

Identification et mesure des problèmes d'alcool en France

Une comparaison de deux enquêtes en population générale

Laure Com-Ruelle
Paul Dourgnon
Florence Jusot
Eugénie Latil
Pascale Lengagne

Rapport n° 527 (biblio n° 1600)

Septembre 2006

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. : 2-87812-338-7

Remerciements

Nous remercions particulièrement :

- **Philippe Le Fur** et **Thomas Renaud** pour leurs remarques constructives ;
- **Martine Broïdo** et **Nathalie Meunier** pour leur relecture attentive ;
- **Franck-Séverin Clérembault** pour la conception des schémas des profils d'alcoolisation et la mise en page de ce rapport.

Laure Com-Ruelle

Paul Dourgnon

Florence Jusot

Eugénie Latil

Pascale Lengagne

Sommaire

INTRODUCTION.....	11
DESCRIPTION DES DEUX SOURCES DE DONNEES	17
L'Enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS).....	17
Déroutement de l'ESPS.....	17
Constitution de l'échantillon de travail.....	18
L'Enquête santé 2002-2003 (ES)	18
Déroutement de l'ES.....	18
Constitution de l'échantillon de travail.....	19
LES TESTS DE REPERAGE DES PROBLEMES D'ALCOOL	23
Les tests standardisés de repérage des problèmes d'alcoolisation : AUDIT-C et DETA .	24
Le test AUDIT-C	24
Le test DETA	24
Limites des tests AUDIT-C et DETA	24
Les questions portant sur l'alcool dans l'ESPS 2002.....	25
Les questions portant sur l'alcool dans l'ES 2002-2003	25
Comparabilité entre les deux enquêtes	27
Comparabilité des deux échantillons retenus	27
Comparabilité des questions portant sur l'alcool.....	29
CONSTRUCTION DES PROFILS D'ALCOOLISATION.....	33
Définitions des profils d'alcoolisation.....	33
Calcul du volume d'alcool consommé par semaine à partir de l'AUDIT-C	34
Classement en profils d'alcoolisation à partir du seul AUDIT-C.....	37
Classement en profils d'alcoolisation à partir de l'AUDIT-C et du DETA dans l'ES.....	40
Traitement des cas particuliers et inclassables.....	41

INFLUENCE DES MODES DE RECUEIL SUR LA MESURE DE LA PREVALENCE DES PROBLEMES D'ALCOOL	45
Comparaison des prévalences	45
Comparaison des prévalences entre les deux enquêtes à partir de l'AUDIT-C seul.....	45
Comparaison des prévalences obtenues à partir de l'AUDIT-C et du DETA, dans l'ES	50
Synthèse.....	53
Liens entre les profils d'alcoolisation et les caractéristiques socioéconomiques	55
Méthode d'analyse	55
Résultats.....	57
Synthèse.....	67
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXE 1	
Le questionnaire AUDIT validé	81
ANNEXE 2	
Comparaison des réponses aux trois questions de l'AUDIT-C.....	83
Première question de l'AUDIT-C	83
Combinaison de la première et de la seconde question de l'AUDIT-C.....	84
Troisième question de l'AUDIT-C.....	85
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	
Variables socio-économiques retenues	91

ANNEXE 6

Structure pondérée et non-pondérée des échantillons..... 93

ANNEXE 7

Prévalence des problèmes d'alcool selon les caractéristiques socio-économiques 95

LISTES..... 103

Liste des graphiques..... 103

Liste des encadrés 104

Liste des tableaux 105

Liste des schémas..... 105

Introduction

Introduction

La consommation excessive d'alcool représente, par son ampleur, un problème de santé publique et, par son inégale répartition sociale, un problème de société (Inserm Expertise collective, 2001 et 2003). On compte notamment 45 000 morts chaque année en France liés à la consommation d'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 tabac, les risques sont alors multipliés. La consommation excessive d'alcool représente également un problème de société du fait de sa répartition sociale inégale. 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 prématurée constatées en France (Kunst et al., 2000).

Le rapport concernant les 100 objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % (passer de 10,7 l/an/hb en 1999 à 8,5 l/an/hb d'ici 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. Parallèlement, ce rapport envisage de réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires.

Pour atteindre ces deux premiers 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 afin de 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 à des données économiques et sociales, afin d'identifier leurs déterminants.

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'informations utilisées.

En effet, un premier type d'études portant sur la prévalence de la consommation d'alcool et ses déterminants concernent des populations particulières, qu'il s'agisse d'adolescents dans le cas des enquêtes ESCAPAD¹, des enquêtes ESPAD² et des enquêtes Jeunes et alcool de l'IREB³, de salariés d'EDF-GDF dans le cas de la cohorte GAZEL suivie par l'INSERM⁴, ou encore d'accédants aux soins (médecins généralistes et hôpital) dans le cas de l'enquête menée par la DREES⁵ et la FNORS⁶ en 2000. Par exemple, cette dernière enquête a permis de mettre en évidence que, parmi les accédants aux soins de généralistes comme aux soins hospitaliers, 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, dont l'alcoolodépendance, 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

¹ Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense, menée chaque année par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies).

² European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, réalisée tous les quatre ans et dont le volet France est sous la responsabilité de l'INSERM.

³ Les enquêtes Jeunes et alcool sont réalisées tous les 5 ans par l'Institut de recherche scientifique sur les boissons (IREB).

⁴ Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale.

⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé.

⁶ Fédération nationale des observatoires de la santé.

raison des différences d'accès aux soins constatées 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 santé⁷ ont déjà permis d'étudier la consommation d'alcool et de la relier avec certaines caractéristiques socio-économiques. Cependant, ces études souffrent de la moindre 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. Ainsi, les volumes déclarés étaient fortement éloignés des données de vente, ce qui a par exemple conduit à abandonner en 1994 le recueil d'information sur l'alcool dans l'enquête sur la Santé et la Protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), faute de fiabilité.

De plus, les indicateurs utilisés dans ces enquêtes n'étaient pas des indicateurs validés de consommation à risque. Par exemple, le fait de boire de l'alcool quotidiennement ou d'en avoir consommé la semaine passée, ne permet aucunement d'identifier le risque d'alcoolisation excessive, en particulier pour les jeunes générations du fait de l'évolution des modes de boire : seule l'association d'un volume d'alcool bu nocif pour la santé et/ou le comportement social, signant l'abus d'alcool, permet d'identifier ce risque.

L'introduction de deux indicateurs validés de repérage des problèmes d'alcool dans l'Enquête décennale santé (ES) menée par l'INSEE en 2002-2003 et les Enquêtes Santé et Protection Sociale (ESPS) menées par l'IRDES en 2002 et en 2004, offre donc l'opportunité d'étudier à nouveau la prