que les informations sur l'état de santé des personnes, et notamment sur leur consommation d'alcool, sont recueillies auprès de chacun des membres des ménages interrogés dans les enquêtes ESPS à l'aide d'un questionnaire auto-administré, les informations sur les caractéristiques socio-économiques de ces personnes sont recueillies au cours d'un entretien téléphonique ou en face-à-face auprès d'une seule personne adulte par ménage. Ce répondant principal correspond le plus souvent à la personne ayant fait l'objet du tirage aléatoire et, dans le cas contraire, est le plus souvent une femme. Cette personne répond également au cours de deux entretiens successifs à des questions spécifiques, mais pour elle-même seulement. En 2004, ces questions ont notamment porté sur la vulnérabilité sociale au cours du premier entretien et sur les déterminants sociaux de la santé au cours du second entretien.

Tableau 7
Description de l'échantillon

	Population totale		Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Homme	1 833	40.67				
Femme	2 674	59.33				
30-44 ans	1 677	37.21	645	35.19	1032	38.59
45-54 ans	1 068	23.70	428	23.35	640	23.93
55-64 ans	743	16.49	324	17.68	419	15.67
65-74 ans	591	13.11	263	14.35	328	12.27
75 ans et plus	428	9.50	173	9.44	255	9.54
Niveau d'éducation non renseigné	11	0.24	3	0.16	8	0.30
Primaire	919	20.39	334	18.22	585	21.88
Collège	1 699	37.70	742	40.48	957	35.79
Lycée	679	15.07	249	13.58	430	16.08
Universitaire	1 199	26.60	505	27.55	694	25.95
Agriculteur	207	4.59	102	5.56	105	3.93
Indépendant	270	5.99	156	8.51	114	4.26
Cadre	626	13.89	381	20.79	245	9.16
Prof intermédiaire	952	21.12	388	21.17	564	21.09
Employé administratif	811	17.99	112	6.11	699	26.14
Employé du commerce	524	11.63	40	2.18	484	18.10
Ouvrier qualifié	705	15.64	531	28.97	174	6.51
Ouvrier non qualifié	331	7.34	121	6.60	210	7.85
PCS non renseignée	81	1.80	2	0.11	79	2.95
1 ^{er} quintile de revenu par U.C.	670	14.87	249	13.58	421	15.74
2 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	758	16.82	261	14.24	497	18.59
3 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	854	18.95	361	19.69	493	18.44
4 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	867	19.24	341	18.60	526	19.67
5 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	965	21.41	468	25.53	497	18.59
Revenu non renseigné	393	8.72	153	8.35	240	8.98
Commune rurale	1 339	29.71	536	29.24	803	30.03
Unité urbaine de moins de 20 000 habitants	864	19.17	366	19.97	498	18.62
Unité urbaine de 20 000 à 199 999 habitants	873	19.37	352	19.20	521	19.48
Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants	886	19.66	357	19.48	529	19.78
Unité urbaine de Paris	545	12.09	222	12.11	323	12.08
Zeat 1 : Région Parisienne	643	14.27	265	14.46	378	14.14
Zeat 2 : Bassin Parisien	871	19.33	363	19.80	508	19.00
Zeat 3 : Nord	264	5.86	108	5.89	156	5.83
Zeat 4 : Est	399	8.85	172	9.38	227	8.49
Zeat 5 : Ouest	668	14.82	249	13.58	419	15.67
Zeat 7 : Sud-Ouest	567	12.58	221	12.06	346	12.94
Zeat 8 : Centre-Est	605	13.42	256	13.97	349	13.05
Zeat 9 : Méditerranée	490	10.87	199	10.86	291	10.88
Vulnérable (oui vs non)	1 193	26.47	443	24.17	750	28.05
Participation associative (non vs oui)	2 764	61.33	1 082	59.03	1 682	62.90
Confiance interpersonnelle (non vs oui)	1 472	32.66	561	30.61	911	34.07
Nombre moyen de contacts	4.22		4.19		4.25	
Ecart-type du nombre de contacts	1.97		1.97		1.97	
Pas de soutien émotionnel	634	14.07	309	16.86	325	12.15
Autonomie au travail (non vs oui)	1 491	33.08	506	27.61	985	36.84
Non consommateur	1 012	22.45	237	12.93	775	28.98
Consommateur sans risque	2 461	54.60	858	46.81	1 603	59.95
Consommateur à risque ponctuel	777	17.24	520	28.37	257	9.61
Consommateur à risque chronique	257	5.70	218	11.89	39	1.46
Total	4 507	100%	1 833	100%	2 674	100%

4.1.2 Le repérage de la vulnérabilité sociale

Ce module proposé dans l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004 aborde la vulnérabilité sociale à partir de l'expérience actuelle ou passée de difficultés et ruptures sociales susceptibles d'être associées à des problèmes de santé plus fréquents, à des difficultés à identifier ces problèmes ou encore à des difficultés à s'en remettre au système de santé pour les prendre en charge (Cambois, 2004). La définition adoptée dans ce module est donc volontairement large. Au-delà des seuls bénéficiaires des prestations sociales (RMI, CMU...) ou des personnes en situation actuelle de précarité¹³, il s'agit de repérer une population vulnérable en raison de l'exposition qu'elles ont connue au cours de leur vie à des périodes d'inactivité professionnelle involontaire, à des difficultés à faire face à des charges financières élémentaires, à des difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent et à un isolement durable.

À partir de quatre questions présentées dans l'annexe 1, un indicateur de vulnérabilité sociale a été proposé (Cambois et Jusot, 2006). Cet indicateur dichotomique permet d'identifier les personnes qui déclarent avoir connu au cours de leur vie au moins l'un des événements suivants : avoir vécu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire, avoir connu au moins une fois des difficultés financières sans pouvoir y faire face, avoir été hébergé au moins une fois, à cause de problèmes d'argent, par des amis, la famille, une association ou à l'hôtel, ou avoir souffert durablement d'isolement.

Dans notre échantillon, 26,5% des personnes peuvent ainsi être considérées comme ayant connu une situation de vulnérabilité sociale. Cette proportion est légèrement plus fréquente chez les femmes (28%) que chez les hommes (24%). Ainsi, 11,5% de l'échantillon déclarent avoir connu au moins plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire, 10% avoir connu des difficultés financières sans pouvoir y faire face, 6% avoir été hébergés à cause de problèmes d'argent par des amis, la famille, une association ou à l'hôtel, et 10,5% avoir souffert durablement d'isolement. Dans la plupart des cas, les personnes interrogées ne déclarent avoir connu que l'un des événements proposés (18% de l'échantillon). 6% de l'échan-

tion déclarent avoir connu deux des événements, 2% déclarent avoir connu trois des événements, et seulement 0,5% déclarent avoir connu les quatre types de rupture.

4.1.3. Le repérage des déterminants psychosociaux de la santé

Le module sur les déterminants psychosociaux introduit dans l'enquête ESPS 2004 propose d'aborder en 5 questions les différents déterminants psychosociaux proposés dans la littérature (cf. annexe 6).

Les 4 premières questions visent à identifier les liens sociaux de la personne, en évaluant son niveau individuel de capital social, la taille de son réseau social et le soutien émotionnel apporté par ce réseau. Ainsi, les deux premières questions du module proposent d'approcher la notion de capital social que l'on peut définir comme les éléments de l'organisation sociale, tels que la confiance, les normes et les réseaux qui améliorent l'efficacité de la société et facilitent la coordination des actions (Putnam, 1993). Elles s'appuient sur les deux des trois grandes dimensions proposées par Putnam (2001) pour mesurer cette notion de capital social : la participation collective, la confiance interpersonnelle et les normes de réciprocité.

La première question vise à mesurer le degré de confiance dans les autres à partir d'une situation courante, *a priori* vécue par une forte proportion des personnes interrogées, la perte d'un portefeuille. Elle permet de distinguer les personnes ayant un degré de confiance élevé dans les autres (celles qui déclarent qu'elles iraient voir si cet objet a été rapporté à un service compétent car quelqu'un pourrait l'avoir rapporté, 1er item de réponse), des personnes pensant globalement que cela ne sert à rien (items de réponse 2 à 4). Dans notre échantillon, 33% des personnes semblent avoir un faible niveau de confiance dans les autres, cette proportion étant légèrement plus élevée chez les femmes (34%) que chez les hommes (31%).

La deuxième question propose de mesurer le capital social formel à partir d'une mesure de la participation à des activités collectives dans le cadre d'une association, d'un club, d'une communauté religieuse, d'un syndicat, d'un parti politique. Dans notre échantillon, 39% des personnes interrogées déclarent participer à des activités collectives en tant que membre actif ou simple adhérent, le manque de capital social étant légèrement plus élevé chez les femmes (63%) que chez les hommes (59%).

13 Il existe de nombreuses définitions de la précarité et selon les critères sélectionnés, les « aller-retour » entre précarité et non-précarité peuvent être plus ou moins fréquents, le nombre de personnes concernées plus ou moins grand. Le score EPICE proposé par le CETAF propose notamment une liste de questions visant à repérer les personnes en situation de précarité actuelle.

Afin d'apprécier la taille du réseau de relations de la personne, la question suivante propose de compter les contacts réels et téléphoniques que l'enquêté a eu pendant le dernier week-end avec les membres de sa famille, ses amis, ou ses relations. Les personnes interrogées ont eu en moyenne 4 types de contacts différents durant le dernier week-end, ce nombre étant peu différent chez les hommes et les femmes.

La quatrième question de ce module propose de mesurer non plus la taille, mais la qualité du réseau de la personne en évaluant le soutien émotionnel apporté par celui-ci. Celui-ci est mesuré par le fait de pouvoir discuter facilement avec une personne proche d'un problème personnel, tel qu'une mésentente avec votre conjoint ou un membre de votre famille. Cette question permet ainsi d'aborder la notion de soutien émotionnel, qui constitue l'une des trois dimensions définissant le soutien social, composé en outre de l'aide matérielle et du soutien financier (Berkman et Glass, 2000)¹⁴. Seuls 14% de l'échantillon déclarent ne pas pouvoir discuter avec une personne proche d'un problème personnel. Ce manque de soutien émotionnel concerne plus fréquemment les hommes (17%) que les femmes (12%).

La cinquième question du module vise enfin, non plus à mesurer les liens sociaux de la personne, mais à tester l'hypothèse d'un stress psychosocial induit par la hiérarchie. Plus précisément, cette question, issue du questionnaire portant sur l'environnement psychosocial au travail de la cohorte GAZEL en 1999, vise enfin à repérer le degré d'autonomie de la personne dans son travail. Cette question renvoie donc directement au modèle de Karasek (Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990), selon lequel la capacité à gérer le stress, induit par une forte demande psychologique, est facilitée non seulement par le soutien reçu de la part de l'entourage au travail, mais surtout par

la capacité de maîtrise de son environnement, et donc de son autonomie au travail. Un tiers de l'échantillon déclare ne pas avoir d'autonomie au travail. Cette situation concerne 37% des femmes et seulement 28% des hommes.

4.1.4. Méthode d'analyse

Afin d'étudier l'association entre profils d'alcoolisation et les déterminants psychosociaux de la santé, nous proposons d'estimer successivement à l'aide de régressions logistiques, l'effet des diverses dimensions étudiées sur la probabilité d'appartenir aux différents profils d'alcoolisation. Nous estimons tout d'abord les déterminants du fait de déclarer être non-consommateur d'alcool *versus* être consommateur. Puis parmi les seuls consommateurs, nous estimons ensuite les déterminants de la consommation à risque, que ce risque soit considéré comme chronique ou uniquement ponctuel. Nous estimons enfin, parmi les seuls consommateurs, les déterminants de la consommation excessive à risque chronique *versus* la consommation sans risque et la consommation à risque ponctuel.

Un premier ensemble de régressions a tout d'abord été réalisé en considérant chacun des déterminants psychosociaux et la vulnérabilité sociale séparément, en ne contrôlant d'abord que par l'âge et le sexe, puis en contrôlant par l'âge, le sexe, la PCS (profession et catégorie sociale), le niveau d'éducation, le niveau de revenu par unité de consommation, la taille de l'unité urbaine d'habitation et la Zone d'Équipement et d'Aménagement du Territoire. Un second groupe de régressions estime simultanément l'effet de tous les déterminants psychosociaux et de la vulnérabilité sociale sur les probabilités d'appartenir aux différents profils d'alcoolisation, en contrôlant d'abord par l'âge et le sexe, puis en considérant l'ensemble des variables de contrôle. Enfin, une dernière analyse multivariée propose d'étudier l'effet sur les profils d'alcoolisation des interactions entre le sexe et des déterminants psychosociaux et la vulnérabilité sociale, afin de voir si les déterminants de l'usage à risque d'alcool sont identiques chez les hommes et les femmes.

¹⁴ Ces autres dimensions sont plus difficiles à mesurer dans une enquête en population générale, où une faible proportion de personnes ont effectivement été aidées par leur réseau, car les réponses des personnes ayant expérimenté les situations sont peu comparables à celles des personnes n'exprimant que des croyances sur la qualité de leur réseau.

4.2 Résultats

4.2.1 Analyse séparée des déterminants psychosociaux

Les tableaux 8 et 9 présentent les associations trouvées entre profils d'alcoolisation et chacun des déterminants psychosociaux considérés séparément, après contrôle que par l'âge et le sexe puis en contrôlant par l'âge, le sexe, la PCS (profession et catégorie sociale), le niveau d'éducation, le niveau de revenu par unité de consommation, la taille de l'unité urbaine d'habitation et la Zone d'équipement et d'aménagement du territoire (ZEAT).

Chacun des déterminants psychosociaux considérés est associé à une probabilité accrue de déclarer être non-consommateur d'alcool, lorsque l'on contrôle par l'âge et le sexe. Ces résultats sont en outre robustes au contrôle par les autres caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, les personnes considérées comme socialement vulnérables déclarent 1,5 fois plus fréquemment être non-consommateur d'alcool que les personnes considérées comme non vulnérables. De même les personnes disposant d'un faible niveau de

capital social, que celui-ci soit apprécié par l'absence de participation associative ou le manque de confiance personnelle, ont une probabilité plus forte de déclarer être non-consommateur. Les personnes ayant des liens sociaux nombreux et permettant d'apporter un soutien émotionnel déclarent également moins fréquemment être non-consommateur que les personnes bénéficiant de réseaux plus restreints. Enfin, l'absence d'autonomie au travail est associée à une probabilité plus forte d'être non-consommateur.

Parmi les personnes déclarant consommer de l'alcool, les personnes repérées comme vulnérables ont également un risque accru d'adopter un mode de consommation à risque, que l'on considère uniquement la consommation excessive à risque chronique ou bien également la consommation à risque ponctuel. Si l'intensité des liens sociaux appréciée par le nombre de contacts récents rend la non-consommation moins probable, elle semble néanmoins protéger du risque d'alcoolisation à risque chronique. Là encore, ces effets sont robustes à l'introduction des variables de contrôle sociodémographiques. Les résultats montrent enfin un effet protecteur de l'absence d'autonomie au travail face au risque d'alcoolisation excessive global.

Tableau 8
Influence des déterminants psychosociaux considérés un par un sur les profils d'alcoolisation contrôlée par l'âge et le sexe

	Non-consommateur versus consommateur		Consommateur à risque versus consommateur sans risque		Consommateur à risque chronique versus consommateur sans risque chronique	
	O.R. ^(*)	I.C.	O.R.	I.C.	O.R.	I.C.
Vulnérable	1,505****	[1.283-1.764]	1,206**	[1.005-1.447]	1,585***	[1.187-2.115]
Pas de participation associative	1,685****	[1.442-1.970]	0,92	[0.783-1.081]	1,021	[0.783-1.331]
Pas de confiance interpersonnelle	1,273***	[1.095-1.481]	1,092	[0.919-1.296]	1,259	[0.952-1.664]
Nombre de contacts	0,901****	[0.865-0.939]	0,99	[0.948-1.033]	0,923**	[0.859-0.992]
Pas de soutien émotionnel	1,526****	[1.250-1.864]	1,048	[0.834-1.318]	1,307	[0.931-1.836]
Pas d'autonomie au travail	1,521****	[1.310-1.766]	0,786***	[0.658-0.938]	0,737*	[0.540-1.006]

Tableau 9
Influence des déterminants psychosociaux considérés un par un sur les profils d'alcoolisation contrôlée par l'ensemble des variables de contrôle

	Non-consommateur versus consommateur		Consommateur à risque versus consommateur sans risque		Consommateur à risque chronique versus consommateur sans risque chronique	
	O.R. ^(*)	I.C.	O.R.	I.C.	O.R.	I.C.
Vulnérable	1,187**	[1,000-1,408]	1,212**	[1,003-1,465]	1,484**	[1,097-2,007]
Pas de participation associative	1,333****	[1,130-1,573]	0,942	[0,797-1,113]	1,016	[0,769-1,343]
Pas de confiance interpersonnelle	1,151*	[0,982-1,348]	1,080	[0,906-1,286]	1,249	[0,940-1,661]
Nombre de contacts	0,954**	[0,913-0,996]	0,984	[0,941-1,029]	0,918**	[0,853-0,989]
Pas de soutien émotionnel	1,371***	[1,111-1,692]	1,030	[0,816-1,300]	1,263	[0,891-1,789]
Pas d'autonomie au travail	1,168*	[0,993-1,374]	0,805**	[0,668-0,971]	0,723*	[0,520-1,005]

(*) Niveau de significativité : * 10%, ** 5%, *** 1%, **** 0,1 %

4.2.2 Analyse multivariée des déterminants psychosociaux

L'analyse multivariée (tableau 9) permet de confirmer l'association trouvée entre vulnérabilité sociale et les différents profils d'alcoolisation.

Ainsi, les personnes déclarant avoir vécu des expériences difficiles, signes d'une vulnérabilité sociale, ont à la fois une probabilité plus forte de déclarer être non-consommateur, mais parmi les consommateurs, une probabilité supérieure d'avoir une consommation excessive d'alcool, surtout une consommation à risque chronique. De même, la participation associative et l'absence de soutien émotionnel sont également associées à une non-consommation d'alcool plus fréquente. Cette analyse confirme l'effet protecteur de l'intensité du réseau social face au risque d'alcoolisation à risque chronique et l'effet protecteur de l'absence d'autonomie au travail face au risque d'alcoolisation excessive au sens large (ponctuel et chronique) et au sens du risque chronique uniquement. Par contre, nous ne trouvons plus d'association significative entre la confiance inter-

personnelle et les différents profils d'alcoolisation, lorsque l'ensemble des déterminants psychosociaux est considéré simultanément.

Cette analyse permet enfin de retrouver les déterminants traditionnels de la consommation d'alcool. La déclaration de non-consommation est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, chez les plus jeunes et les plus âgés. Elle est aussi très fortement associée à la situation économique et sociale. La probabilité de déclarer être non-consommateur décroît avec le niveau d'instruction, avec le niveau de revenu et la hiérarchie sociale. Lorsque l'analyse est restreinte aux seuls consommateurs et que l'on considère le risque d'alcoolisation excessive global (ponctuel et chronique), la consommation à risque est également moins fréquente chez les femmes et décroît avec l'âge. Elle est moins fréquente parmi les moins éduqués, mais au contraire, est plus fréquente chez les ouvriers et les indépendants. Enfin, le risque d'alcoolisation excessive chronique est plus fréquent chez les hommes, les personnes âgées de 45 à 74 ans, les ouvriers non qualifiés et les indépendants.

Deux analyses complémentaires ont été menées afin de tester l'existence d'hypothèses plus complexes proposées dans la littérature.

Afin de voir si les différentes dimensions de la vulnérabilité sociale avaient une influence identique sur le risque d'alcoolisation excessive, conformément aux conclusions de Veenstra *et al.* (2006), l'analyse a tout d'abord été reconduite en excluant l'indicateur de vulnérabilité sociale et en incluant quatre variables dichotomiques correspondant au fait d'avoir connu plusieurs périodes d'inactivité involontaire, d'avoir connu des difficultés financières sans pouvoir y faire face, d'avoir connu des problèmes de logement et d'avoir souffert d'isolement durable. L'introduction de ces variables conduit à réduire la puissance explicative de ces dimensions, en raison de la faiblesse des effectifs. Toutefois, cette analyse montre que la non-consommation est principalement associée au fait d'avoir

connu dans sa vie plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire, ce qui confirme l'effet du chômage identifié dans l'analyse menée à partir de l'enquête ESPS 2002, et met en évidence un risque spécifique de consommation excessive au sens large (risque ponctuel et chronique) des personnes ayant dû être hébergées en raison de problèmes financiers au cours de leur vie.

Afin de tester l'existence d'un risque spécifique associé à la miniaturisation des communautés (Lindström, 2005), nous avons ensuite testé l'existence d'une interaction entre participation associative et confiance interpersonnelle. Les résultats invalident cette hypothèse, l'effet de la participation associative sur la déclaration de non-consommation étant identique chez les personnes ayant un niveau de confiance interpersonnelle élevé et les personnes ayant un niveau faible.

Tableau 10
Influence de l'ensemble des déterminants psychosociaux sur les profils d'alcoolisation
contrôlée par l'ensemble des variables de contrôle

	Non-consommateur versus consommateur		Consommateur à risque versus consommateur sans risque		Consommateur à risque chronique versus consommateur sans risque chronique	
	O.R(*)	I.C.	O.R.	I.C.	O.R.	I.C.
Homme	Ref		Ref		Ref	
Femme	2.540****	[2.101-3.071]	0.188****	[0.156-0.228]	0.155***	[0.106-0.228]
30-44 ans	Ref		Ref		Ref	
45-54 ans	0.676****	[0.544-0.839]	0.813**	[0.663-0.998]	1.750****	[1.214-2.523]
55-64 ans	0.715****	[0.553-0.925]	0.443****	[0.342-0.573]	1.495*	[0.971-2.303]
65-74 ans	0.942	[0.712-1.245]	0.390****	[0.287-0.530]	2.133***	[1.352-3.367]
75 ans et plus	1.460**	[1.066-1.998]	0.104****	[0.062-0.176]	0.901	[0.462-1.759]
Niveau d'éducation non renseigné	0.857	[0.172-4.261]	1.076	[0.223-5.200]	1.790	[0.151-21.270]
Primaire	2.274****	[1.645-3.143]	0.736*	[0.515-1.053]	0.685	[0.393-1.195]
Collège	1.336**	[1.031-1.732]	0.791*	[0.617-1.013]	0.767	[0.504-1.166]
Lycée	1.126	[0.844-1.502]	0.978	[0.753-1.270]	0.858	[0.545-1.351]
Universitaire	Ref		Ref		Ref	
PCS non renseignée	3.080****	[1.687-5.623]	1.273	[0.426-3.801]	0.853	[0.105-6.909]
Agriculteur	1.914**	[1.157-3.165]	1.097	[0.659-1.827]	1.451	[0.705-2.985]
Indépendant	1.219	[0.746-1.989]	1.446*	[0.987-2.118]	1.631*	[0.953-2.793]
Cadre	Ref		Ref		Ref	
Prof intermédiaire	1.758***	[1.225-2.524]	1.102	[0.845-1.437]	1.000	[0.646-1.547]
Employé administratif	2.124****	[1.449-3.115]	0.939	[0.665-1.325]	0.594	[0.285-1.241]
Employé du commerce	1.882***	[1.243-2.849]	1.342	[0.902-1.996]	0.926	[0.420-2.041]
Ouvrier qualifié	2.018****	[1.339-3.042]	1.337*	[0.958-1.864]	1.240	[0.739-2.082]
Ouvrier non qualifié	2.762****	[1.772-4.305]	1.484*	[0.960-2.292]	1.885*	[0.974-3.649]
Revenu non renseigné	1.835****	[1.315-2.559]	0.567***	[0.399-0.805]	0.701	[0.388-1.269]
1 ^{er} quintile de revenu par U.C.	2.583****	[1.908-3.497]	0.933	[0.684-1.273]	1.491	[0.925-2.402]
2 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	1.698****	[1.261-2.286]	0.882	[0.658-1.182]	1.073	[0.663-1.738]
3 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	1.639****	[1.224-2.194]	0.871	[0.664-1.144]	0.975	[0.613-1.550]
4 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	1.184	[0.884-1.587]	0.836	[0.650-1.074]	0.923	[0.600-1.420]
5 ^{ème} quintile de revenu par U.C.	Ref		Ref		Ref	
Commune rurale	1.053	[0.609-1.822]	1.191	[0.652-2.176]	1.339	[0.543-3.303]
Unité urbaine de moins de 20 000 habitants	0.947	[0.544-1.649]	0.960	[0.525-1.757]	1.333	[0.540-3.288]
Unité urbaine de 20 000 à 199 999 habitants	1.065	[0.609-1.864]	0.836	[0.450-1.551]	1.143	[0.448-2.916]
Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants	1.037	[0.583-1.844]	1.004	[0.535-1.883]	1.640	[0.636-4.230]
Unité urbaine de Paris	Ref		Ref		Ref	
Zeat 1 : Région Parisienne	Ref		Ref		Ref	
Zeat 2 : Bassin Parisien	0.533**	[0.315-0.901]	0.982	[0.552-1.750]	0.484	[0.203-1.158]
Zeat 3 : Nord	0.540**	[0.297-0.980]	1.255	[0.659-2.389]	0.775	[0.294-2.044]
Zeat 4 : Est	0.754	[0.434-1.311]	0.827	[0.447-1.532]	0.626	[0.248-1.579]
Zeat 5 : Ouest	0.467***	[0.273-0.799]	0.918	[0.511-1.649]	0.798	[0.335-1.901]
Zeat 7 : Sud-Ouest	0.521**	[0.303-0.898]	0.943	[0.520-1.709]	0.637	[0.262-1.550]
Zeat 8 : Centre-Est	0.570**	[0.331-0.979]	1.096	[0.608-1.975]	0.730	[0.305-1.750]
Zeat 9 : Méditerranée	0.781	[0.450-1.354]	1.000	[0.547-1.828]	0.718	[0.294-1.754]
Vulnérable	1.159*	[0.976-1.377]	1.210*	[1.000-1.465]	1.467**	[1.082-1.990]
Pas de participation associative	1.282***	[1.083-1.517]	0.937	[0.791-1.111]	0.969	[0.729-1.289]
Pas de confiance interpersonnelle	1.102	[0.939-1.293]	1.079	[0.904-1.287]	1.210	[0.906-1.616]
Nombre de contacts	0.976	[0.933-1.020]	0.980	[0.936-1.025]	0.921**	[0.853-0.994]
Pas de soutien émotionnel	1.280**	[1.033-1.586]	1.012	[0.799-1.281]	1.173	[0.823-1.672]
Pas d'autonomie au travail	1.129	[0.959-1.331]	0.792**	[0.656-0.956]	0.682**	[0.489-0.951]

(*) Niveau de significativité : * 10%, ** 5%, *** 1%, **** 0,1 %

4.2.3 Analyse des interactions entre sexe et déterminants psychosociaux

L'analyse des interactions entre sexe et déterminants psychosociaux (tableau 10) montre que la plupart des déterminants psychosociaux envisagés ont une influence différente sur les profils d'alcoolisation des hommes et des femmes.

Le fait de se déclarer non-consommateur est influencé par des facteurs assez différents selon le sexe. Si l'effet de la participation associative diminue la non-consommation tant chez les hommes que chez les femmes, la vulnérabilité sociale augmente significativement la probabilité de déclarer être non-consommateur, mais chez les hommes uniquement. À l'inverse chez les femmes, la déclaration de non-consommation d'alcool augmente avec le manque de soutien émotionnel et diminue avec le nombre de contacts.

En dehors de l'effet protecteur de l'intensité du réseau social face au risque d'alcoolisation à risque chronique, les autres facteurs associés à la consommation d'alcool à risque global (ponctuel et chronique) et à la seule consommation à risque chronique sont également différents chez les hommes et les femmes. Ainsi, la vulnérabilité sociale semble constituer un facteur d'usage d'alcool à risque ponctuel et chronique chez les femmes uniquement. À l'inverse, l'absence d'autonomie au travail ne semble avoir un effet protecteur sur le risque d'alcoolisation à risque chronique que chez les femmes. On note toutefois un effet protecteur du manque d'autonomie au travail chez les hommes, lorsque les risques d'alcoolisation excessive ponctuel et chronique sont analysés conjointement.

Ces différences entre hommes et femmes doivent cependant être prises avec précaution en raison du manque de puissance potentiel induit par la faiblesse des effectifs.

Tableau 11
Influence de l'ensemble des interactions entre sexe et déterminants sociaux sur les profils d'alcoolisation contrôlée par l'ensemble des variables de contrôle

	Non-consommateur versus consommateur		Consommateur à risque versus consommateur sans risque		Consommateur à risque chronique versus consommateur sans risque chronique	
	O.R. ^(*)	I.C.	O.R.	I.C.	O.R.	I.C.
Homme	Ref		Ref		Ref	
Femme	4,265****	[2,46-7,393]	0,146****	[0,085-0,252]	0,161***	[0,053-0,495]
30-44 ans	Ref		Ref		Ref	
45-54 ans	0,672****	[0,542-0,834]	0,814**	[0,663-1]	1,743***	[1,21-2,512]
55-64 ans	0,708***	[0,547-0,916]	0,445****	[0,344-0,577]	1,491*	[0,968-2,297]
65-74 ans	0,928	[0,701-1,228]	0,388****	[0,285-0,528]	2,132***	[1,351-3,363]
75 ans et plus	1,452**	[1,059-1,991]	0,103****	[0,061-0,175]	0,904	[0,464-1,763]
Niveau d'éducation non renseigné	0,875	[0,176-4,357]	1,072	[0,223-5,161]	1,945	[0,156-24,235]
Primaire	2,293****	[1,657-3,172]	0,725*	[0,507-1,037]	0,679	[0,389-1,184]
Collège	1,345**	[1,038-1,744]	0,779**	[0,607-0,999]	0,757	[0,497-1,152]
Lycée	1,13	[0,847-1,507]	0,969	[0,745-1,259]	0,854	[0,542-1,345]
Universitaire	Ref		Ref		Ref	
PCS non renseignée	3,011****	[1,644-5,514]	1,292	[0,431-3,872]	0,676	[0,082-5,55]
Agriculteur	1,897**	[1,144-3,146]	1,106	[0,663-1,845]	1,479	[0,72-3,04]
Indépendant	1,205	[0,737-1,968]	1,458*	[0,994-2,14]	1,669*	[0,975-2,857]
Cadre	Ref		Ref		Ref	
Prof intermédiaire	1,77***	[1,232-2,543]	1,118	[0,855-1,46]	1,019	[0,657-1,578]
Employé administratif	2,132****	[1,452-3,129]	0,936	[0,662-1,322]	0,6	[0,287-1,255]
Employé du commerce	1,891***	[1,248-2,865]	1,343	[0,902-1,999]	0,91	[0,411-2,015]
Ouvrier qualifié	1,977***	[1,308-2,986]	1,375*	[0,984-1,922]	1,266	[0,753-2,127]
Ouvrier non qualifié	2,711****	[1,738-4,228]	1,497*	[0,97-2,313]	1,972**	[1,018-3,821]
Revenu non renseigné	1,827****	[1,308-2,551]	0,572***	[0,402-0,813]	0,7	[0,387-1,267]
1 ^{er} quintile	2,587****	[1,91-3,505]	0,94	[0,689-1,284]	1,449	[0,898-2,338]
2 ^{ème} quintile	1,692****	[1,256-2,28]	0,888	[0,662-1,19]	1,06	[0,655-1,716]
3 ^{ème} quintile	1,619***	[1,208-2,169]	0,876	[0,667-1,15]	0,963	[0,605-1,532]
4 ^{ème} quintile	1,184	[0,884-1,587]	0,839	[0,652-1,079]	0,909	[0,591-1,397]
5 ^{ème} quintile	Ref		Ref		Ref	
Commune rurale	1,04	[0,6-1,803]	1,185	[0,647-2,17]	1,378	[0,559-3,398]
Unité urbaine de moins de 20 000 habitants	0,927	[0,531-1,617]	0,954	[0,52-1,75]	1,391	[0,564-3,431]
Unité urbaine de 20 000 à 199 999 habitants	1,035	[0,59-1,816]	0,831	[0,447-1,545]	1,182	[0,464-3,012]
Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants	1,003	[0,563-1,787]	1,004	[0,534-1,888]	1,7	[0,659-4,383]
Unité urbaine de Paris	Ref		Ref		Ref	
Zeat 1 : Région Parisienne	Ref		Ref		Ref	
Zeat 2 : Bassin Parisien	0,547**	[0,322-0,927]	0,993	[0,556-1,773]	0,47*	[0,197-1,125]
Zeat 3 : Nord	0,551*	[0,302-1,002]	1,255	[0,658-2,395]	0,756	[0,287-1,993]
Zeat 4 : Est	0,782	[0,449-1,363]	0,833	[0,448-1,547]	0,612	[0,243-1,542]
Zeat 5 : Ouest	0,482****	[0,281-0,827]	0,923	[0,513-1,663]	0,769	[0,323-1,833]
Zeat 7 : Sud-Ouest	0,537**	[0,311-0,926]	0,95	[0,523-1,727]	0,625	[0,257-1,519]
Zeat 8 : Centre-Est	0,586*	[0,34-1,011]	1,105	[0,612-1,996]	0,715	[0,298-1,714]
Zeat 9 : Méditerranée	0,812	[0,467-1,411]	1,005	[0,548-1,844]	0,692	[0,283-1,69]
Vulnérable*Femme	1,003	[0,819-1,228]	1,300*	[0,984-1,718]	2,937***	[1,518-5,682]
Vulnérable*Homme	1,686****	[1,239-2,294]	1,127	[0,873-1,453]	1,252	[0,889-1,763]
Pas de participation associative*Femme	1,256**	[1,031-1,531]	0,961	[0,737-1,252]	1,14	[0,571-2,275]
Pas de participation associative*Homme	1,37*	[0,997-1,881]	0,922	[0,741-1,148]	0,935	[0,685-1,276]
Pas de confiance interpersonnelle*Femme	1,142	[0,946-1,379]	1,161	[0,886-1,521]	1,266	[0,648-2,472]
Pas de confiance interpersonnelle*Homme	1,018	[0,75-1,381]	1,026	[0,814-1,294]	1,207	[0,877-1,662]
Nombre de contacts*Femme	0,953*	[0,905-1,003]	0,988	[0,921-1,059]	0,851*	[0,705-1,027]
Nombre de contacts*Homme	1,032	[0,957-1,113]	0,972	[0,918-1,029]	0,933*	[0,859-1,013]
Pas de soutien émotionnel*Femme	1,273*	[0,976-1,66]	1,042	[0,692-1,57]	1,409	[0,593-3,349]
Pas de soutien émotionnel*Homme	1,287	[0,897-1,848]	0,991	[0,743-1,32]	1,14	[0,776-1,676]
Pas d'autonomie au travail*Femme	1,109	[0,916-1,341]	0,914	[0,693-1,205]	0,38**	[0,168-0,86]
Pas d'autonomie au travail*Homme	1,197	[0,88-1,627]	0,704***	[0,549-0,902]	0,762	[0,53-1,095]

(*) Niveau de significativité : * 10%, ** 5%, *** 1%, **** 0,1%

4.3 Synthèse

Cette analyse des facteurs psychosociaux menée sur l'ESPS 2004 permet de confirmer en France l'existence de liens entre déterminants psychosociaux, vulnérabilité sociale et consommation d'alcool.

La déclaration de non-consommation d'alcool, plus fréquente dans les milieux les moins éduqués et les catégories sociales les moins aisées, est également plus fréquente parmi les personnes disposant de faibles ressources psychosociales et les personnes vulnérables. En effet, toutes choses égales par ailleurs, le fait de déclarer ne jamais consommer d'alcool est plus fréquent parmi les personnes vulnérables en raison des difficultés et ruptures connues tout au long de leur vie, les personnes n'ayant aucune participation associative et les personnes ne disposant pas de soutien émotionnel.

Parmi les consommateurs d'alcool, l'usage d'alcool à risque est également socialement différencié. Ainsi, la vulnérabilité sociale augmente la probabilité de consommation excessive d'alcool à risque global. Lorsque le risque est avéré, il est plus souvent chronique que ponctuel. À l'inverse, l'intensité du réseau social semble avoir un effet protecteur contre le risque de consommation excessive à risque chronique. Nous ne trouvons en revanche aucune association en analyse multivariée entre la consommation d'alcool à risque et le capital social perçu, que celui-ci soit mesuré par la participation associative ou le niveau de confiance interpersonnelle. Cette étude met enfin en évidence un effet plus inattendu : dans notre échantillon le manque d'autonomie au travail est associé à risque plus faible de consommation d'alcool excessive au sens large, en particulier de consommation à risque chronique.

Nos résultats montrent en outre que les facteurs psychosociaux associés à la consommation d'alcool sont en partie différents chez les hommes et les femmes. Si la vulnérabilité sociale explique le fait de déclarer être non-consommateur chez les hommes, elle n'est associée à la consommation à risque que chez les femmes. De même l'absence de soutien émotionnel n'est associée à la déclaration de non-consommation que chez les femmes. Enfin, l'absence d'autonomie au travail semble jouer un rôle différent chez les hommes et les femmes, puisque son effet protecteur face à l'usage d'alcool à risque semble jouer sur la consommation à risque au sens large chez les hommes (et donc par déduction sur la consommation à risque ponctuel principalement) et sur le seul risque chronique chez les femmes. Par contre, l'effet positif de la participation associative sur le fait de déclarer consommer de l'alcool et l'effet protecteur du réseau social contre le risque d'alcoolisation chronique sont mis en évidence tant chez les hommes que chez les femmes.

Afin d'apprécier les risques liés à la consommation d'alcool, cette analyse repose sur des profils d'al-

coolisation fins construits à partir d'un indicateur validé, l'AUDIT C. Cette méthode permet en particulier de distinguer les personnes déclarant ne jamais consommer d'alcool des consommateurs, et parmi les consommateurs de prendre en compte deux niveaux de risque, le risque d'alcoolisation excessive au sens large, intégrant les risques ponctuels et chroniques, et le risque d'alcoolisation excessive chronique. Les résultats confirment l'intérêt de cette méthode puisqu'ils mettent en évidence des profils sociaux particuliers associés à chaque niveau d'alcoolisation. Ils suggèrent en effet que les personnes les plus défavorisées, les plus vulnérables et disposant d'un plus faible niveau de ressources psychosociales ont à la fois un risque plus élevé d'être repéré comme non-consommateur, et lorsqu'elles sont consommatrices, d'être repérées à risque d'alcoolisation excessive chronique. Si l'effet des événements de vie marquants et de l'intégration sociale sur la consommation excessive d'alcool pouvaient être attendu au regard de la littérature (Anda *et al.*, 2002; Berkman *et al.*, 2004; Shaw, 2006; Veensstra *et al.*, 2006), les effets du capital social, du soutien émotionnel et de la vulnérabilité sociale sur la non-consommation sont plus surprenants. En effet, ce résultat n'a, à notre connaissance, jamais été mis en évidence, la plupart des études ne distinguant pas les non-consommateurs des consommateurs modérés. Il pose alors la question de la validité de l'indicateur utilisé. On peut en effet se demander si une partie des personnes déclarant ne jamais consommer de l'alcool ne sont pas au contraire des personnes ayant un usage d'alcool à risque chronique, voire dépendantes, mais refusant de le déclarer en raison d'un phénomène de déni. On peut également penser que ce groupe comprend des personnes aujourd'hui non-consommatrices en raison de problèmes d'alcool dans le passé. Cependant, ces deux phénomènes ne peuvent être que marginaux en population générale et ne peuvent donc rendre compte que d'une faible part de la composition de ce groupe qui est très nombreux dans notre échantillon. Une troisième voie d'explication réside dans les problèmes de santé. En effet, si les problèmes de santé sont un facteur de réduction de la consommation d'alcool (Veenstra *et al.*, 2006), la vulnérabilité sociale et le faible niveau de ressources psychosociales peuvent jouer le rôle de facteur de confusion des problèmes de santé, en raison de leur corrélation avec l'état de santé (Cambois et Jusot, 2006; Jusot, Grignon, Dourgnon, 2007).

Ces résultats montrent ainsi l'intérêt de prendre en compte le niveau de capital social dont disposent les personnes, le soutien social qu'elles reçoivent et l'ensemble des événements de vie qu'elles ont connu, afin de comprendre et prendre en charge de manière adaptée les problèmes d'alcool en France. Ils appellent en outre de nouvelles recherches prenant en compte l'ensemble des profils d'alcoolisation afin, notamment, de comprendre le profil sociodémographique particulier des personnes déclarant ne jamais consommer de l'alcool.

Conclusion

Conclusion

Nous avons proposé dans ce document une étude de la prévalence et des déterminants de la consommation d'alcool en population générale en France. Cette étude fait suite à un premier travail méthodologique de validation de l'utilisation du questionnaire AUDIT-C pour étudier les problèmes d'alcool en population générale, effectué à partir de la confrontation de deux enquêtes nationales sur la santé, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2002 de l'IRDES et l'Enquête santé (ES) de l'INSEE de 2002/2003. Ce travail a conclu à la robustesse des outils et indicateurs utilisés (Com-Ruelle *et al.*, 2006). Elle annonce également une étude des liens entre recours aux soins et consommation d'alcool.

La première étape avait abouti, à partir du questionnaire AUDIT-C et des seuils de consommation définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à la construction d'une typologie des consommations d'alcool en quatre à six catégories progressives. Ces catégories sont : les non-consommateurs, les consommateurs sans risque (occasionnels et réguliers), les consommateurs à risque ponctuel, les consommateurs à risque chronique (y compris les alcoolodépendants).

Dans l'étape de recherche présente, nous avons mesuré les prévalences des six profils de consommation identifiés au sein de l'ESPS 2002 et précisé leur déclinaison selon toute une série de critères socio-économiques. Nous avons ensuite étudié les liens statistiques entre les facteurs économiques et sociaux et le mode de consommation d'alcool, mesurée là encore selon la classification élaborée précédemment.

Nous avons analysé tout d'abord l'impact des dimensions habituellement retenues du statut démographique, économique et social (âge, sexe, revenu, éducation, profession, occupation, type de ménage, présence de buveurs excessifs dans l'entourage) ainsi que l'influence du contexte géographique (ZEAT, type d'agglomération). Dans un deuxième temps, nous avons étudié l'influence de la vulnérabilité sociale et des ressources d'ordre psychosocial (capital social, soutien social, autonomie au travail) sur le mode de consommation d'alcool.

- **L'étude des prévalences et des facteurs socio-économiques classiques associés aux différents profils d'alcoolisation confirme certaines données connues et met en évidence des éléments nouveaux.**

Les problèmes d'alcoolisation excessive concernent les hommes en priorité. Les femmes sont

moins souvent consommatrices d'alcool et moins souvent consommatrices à risque.

Indépendamment du sexe, il existe des effets d'âge et de génération dans les modes de boire, avec une plus faible propension à consommer de l'alcool chez les moins de 35 ans et les plus de 64 ans et, au contraire, un risque d'alcoolisation excessive chronique de plus en plus important à partir de 45 ans. Le risque ponctuel se concentre sur la classe de 25-44 ans.

La famille a un effet protecteur : vivre au sein d'un couple avec ou sans enfant diminue la probabilité d'être consommateur à risque. Cet effet est contrebalancé par le fait que, lorsqu'une personne de l'entourage de l'individu présente un usage à risque, la probabilité que cet individu soit lui-même consommateur à risque s'accroît.

Un effet plus surprenant, et contraire aux résultats de plusieurs études, est représenté par la déclaration plus fréquente de non-consommation d'alcool dans les milieux sociaux les moins aisés.

Pour ce qui est des autres profils de consommateurs d'alcool, les associations observées diffèrent selon le sexe.

Parmi les femmes déclarant consommer de l'alcool, au sein des différents groupes socio-économiques, seules celles qui ont un statut de cadre se distinguent par une consommation excessive d'alcool plus fréquente. Ceci soulève plusieurs hypothèses non-exclusives. Tout d'abord, cela suggère l'idée d'une moindre sous-déclaration des femmes cadres de leur niveau de consommation d'alcool. En outre, ce résultat, cohérent avec les travaux montrant que les femmes cadres fument davantage que les autres (Guilbert, 2000), semble indiquer que cette population développe plus souvent des comportements à risque. Ceci peut être lié à leur milieu professionnel - fortes responsabilités, environnement plutôt masculin, occasions de convivialité - ou encore à une moindre aversion au risque.

Pour les hommes, en revanche, les associations entre catégorie socio-économique et consommation excessive sont plus contrastées. En effet, parmi les consommateurs d'alcool, les cadres, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, mais aussi les ouvriers et les agriculteurs, présentent plus souvent que les employés un risque d'alcoolisation excessive. Ceci est également vérifié pour les actifs occupés comparativement aux étudiants. Mais lorsque le risque est avéré, il est

dans certaines catégories plus souvent de nature chronique que ponctuelle : c'est le cas pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, les professions intermédiaires et les enquêtés qui appartiennent à un ménage dont les ressources ne dépassent pas un revenu net mensuel de 990 euros.

- L'étude du rôle de la vulnérabilité sociale et des déterminants psychosociaux confirme l'existence de liens entre ces facteurs et la consommation d'alcool.

Le vécu d'épisodes de précarité est associé à deux comportements opposés : la non-consommation et l'alcoolisation excessive chronique. L'introduction dans l'enquête ESPS 2004 d'indicateurs visant à mesurer la vulnérabilité sociale, à travers le vécu d'épisodes de précarité au cours de la vie et l'accès à des ressources d'ordre psychosocial, a permis de compléter cette analyse.

Si les personnes ayant connu au cours de leur vie des épisodes de précarité sont, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquemment non-consommatrices d'alcool, celles qui en consomment sont pourtant davantage concernées par une consommation à risque et, lorsque celui-ci est avéré, il est plus souvent de nature chronique que ponctuelle.

Par ailleurs, les personnes ayant une activité de type associatif ainsi que celles bénéficiant d'un soutien émotionnel de leur entourage sont plus souvent consommatrices d'alcool que les personnes isolées, en raison sans doute d'occasions plus nombreuses de convivialité. Si toutefois un risque de consommation excessive apparaît, il est plus souvent ponctuel que chronique lorsque les contacts sociaux sont nombreux.

Enfin, les personnes manquant d'autonomie au travail sont moins souvent touchées par une consommation excessive d'alcool que les personnes pouvant influencer sur le déroulement de leur travail ; en cas de risque toutefois, ce dernier reste plus souvent ponctuel. Ce résultat rejoint les ob-

servations précédentes portant sur les cadres et les professions indépendantes.

* * *

Basés sur des données déclaratives, ces résultats peuvent être entachés de sous-estimation de la quantité d'alcool bue, voire d'une part de déni. De plus, il est possible que le statut socio-économique lui-même ait une influence sur ces biais de déclaration, expliquant une partie des différences de consommation mesurées entre groupes sociaux.

En dépit de ces limites, ces résultats montrent clairement l'importance des problèmes d'alcool en France et identifient les facteurs socio-économiques associés aux risques. La connaissance et la compréhension de ces facteurs devraient faciliter la mise en place de politiques de santé publique visant à réduire la consommation excessive d'alcool en France.

Ces premiers résultats mettent en évidence l'ampleur des problèmes d'alcoolisation excessive en France et l'importance des différences d'exposition au risque selon le sexe, l'âge et l'environnement familial, social et géographique.

Ils permettent une meilleure compréhension des phénomènes (modes de boire) et ouvrent des pistes tant sur le plan du dépistage des populations à risque que sur celui de la prévention des comportements délétères.

Une troisième et dernière étape de la recherche constituera, courant 2007, à mettre en regard le mode consommation d'alcool, l'état de santé et le recours aux services de santé. Ceci devrait nous permettre de mieux comprendre les comportements de santé (accès à la prévention, recours aux soins) des personnes présentant des profils de consommation à risque, mais aussi des autres profils de consommateurs, en particulier les consommateurs sans risque réguliers.

Bibliographie

Bibliographie

- Anda R.F., Whitfield C.L., Felitti V.J., Chapman D., Edwards V.J., Dube S.R., Williamson D.F. (2002), *Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression*, *Psychiatric Services*, 53, 8:1001-9.
- Aertgeerts B., Buntinx F., Fevery J. et Ansom S. (2000), Is there a difference between CAGE interviews and written CAGE questionnaire ?, *Alcoholism : clinical and experimental research* 24(5), 733-736.
- Aïach P. (2004), Construction des inégalités de santé. *Santé, Société et Solidarité*, 2 : 39-49.
- Arvers P., Le Bourhis B., Leymarie N., Ménard C., de Saint-Blanquat G. (1997), Intérêts et limites des enquêtes de consommation, in *L'alcool à chiffres ouverts – Consommations et conséquences : indicateurs en France*, GOT C., Weil J. et al., 119-128.
- Allen J.P., Litten R.Z., Fertig J.B. et Babor T. (1997), A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT), *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* 21(4), 613-619.
- Allison P. (1999), *Logistic Regression Using the SAS® System : Theory and Application*, NC: SAS Institute Inc., 304 pp.
- Arfaoui S. (2002), Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire «FACE», *Thèse*.
- Auvray L., Doussin A. et Le Fur P. (2003), "Santé, soins et protection sociale en 2002", IRDES, Biblio n°1509.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. et Monteiro M.G (2001), *AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*, Organisation Mondiale de la Santé, http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/auditbro.pdf
- Badéyan G., Mouquet M-C. et Villet H. (2002), Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné, *Actualité et Dossier en Santé Publique* n°40, 11-16.
- Battistich V., Hom A. (1997), The Relationship between Students' Sense of Their School as a Community and Their Involvement in Problem Behaviors, *American Journal of Public Health*, 87, 12: 1997-2001.
- Baudier (F.), Arenes (J.) / dir., (1997), *Baromètre santé 95-96 adultes.*, Vanves : Editions CFES, 288p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., (2006), L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype, *Economie et Statistique*, 391-392 : 131 – 149.
- Berkman L.F., Glass T. (2000), *Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health, in Social Epidemiology*, ed Berkman L., Kawachi I., Oxford University Press.
- Berkman L.F., Kawachi I. (2000), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Berkman L.F., Melchior M., Chastang J.F., Niedhammer I., Leclerc A., Goldberg M. (2004), Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort, *American Journal of Epidemiology*, 159 (2):167-74.
- Besson D., *Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation*, Insee Première, n° 966, mai 2004.
- Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. (1982), *The Black report*, London: Pelican.
- Blane D. (1999), The life course, the social gradient, and health, in *Social determinants of health*, chap 4, M. Marmot, R.G. Wilkinson, Oxford University Press.
- Bradley K.A, Bush K.R., Epler A.J., Dobie D.J., Davis T.M., Sporleder J.M., Maynard C., Burman M.L. et Kivlahan D.R. (2003), Two brief alcohol-screening tests from the alcohol use disorders identification test (AUDIT) – Validation in a female veterans affairs patient population, *Archives of Internal Medicine* 163(7), 821-829.
- Brixi O., Lang T. (2000), *Comportements*, in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. eds, *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM : 391-403.
- Bush K.R., Kivlahan D.R., McDonell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. (1998), The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) – An effective brief screening test for problem drinking, *Archives of Internal Medicine* 158, 1789-1795.

- Cambois E. (2004), *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, in : ONPES. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*. Paris, La Documentation Française, 101-126.
- Cambois E., Jusot F. (2006), *Vulnérabilité sociale et santé*, in : Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. *Santé, soins et protection sociale en 2004*. Série «résultats» Rapport 1621, : 41-47.
- Canouï-Poitrine F., Mouquet M.-C., Com-Ruelle L. (2005), Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 405.
- Cheryl J. et Cherpitel P. (1997), Screening for alcohol problems in the U.S. general population : a comparison of the CAGE and Tweak by gender, ethnicity and services utilization, *Journal of Studies on Alcohol* 60, 705-711.
- Choquet M., Com-Ruelle L. et Leymarie N., Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 – Comportements et contextes en France, *IREB*, <http://www.ireb.com>.
- Choquet M., Ledoux S. et Hassler C. (2002), Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée, *OFDT, ESPAD 99 France – Tome I*.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F, Latil E., Lengagne P. (2005), *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale*, Questions d'économie de la santé n° 97. Série «méthode». 8 pages.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P. (2006), *Identification et mesure des problèmes d'alcool en France. Une comparaison de deux enquêtes en population générale*, Rapport Irdes, Biblio n° 1600.
- Daepfen J-B. et Dor B. (2003), Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance, *Alcoologie et Addictologie* 25(4S), 30S-34S.
- Demortière G., Pessione F. et Batel P. (2001), Problèmes liés à l'alcool en médecine du travail – Dépistage par l'utilisation d'auto-questionnaires : intérêt, faisabilité, limites, *Documents pour le Médecin du Travail – Etudes et Enquêtes*, n° 86.
- Doussin A., Dumesnil S. et Le Fur P. (2002), *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002*, IRDES, Biblio n°1401.
- DREES, L'état de santé de la population en France, Rapport 2007, Indicateurs associés à la Loi relative à la politique de Santé Publique, DREES, *Collection Etudes et Statistiques*, 2007.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Fiellin D. et O'Connor P. (2000), Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review, *Archives of Internal Medicine* 160, 1977-1989.
- Friedmann P.D., Saitz R., Gogineni A., Zhang J.X. et Stein M.D. (2001), Validation of the screening strategy in the NIAAA Physicians' guide to helping patients with alcohol problems, *Journal of Studies on Alcohol* 62(2), 234-238.
- Gache P. (1999), Repérage et diagnostic des maladies de l'alcool, *La Revue du Praticien* 49, 375-378.
- Gache P., Michaud P., Daepfen J.B., Reliability and utility of the AUDIT for screening alcohol problems in primary health care. *Soumis à publication*.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2002), Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, *Sciences sociales et Santé*, 20, 4 : 75-128.
- Got C., Weill J. (1997). L'alcool à chiffres ouverts, *Editions Seli Arslan*.
- Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. et Colom J (2002), AUDIT-3 and AUDIT-4 : Effectiveness of two short forms of the Alcohol Use Disorders Identification Test, *Alcohol and Alcoholism* 37(6), 591-596.
- Guilbert P. (2000). *Consommation d'alcool*. In : Baromètre santé. Premiers résultats 2000. Enquête auprès des 12-75 ans. Vanves : Editions CFES, 4p.
- Hemmingsson T., Lundberg I. (1998), Work control, work demands, and work social support in relation to alcoholism among young men, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 4: 921-7.
- Hemmingsson T., Lundberg I. (2001), Development of alcoholism: interaction between heavy adolescent drinking and later low sense of control over work, *Alcohol and Alcoholism*, 36, 3 :207-12.

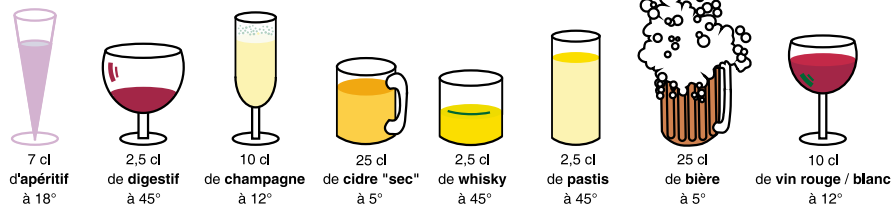
- Huas D., Allemand H., Loiseau D., Pessione F. et Rueff B. (1993), Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste, *La Revue du Praticien* Tome 7 n°203.
- Huas D. et Pessione F. (1999), Les consommateurs d'alcool à problème, *La Revue du Praticien* 49, 379-382.
- INSERM (2003), *Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance*, Collection Expertise collective, Éditions Inserm.
- INSERM (2001), *Alcool, effets sur la santé*, Collection Expertise collective, Éd. Inserm.
- Ivis F.J., Adlaf E.M. et Rehm J. (2000), Incorporating the Audit into a general population telephone survey : a methodological experiment, *Drug and alcohol dependence* 60, 97-104.
- Jusot F., Grignon M., Dourgnon P. (2007), Psycho-social resources and social health inequalities in France : Exploratory findings from a general population survey, Sedap Research Paper n°189, Hamilton, ON: McMaster University, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP), <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap189.pdf>.
- Karasek R. (1979), *Job demands, job decision latitude and mental strain : Implications for job redesign*, *Administrative Science Quarterly*, 24 : 285-306.
- Karasek, R. and Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Khlat M., Sermet C., Le Pape A. (2004), Increased Prevalence of Depression, Smoking, Heavy Drinking and Use of Psycho-Active Drugs among Unemployed Men in France., *European Journal of Epidemiology*, 19: 445-451.
- Kraus L., Bloomfield K., Augustin R. et Reese A. (2000), Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany, *Addiction* 95(9), 1389-1401.
- Kuh D., Ben-Shlomo Y. (eds) (2004), *A Life course approach to chronic disease epidemiology : second edition*, Oxford : Oxford Medical Publications.
- Kunst A.E., Groenhouf F., Mackenbach J.P. and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health (2000) Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens, in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.
- Leclerc A., Zins M., Bugel I., Chastang J.-F., David S. et coll. (1994), Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la cohorte Gazel (EDF-GDF). *Archives des Maladies professionnelles*, 55 : 509-517
- Leclerc A. et al. (2000), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris : La Découverte / INSERM.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.
- Legleye S. (2001), Alcool. In : *Baromètre Santé 2000. Résultats.*, 123-159. Vanves : Editions CFES.
- Lindström M. (2005), *Social capital, the miniaturization of community and high alcohol consumption: a population-based study*, *Alcohol and Alcoholism*, 40, 6: 556-562.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte=20080205>
- Lustygier V., Cnockaert P., Roland M., Strel E., Hanak C., Pelc I. et Verbanck P. (2003), Abus et dépendance à l'alcool – Questionnaires de dépistage en médecine générale, *Alcoologie et Addictologie* 25(3), 223-230.
- Mayfield D., McLeod G. et Hall P. (1974), The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument, *American Journal of Psychiatry* 131, 1121-1123.
- Marmot M. (2000). *Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants*. In Berkman L., Kawachi I., *Social Epidemiology*. Oxford University Press : 349-367.
- Marmot M.G., Wilkinson R.G. (1999), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.
- McNamara T. K., Orave J., Wilkins-Haug L., Chang G., (2006), Social support and prenatal alcohol use, *Journal of women's health*, 15, 1: 70-76.
- Menard C., Gautier A. (2001). Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans. In : *Baromètre Santé 2000. Résultats.*, 123-159. Vanves : Editions CFES, 288p.

- Michel E., Jouglu E., La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998, DREES, *Etudes et Résultats* n° 153, Janvier 2002
- Monteil C., Robert-Bobée I. (2005), *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*, INSEE Première, 1025.
- Mouquet M-C, Villet H., Badéyan G., Trugeon A. et Fontaine D. (2002), Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné, DREES, *Etudes et Résultats* n° 192.
- Nordqvist C., Johansson K. et Bendtsen P. (2004), Routine screening for risky alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire, *Drug and Alcohol Dependence* 74, 71-75.
- Poulin C., Webster I. et Single E. (1997), Alcohol disorders in Canada as indicated by the Cage questionnaire, *Canadian Medical Association Journal* 157(11), 1529-1535.
- Putnam, RD (1993). *Making Democracy Work. Civic traditions in modern Italy*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Putnam R. (2001), *Mesure et conséquences du capital social*, Isuma, 2, 1.
- Reynaud M., Bernoux A., Leleu X., Meyer L., Lery J-F. et Ruch M. (1998), Prévalence de l'alcoolisation excessive des patients hospitalisés, *Alcoologie* 20(3), 231-238.
- Rueff B., Crnac J. et Darne B. (1989), Dépistage des malades «alcooliques» par l'autoquestionnaire systématique DETA, *La Presse Médicale* 18(33), 1654-1656.
- Rumpf H-J., Hapke U., Meyer C. et John U. (2002), Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population : psychometric performance of three questionnaires, *Alcohol and Alcoholism* 37(3), 261-268.
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., De La Fuente J.R., Grant M. (1993), Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption, *Addiction* 88, 791-804.
- Shaw B.A. (2006), Lack of emotional support from parents early in life and alcohol abuse later in life, *International Journal of Aging and Human Development*, 63, 1: 49-72.
- Siegrist, J. (1996), Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Smith J.P. (1999). Healthy Bodies and Thick Wallets : The Dual Relation between Health and Economic Status, *Journal of Economic Perspectives*, 13, 2 :145-166.
- Veenstra MY, Lemmens PH, Friesema IH, Garretsen HF, Knottnerus JA, Zwietering PJ. (2006), A literature overview of the relationship between life-events and alcohol use in the general population. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 4 :455-63.
- Wadsworth M. (1999), Early Life Hypothesis, in *Social determinants of health*, chap 3, M. Marmot, R.G. Wilkinson, Oxford University Press.
- Weitzman E.R., Kawachi I., (2000), Giving Means Receiving: The protective Effect of Social Capital on Binge Drinking on College Campuses, *American Journal of Public Health*, 90, 12: 1936-1939.
- Wilkinson R.G. (1986), *Socio-economic differences in mortality: interpreting the data on their size and trends*, in Wilkinson R.G., *Class and health: Research and longitudinal data*. London, New-York : Tavistock Publications, 223 p.
- Yersin B. (1999), Les questionnaires de dépistage en alcoologie, *Alcoologie* 21(3), 397-401.

Annexe 1 : Le questionnaire Audi-validé

L'Audit, un questionnaire à dix items

Ce questionnaire concerne votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines



Tous ces verres standard contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes)

1 Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

Jamais 0 Une fois par mois au moins 1 2 à 4 fois par mois 2 2 à 3 fois par semaine 3 4 fois ou plus par semaine 4

2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux 0 Trois ou quatre 1 Cinq ou six 2 Sept à neuf 3 Dix ou plus 4

3 Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

Jamais 0 Moins de une fois par mois 1 Une fois par mois 2 Une fois par semaine 3 Chaque jour ou presque 4

4 Pendant l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire ?

Jamais 0 Moins de une fois par mois 1 Une fois par mois 2 Une fois par semaine 3 Chaque jour ou presque 4

5 Pendant l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait de vous ?

Jamais 0 Moins de une fois par mois 1 Une fois par mois 2 Une fois par semaine 3 Chaque jour ou presque 4

6 Pendant l'année écoulée, combien de fois après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

Jamais 0 Moins de une fois par mois 1 Une fois par mois 2 Une fois par semaine 3 Chaque jour ou presque 4

7 Pendant l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Jamais 0 Moins de une fois par mois 1 Une fois par mois 2 Une fois par semaine 3 Chaque jour ou presque 4

8 Pendant l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais 0 Moins de une fois par mois 1 Une fois par mois 2 Une fois par semaine 3 Chaque jour ou presque 4

9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Non 0 Oui, mais pas au cours de l'année passée 2 Oui, au cours de l'année dernière 4

10 Est-ce qu'un ami, ou un médecin, ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Non 0 Oui, mais pas au cours de l'année passée 2 Oui, au cours de l'année dernière 4

Annexe 2 : Prévalence des problèmes d'alcoolisation selon les caractéristiques socio-économiques

Tableau 12
Prévalences des profils d'alcoolisation des hommes dans l'ESPS 2002
 (% pondéré en ligne hors inclassables)

	non- consommateurs	Pourcentage de... Consommateurs sans risque...		Consommateurs à risque...		alcoolo- dépendants
		occasionnels	réguliers	ponctuel	chronique	
ENSEMBLE DES HOMMES	17,2	19,6	19,9	30,9	11,1	1,4
Age des hommes						
16-24 ans	36,5	23,3	4,6	29,8	5,5	0,3
25-34 ans	17,8	21,1	8,2	44,7	7,8	0,4
35-44ans	12,3	20,9	14,8	40,8	9,5	1,7
45-54 ans	8,9	18,5	23,6	33,0	13,0	3,1
55-64 ans	12,5	14,9	28,9	24,7	17,1	2,0
65-79 ans	14,0	17,8	37,5	13,6	15,8	1,1
Plus de 80 ans	21,4	17,6	46,1	2,9	11,9	0,0
ZEAT						
Ile-de-France	21,1	20,0	19,9	29,0	8,1	1,9
Bassin parisien	15,1	23,8	20,7	30,7	9,4	0,3
Nord	21,1	15,9	12,5	37,3	12,0	1,2
Est	17,7	21,3	15,7	34,2	9,9	1,3
Ouest	11,7	16,3	21,9	35,2	13,2	1,6
Sud-Ouest	16,3	19,0	20,2	28,5	14,8	1,2
Centre-Est	17,7	17,0	23,5	30,0	10,4	1,4
Méditerranée	18,9	20,5	18,6	26,9	13,0	2,1
Taille de l'unité urbaine						
Commune rurale	13,3	17,2	19,9	35,1	12,9	1,6
Inférieure à 20 000 habitants	12,7	19,5	22,8	31,9	12,6	0,5
Entre 20 000 et 100 000 habitants	23,2	20,2	19,9	27,1	8,5	1,1
Supérieure à 100 000 habitants	17,7	21,5	18,1	29,4	11,8	1,5
Unité urbaine de Paris	21,5	19,4	19,8	29,5	7,8	1,9
Niveau d'études						
Jamais scolarisé, primaire	18,3	15,8	32,0	17,0	14,8	2,2
1er cycle et CAP, BEP	16,9	19,0	19,0	32,0	11,6	1,6
2nd cycle et enseignement technique/prof. long	23,3	21,6	15,0	30,0	9,0	1,1
Enseignement supérieur	13,2	21,6	16,7	37,8	9,9	0,8
Occupation principale						
Actif occupé	12,0	20,2	16,5	39,6	10,4	1,4
Chômeur	26,5	19,3	10,5	29,5	12,4	1,7
Retraité	14,4	17,6	36,4	14,7	15,7	1,1
Etudiant	44,9	23,6	4,7	21,8	4,1	0,9
Autre inactif	29,1	13,9	22,0	21,7	10,0	3,4

Tableau 12 (suite)

	Non- consommateurs	Pourcentage de...				alcoolo- dépendants
		Consommateurs sans risque...		Consommateurs à risque...		
		occasionnels	réguliers	ponctuel	chronique	
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteur exploitant	12,9	13,3	29,5	24,5	18,3	1,5
Artisan, commerçant, chef d'ent.	16,0	19,6	24,7	22,1	16,8	0,9
Cadre et profession intellectuelle sup.	5,9	19,5	23,7	37,8	11,7	1,4
Profession intermédiaire	10,4	21,7	22,3	31,9	12,9	0,9
Employé	15,9	22,0	22,9	29,4	8,3	1,6
Ouvrier	18,6	17,9	18,4	32,8	10,7	1,7
Autres : étud., indiv. n'ayt jam. travaillé	45,6	23,0	4,6	21,6	4,1	1,2
Revenu mensuel net du ménage						
Moins de 990 €	25,2	16,1	17,4	22,8	15,6	3,0
De 990 à 1 300 €	20,2	18,6	21,2	25,9	12,0	2,1
De 1 300 à 2 200 €	18,7	18,3	18,5	33,0	10,0	1,6
De 2 200 à 3 100 €	13,9	21,2	19,0	34,1	10,8	1,0
Plus de 3 100 €	11,4	22,0	19,3	36,3	10,0	0,9
Non réponse	20,4	18,2	23,0	26,9	11,0	0,5
Taille du ménage						
1 personne	18,8	16,4	17,4	31,5	13,2	2,6
2 personnes	11,8	18,9	28,9	25,5	13,8	1,2
3 personnes	14,6	22,2	18,3	34,7	9,0	1,3
4 personnes	16,4	21,7	14,1	38,2	8,3	1,3
5 personnes	25,8	20,6	12,7	30,6	9,8	0,6
6 personnes ou plus	52,9	11,3	8,6	18,1	8,5	0,7
Consommation de tabac						
Non fumeur	28,2	22,8	18,9	23,6	6,3	0,3
Ancien fumeur	9,2	19,2	27,7	30,8	12,2	0,9
10 cigarettes par jour ou moins	12,8	19,9	14,8	38,2	12,3	2,0
Entre 10 et 20 cigarettes par jour	11,3	15,4	12,4	43,1	15,9	1,9
Plus de 20 cigarettes par jour	13,8	8,7	9,5	34,6	23,6	9,8
Fumeur NR	9,7	18,8	25,1	26,9	19,5	0,0
NSP	25,6	17,2	30,2	19,5	3,7	3,8
Indice de masse corporelle						
Inférieure à 18,5 kg/m ²	41,9	20,6	11,9	21,9	2,4	1,2
De 18,5 à 25 kg/m ²	19,4	20,7	16,2	31,7	10,5	1,5
De 25 à 30 kg/m ²	13,0	18,0	24,0	31,3	12,4	1,3
Supérieure à 30 kg/m ²	12,4	18,0	25,9	30,0	12,7	1,0
NSP	33,9	26,9	19,3	17,2	2,6	0,0

Tableau 13
Prévalences des profils d'alcoolisation des femmes dans l'ESPS 2002
 (% pondéré en ligne hors inclassables)

	Non- consommatrices	Pourcentage de...				alcoolo- dépendantes
		Consommatrices sans risque... occasionnelles	Consommatrices sans risque... régulières	Consommatrices à risque... ponctuel	Consommatrices à risque... chronique	
ENSEMBLE DES FEMMES	34,6	35,2	16,5	11,4	2,2	0,0
Age des femmes						
16-24 ans	47,3	33,6	2,2	15,9	1,1	0,0
25-34 ans	30,3	43,2	7,9	17,7	0,9	0,0
35-44ans	26,1	41,0	14,4	15,8	2,7	0,0
45-54 ans	26,2	37,0	20,9	12,4	3,4	0,2
55-64 ans	24,5	35,2	28,8	6,3	5,2	0,0
65-79 ans	45,6	26,3	24,3	2,5	1,4	0,0
Plus de 80 ans	52,5	20,0	25,0	1,8	0,8	0,0
ZEAT						
Ile-de-France	31,7	33,9	19,7	12,5	2,2	0,0
Bassin parisien	35,6	39,6	13,5	9,9	1,5	0,0
Nord	32,3	32,4	14,8	15,8	4,6	0,0
Est	36,8	33,3	18,1	10,5	1,4	0,0
Ouest	29,1	39,5	17,1	11,6	2,6	0,0
Sud-Ouest	35,2	34,0	17,4	10,3	2,9	0,2
Centre-Est	38,0	32,5	15,7	11,9	1,9	0,0
Méditerranée	40,2	31,9	15,3	10,4	2,2	0,0
Taille de l'unité urbaine						
Commune rurale	35,0	35,4	16,3	11,4	1,9	0,1
Inférieure à 20 000 habitants	33,7	36,2	16,8	11,4	1,9	0,0
Entre 20 000 et 100 000 habitants	40,1	31,7	15,7	10,3	2,3	0,0
Supérieure à 100 000 habitants	33,9	36,9	15,4	11,1	2,7	0,0
Unité urbaine de Paris	31,7	33,7	19,6	12,7	2,2	0,0
Niveau d'études						
Jamais scolarisée, primaire	51,2	26,5	17,5	3,4	1,4	0,1
1er cycle et CAP, BEP	35,9	34,4	17,8	9,6	2,3	0,0
2nd cycle et enseignement technique/prof. Long	34,1	37,7	13,4	12,7	2,1	0,0
Enseignement supérieur	22,3	40,4	16,6	17,8	2,8	0,0
Occupation principale						
Active occupée	24,9	41,1	16,1	15,1	2,7	0,1
Chômeuse	34,6	35,4	11,1	16,2	2,8	0,0
Retraitée	40,6	28,7	25,2	3,2	2,3	0,0
Etudiante	47,9	33,3	1,7	16,2	1,0	0,0
Autre inactive	48,4	27,4	16,2	6,8	1,2	0,0

Tableau 13 (suite)

	Non- consommatrices	Pourcentage de...				alcoolo- dépendantes
		Consommatrices sans risque...		Consommatrices à risque...		
		occasionnelles	régulières	ponctuel	chronique	
Catégorie socio-professionnelle						
Agricultrice exploitante	51,0	21,3	24,5	2,3	1,0	0,0
Artisane, commerçante, chefs d'entr.	39,4	27,7	21,8	7,7	3,4	0,0
Cadre et profession intellectuelle sup.	16,5	34,0	26,2	18,5	4,7	0,2
Profession intermédiaire	20,1	40,9	22,1	13,9	3,0	0,0
Employée	33,1	38,4	16,1	10,4	2,0	0,0
Ouvrière	45,6	31,5	12,9	8,3	1,6	0,1
Autres : étud., indiv. n'ayt jam. travaillé	49,3	32,4	2,0	15,3	1,1	0,0
Revenu mensuel net du ménage						
Moins de 990 €	45,3	32,2	12,9	7,8	1,8	0,0
De 990 à 1 300 €	42,8	28,8	18,3	7,9	2,1	0,2
De 1 300 à 2 200 €	34,1	34,1	15,8	14,1	1,9	0,0
De 2 200 à 3 100 €	30,2	40,6	15,2	11,2	2,7	0,0
Plus de 3 100 €	23,0	38,5	20,3	15,7	2,5	0,0
Non réponse	37,7	34,2	15,7	10,2	2,2	0,0
Taille du ménage						
1 personne	38,4	33,1	16,4	9,8	2,4	0,0
2 personnes	30,3	33,2	23,7	9,7	3,1	0,0
3 personnes	32,9	39,0	13,3	13,0	1,8	0,1
4 personnes	31,1	40,6	12,1	14,8	1,5	0,0
5 personnes	40,5	35,0	11,5	11,2	2,0	0,0
6 personnes ou plus	67,0	17,2	6,0	9,3	0,7	0,0
Consommation de tabac						
Non fumeuse	42,8	34,0	16,0	6,1	1,1	0,0
Ancienne fumeuse	18,6	40,2	21,8	15,8	3,6	0,0
10 cigarettes par jour ou moins	25,9	37,5	12,8	19,3	4,4	0,1
Entre 10 et 20 cigarettes par jour	22,7	30,4	15,4	28,1	3,4	0,0
Plus de 20 cigarettes par jour	23,0	24,7	13,3	28,1	10,1	0,8
Fumeur NR	65,8	26,7	0,0	0,0	7,4	0,0
NSP	48,6	40,2	8,9	2,3	0,0	0,0
Indice de masse corporelle						
Inférieure à 18,5 kg/m ²	40,2	34,0	10,2	13,7	1,7	0,2
De 18,5 à 25 kg/m ²	30,3	36,9	17,4	12,9	2,5	0,0
De 25 à 30 kg/m ²	38,5	32,0	19,0	8,4	2,1	0,0
Supérieure à 30 kg/m ²	42,8	35,8	10,6	8,5	2,3	0,0
NSP	52,2	27,3	11,4	9,2	0,0	0,0

Annexe 3 : Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique pour 100 000 habitants

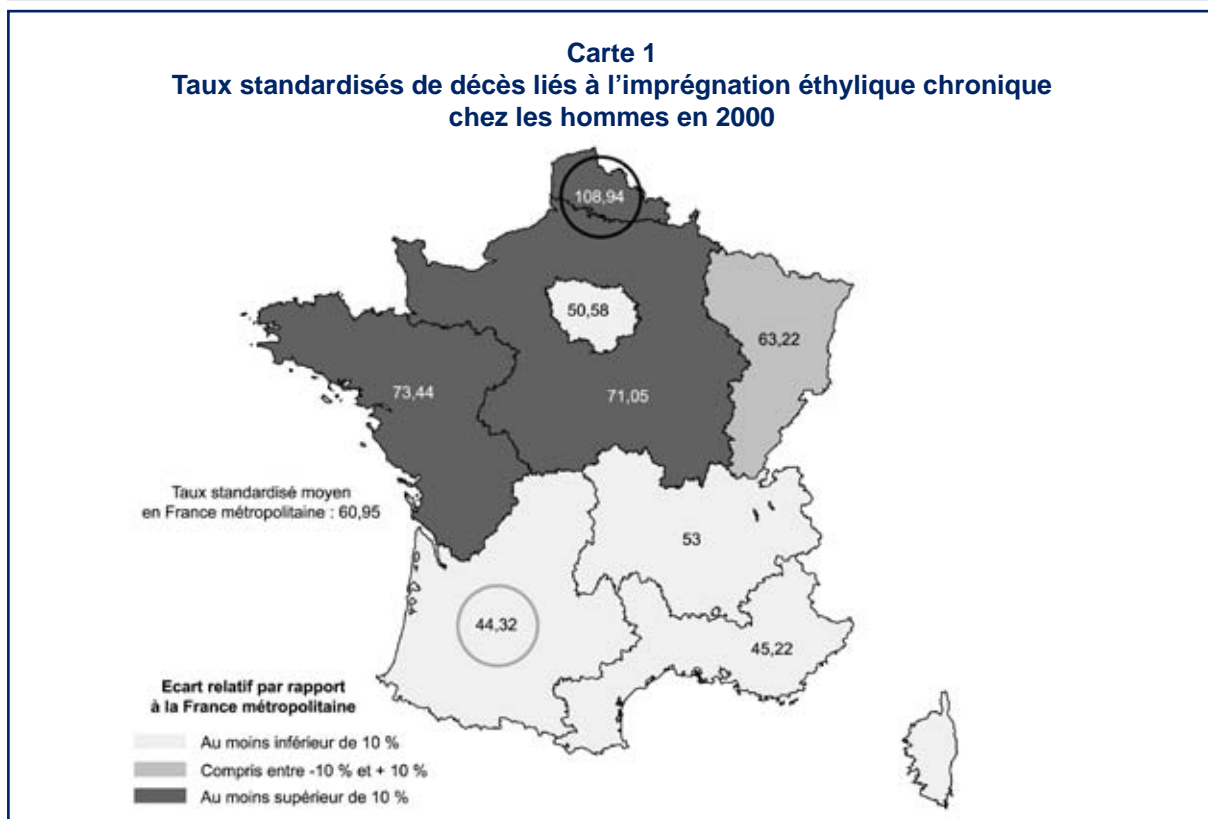
SEXE MASCULIN																							
ZEAT	<1 An	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	>94	Total	Stand
Ile-de-France	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,1	2,7	12,1	34,3	61,3	93,2	123,5	146,4	174,1	167,4	171,9	156,2	163,7	126,3	67,5	43,4	50,6
Bassin parisien	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	2,0	4,6	18,9	47,8	98,1	136,9	174,6	216,9	228,6	237,4	229,0	197,2	191,0	231,7	186,9	71,7	71,1
Nord	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,1	12,1	32,2	96,7	177,1	234,6	279,7	404,1	343,0	288,5	259,1	205,5	249,2	93,7	152,1	97,3	108,9
Est	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	2,1	10,1	35,4	75,0	102,6	154,6	190,1	218,5	247,3	213,9	226,4	195,1	128,9	93,3	60,0	63,2
Ouest	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,8	1,5	7,5	19,8	44,2	107,6	140,8	173,4	198,5	229,0	245,4	248,5	248,8	228,3	286,1	145,4	76,1	73,4
Sud-Ouest	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	2,4	12,6	30,7	51,6	81,1	91,8	132,0	148,9	151,0	136,5	170,2	152,3	166,2	44,3	49,3	44,3
Centre-Est	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	11,6	38,4	67,9	100,4	121,7	134,4	190,5	197,8	163,2	145,3	246,0	141,9	217,7	52,7	53,0
Méditerranée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	4,6	7,7	34,7	59,9	102,2	105,6	96,4	147,3	159,2	148,4	171,0	143,6	154,7	120,0	50,0	45,2
France Métropolitaine	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,5	1,2	4,3	15,0	42,6	83,0	118,1	143,7	176,1	201,5	206,1	193,5	187,4	188,8	179,6	126,8	60,6	61,0
SEXE FEMININ																							
ZEAT	<1 An	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	>94	Total	Stand
Ile-de-France	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,9	1,1	2,5	9,1	20,1	25,2	30,9	47,2	41,6	45,7	38,4	46,9	59,7	55,6	23,8	13,8	14,0
Bassin parisien	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	3,6	6,9	16,3	25,3	32,2	33,0	38,7	46,5	44,0	40,0	37,9	54,5	53,5	49,6	17,6	15,3
Nord	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,1	17,4	39,9	60,1	67,3	81,3	95,1	72,2	78,7	70,0	73,3	113,2	78,5	93,9	32,7	31,8
Est	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	8,7	20,2	25,3	31,4	38,9	34,3	33,3	40,2	43,9	25,3	73,8	41,1	13,7	12,4
Ouest	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	1,9	5,4	11,8	20,3	29,1	33,3	30,5	44,1	37,1	38,9	51,9	47,4	48,5	48,2	16,5	13,8
Sud-Ouest	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	5,8	14,2	16,4	14,9	20,9	24,2	28,3	17,9	24,0	29,6	38,0	42,1	50,5	12,0	9,7
Centre-Est	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	1,6	2,7	7,1	8,0	20,8	23,3	23,2	28,6	22,5	27,1	19,9	28,5	67,7	56,9	10,2	8,8
Méditerranée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	4,0	4,9	8,9	14,6	20,2	26,4	24,9	22,2	27,8	32,3	30,4	53,8	28,6	50,9	12,7	10,3
France Métropolitaine	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	2,1	5,2	13,0	21,3	27,5	31,8	37,2	38,6	36,5	36,9	39,5	49,8	52,6	47,5	15,4	13,6

Note : Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants

Référence : population du recensement de 1990, France, deux sexes

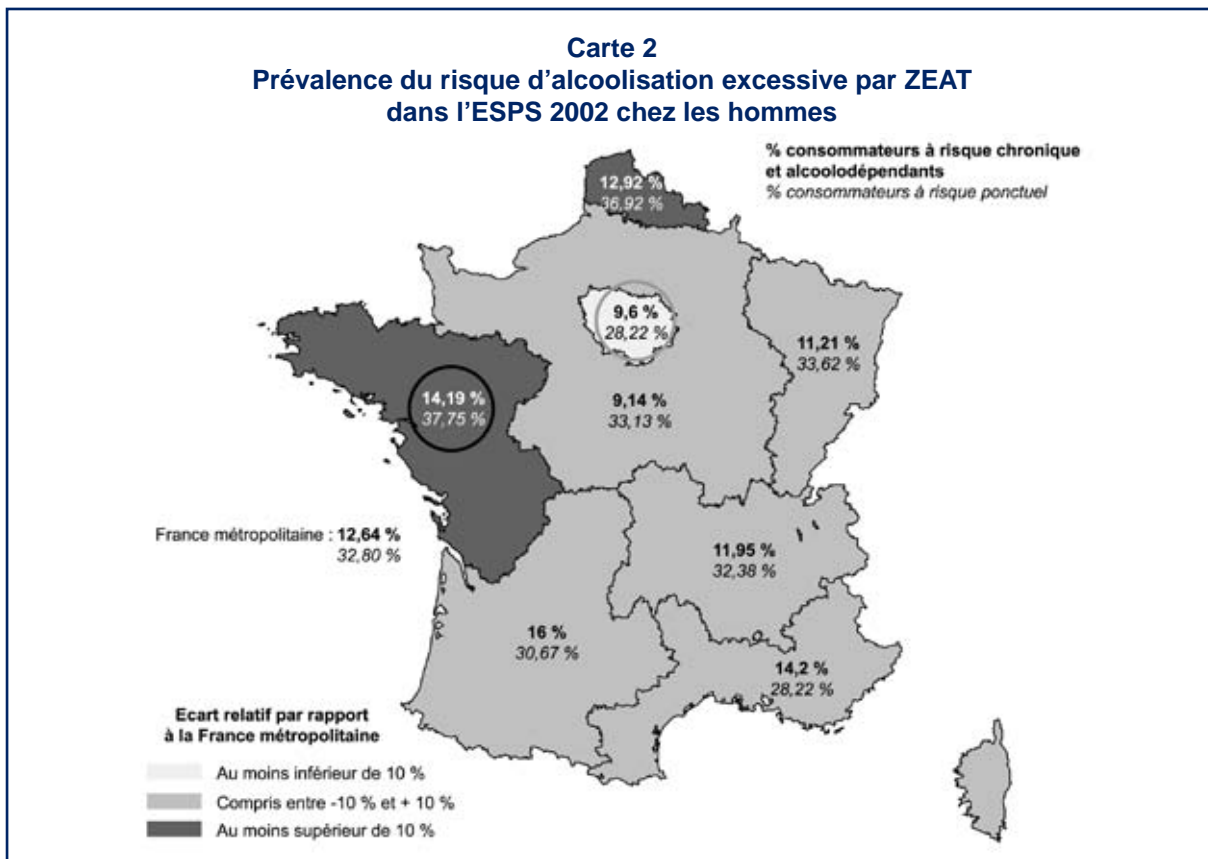
Source : CépiDC- Inserm, 2000

Annexe 4 : Cartes de France par ZEAT des taux de décès standardisés liés à l'alcool et des prévalences de l'usage à risque



Source : CépiDC – INSERM, 2000

Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants. Référence : population du recensement de 1990, France, deux sexes



Annexe 5 : Questions du questionnaire principal 2004 sur la vulnérabilité sociale

Introduction : Tout le monde peut, au cours de sa vie, être confronté à des moments particulièrement difficiles et on sait que ces événements peuvent avoir des effets sur la santé. Nous allons vous poser 3 questions concernant ce type d'événements

Période d'inactivité

Q51. Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie de connaître des périodes d'inactivité professionnelle involontaires d'au moins 6 mois (maladie, chômage...)?

- ₁ Oui, une fois
₂ Oui, plusieurs fois
₃ Non jamais

Q51.1 Si oui en Q51. : Combien de temps a duré la plus longue de ces périodes d'inactivité involontaire (qu'elle soit aujourd'hui terminée ou toujours en cours)?

|_|_| 1 mois |_|_| années

Difficultés financières

Q52. Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie de rencontrer des difficultés pour payer votre loyer, vos charges (y compris eau, électricité, téléphone), votre participation financière ou le remboursement de vos emprunts pour le logement?

- ₁ Oui de grosses difficultés auxquelles vous ne pouviez pas faire face
₂ Oui mais vous pouviez faire face
₃ Non
₄ Sans objet (n'a jamais payé de loyer, de charges et n'a jamais eu de prêt à rembourser)

Hébergement

Q53. Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie y compris durant l'enfance, de devoir être hébergé chez des proches, par une association, dans des hôtels, dans un foyer d'hébergement, voire dans un abri improvisé, à cause de problèmes d'argent?

- ₁ Oui, une fois
₂ Oui, plusieurs fois
₃ Non jamais

Q53.1 Si oui en Q53. était-ce :

- ₁ durant votre enfance
₂ depuis que vous êtes adulte
₃ les deux

Q53.2 Combien de temps a duré la plus longue de ces périodes (qu'elle soit aujourd'hui terminée ou toujours en cours) ?

|_|_| 1 jour |_|_| 1 mois |_|_| années

Isolement familial

Q54. Vous est-il déjà arrivé au cours de votre vie, y compris durant l'enfance, de souffrir durablement d'isolement à la suite d'événements subis par vous ou vos proches (changement de pays ou de région, placement, conflit grave, incarcération...)?

- ₁ Oui
₂ Non

Q54.1 Si oui en Q54. était-ce :

- ₁ durant votre enfance
₂ depuis que vous êtes adulte
₃ les deux

Annexe 6 : Questions du questionnaire principal 2004 sur les déterminants sociaux de la santé

Confiance interpersonnelle

Q76. Si vous perdiez votre portefeuille, iriez-vous vous renseigner auprès d'un service compétent (accueil du lieu public, service des objets trouvés) pour voir si quelqu'un l'a ramené ?

(items à suggérer)

- ₁ Oui, on ne sait jamais
- ₂ Oui, mais vous pensez que cela ne servira sans doute à rien
- ₃ Non, cela ne sert à rien, car les gens ne rapportent pas souvent les objets aux services compétents
- ₄ Non, cela ne sert à rien, car il a sans doute été volé.

Participation associative

Q77. Participez-vous régulièrement à des activités collectives (réunions, rencontres, actions) dans le cadre d'une association (bénévolat, parents d'élèves, de quartiers, crèche parentale, conseil syndical d'immeuble...), d'un club sportif, d'une communauté religieuse, d'un syndicat, d'un parti politique ?

1. Oui
2. Non

Q77.1 Si oui en Q77.

1. en tant que responsable, organisateur ou membre actif
2. en tant que simple adhérent

Nombre de contacts récents

Q78. Au cours du dernier week-end, avez-vous rencontré chez vous, chez eux, lors d'une sortie (ou d'une activité commune) ou bien avez-vous eu un contact téléphonique ou par courrier avec

(items à suggérer)

	Oui	Non	Sans objet	1 ^{ère} personne citée
Vos parents				
Vos beaux-parents				
Vos enfants				
Vos frères et/ou sœurs				
Vos grands-parents				
Autres membres de la famille				
Un ami				
Un voisin				
Un collègue de travail				
Autre : à préciser				

Soutien émotionnel

Q79. En cas de problèmes personnels (mésentente avec votre conjoint ou un membre de votre famille), *pouvez-vous facilement en discuter avec une personne proche ? (items à suggérer)*

- ₁ Oui, avec quelqu'un de ma famille (conjoint y compris)
- ₂ Oui, avec un ami
- ₃ Oui, avec un professionnel
- ₄ Non, il n'y a personne avec qui je pourrais en discuter facilement
- ₅ Non, et d'ailleurs je ne souhaiterais pas en discuter avec quelqu'un

Autonomie au travail

La question suivante concerne votre emploi actuel, si vous êtes en activité ou votre dernier emploi si vous n'avez actuellement plus de travail ou si vous êtes à la retraite.

Q82. Êtes-vous ...

- ₁ Pas d'accord du tout
- ₂ Pas d'accord
- ₃ D'accord
- ₄ Tout à fait d'accord
- ₅ Sans objet ... (ne travaille pas) avec l'affirmation suivante

« J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail »

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

Tableau 1	
Choix retenu pour le calcul du volume d'alcool consommé par semaine à partir des modalités de réponse aux 2 premières questions de l'Audit-C dans l'ESPS 2002.....	27
Tableau 2	
Prévalence des problèmes d'alcool selon le sexe évaluée à partir de l'AUDIT-C, dans l'ESPS.....	31
Tableau 3	
Facteurs associés aux différents profils d'alcoolisation chez les hommes âgés de 16 ans ou plus selon la méthode d'analyse « en escalier ».....	46
Tableau 4	
Facteurs associés aux différents profils d'alcoolisation chez les femmes âgées de 16 ans ou plus selon la méthode d'analyse « en escalier ».....	48
Tableau 5	
Facteurs associés à la consommation à risque ponctuel.....	50
Tableau 6	
Facteurs associés à la consommation à risque chronique.....	52
Tableau 7	
Description de l'échantillon	59
Tableau 8	
Influence des déterminants psychosociaux considérés un par un sur les profils d'alcoolisation contrôlée par l'âge et le sexe	63
Tableau 9	
Influence des déterminants psychosociaux considérés un par un sur les profils d'alcoolisation contrôlée par l'ensemble des variables de contrôle	63
Tableau 10	
Influence de l'ensemble des déterminants psychosociaux sur les profils d'alcoolisation contrôlée par l'ensemble des variables de contrôle	65
Tableau 11	
Influence de l'ensemble des interactions entre sexe et déterminants sociaux sur les profils d'alcoolisation contrôlée par l'ensemble des variables de contrôle	67
Tableau 12	
Prévalences des profils d'alcoolisation des hommes dans l'ESPS 2002 (% pondéré en ligne hors inclassables).....	83
Tableau 13	
Prévalences des profils d'alcoolisation des femmes dans l'ESPS 2002 (% pondéré en ligne hors inclassables).....	85

Liste des graphiques

Graphique 1	
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation et l'âge.....	33
Graphique 2	
Répartition des femmes selon les profils d'alcoolisation et l'âge	34
Graphique 3	
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation et la ZEAT	35
Graphique 4	
Répartition des femmes selon les profils d'alcoolisation et la ZEAT	36
Graphique 5	
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation et le niveau d'éducation	37
Graphique 6	
Répartition des femmes selon les profils d'alcoolisation et le niveau d'éducation	37
Graphique 7	
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation et les CSP	38
Graphique 8	
Répartition des femmes selon les profils d'alcoolisation et les CSP	39

Achever d'imprimer le 25 avril 2008
TOP CHROMO
6, place du Village - Parc des Barbanniers
92632 Gennevilliers Cedex
Dépôt légal : Avril 2008

LE SERVICE DOCUMENTATION DE L'IRDES

Achats de publications

Sur place ou par courrier :

IRDES
Service Diffusion
10, rue Vauvenargues
75018 Paris

Horaires d'ouverture :

Lundi au vendredi : 9 h 30 - 12 h / 14 h - 16 h

Consultation du fonds documentaire

Sur rendez-vous tél. : 01.53.93.43.51

Horaires d'ouverture :

Lundi, mardi, jeudi: 9 h - 12 h 15

Informations sur les travaux de l'IRDES

Toute personne peut demander à être intégrée dans le fichier des correspondants de l'IRDES afin d'être régulièrement informée des dernières publications.

tél. : 01.53.93.43.17/06 - fax. : 01.53.93.43.50

INTERNET : E-MAIL & WEB

Vous pouvez communiquer avec l'IRDES aux adresses suivantes :

avec le service Diffusion

E-mail : diffusion@irdes.fr

avec le service Documentation

E-mail : documentation@irdes.fr

avec le service informatique des logiciels Eco-Santé

E-mail : ecosante@irdes.fr

www.irdes.fr

notre serveur Web

L'IRDES met à votre disposition un serveur sur Internet

Ce service vous permet d'obtenir en direct des informations sur l'IRDES :

Présentation du centre et de l'équipe

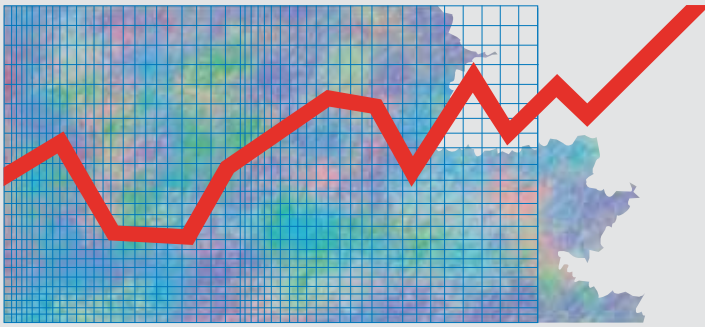
Informations sur les enquêtes de l'IRDES

Informations sur les logiciels Eco-Santé

Consultation des bibliographies chronologiques et thématiques

Description du fonds documentaire

Commandes de rapports



Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France

Cette étude repose sur les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) menée par l'IRDES en 2002 et 2004 auprès de la population générale en France (20 000 individus). Elle intègre le questionnaire AUDIT-C interrogeant sur la fréquence et la quantité d'alcool consommé. Se basant sur les recommandations de l'OMS en matière de consommation d'alcool, quatre profils d'alcoolisation progressifs ont été construits : non-consommateurs d'alcool, consommateurs sans risque, consommateurs à risque ponctuel ou excessif. Un modèle statistique « en escalier » explore les facteurs socioéconomiques associés à ces quatre profils. Il consiste en trois étapes successives qui estiment la probabilité : premièrement, d'être non-consommateur versus consommateur d'alcool, deuxièmement d'être consommateur à risque (ponctuel ou chronique) versus sans risque, troisièmement, d'être consommateur à risque chronique versus ponctuel. Les hommes et les femmes sont étudiés séparément à chaque étape.

Environ 40 % des hommes et 10 % des femmes sont buveurs à risque ; le risque est plus souvent chronique entre 45 et 64 ans et plus souvent ponctuel chez les plus jeunes. Ce mode de boire excessif concerne particulièrement les hommes âgés de 25 à 64 ans. Toutes choses égales par ailleurs, ce comportement est moins fréquent chez les personnes vivant au sein d'une famille, sauf lorsque l'un des membres présente un usage à risque. La non-consommation concerne plus souvent les catégories sociales peu aisées. Les liens entre le risque d'alcoolisation excessive et les catégories socioéconomiques sont contrastés. Ainsi, l'alcoolisation excessive chronique concerne les personnes en situation de précarité, les hommes ayant des revenus bas et un faible niveau d'éducation, mais aussi, par exemple, les femmes cadres.

Mots-clefs : Alcoolisme, comportement de santé, prévalence, facteur socio-économique, facteur socio-démographique, facteur de risque, enquête santé, France, 2002.

Prevalence and socio-economic factors associated with alcohol problems in general population in France

This study is based on data from the Health, Health Care and Insurance Survey, carried out by IRDES in 2002 and 2004 in general population in France (20 000 individuals). It integrates the AUDIT-C questionnaire on the frequency and the quantity of alcohol consumed. Using the OMS standards determining excessive drinking, we elaborate a categorical indicator of alcohol consumption in four classes: non-consumers, moderate consumers, punctual excessive and chronic excessive drinkers. The socioeconomic factors associated with those four classes explored using multivariate regression models in three steps : we estimate first the probability of being a non-drinker versus drinker; second, being excessive drinker (punctual or chronic) versus a moderate one; third, being a chronic excessive drinker versus a punctual one. We estimate separate models for men and women.

About 40% of men and 10% of women are excessive drinkers : among those, 45 to 64 years old are often chronic excessive drinkers and the younger ones are punctual. Excessive behaviour concerns particularly men aged 25 to 64. Everything else being equal, a person living in family has lower risk to be an excessive drinker, except when one of the other members in the household is an excessive drinker. Non-drinkers are concentrated in lower socioeconomic classes. But the relation between socioeconomic variables and risky behaviours appears to be less clear. Indeed, excessive chronic consumption concerns those in low socioeconomic status, in particular men with low income educational level, but also, for example, women in managerial positions.

Keywords: Alcoholism, health behavior, prevalence, socioeconomic factors, sociodemographic factors, risk factors, health survey, France, 2002.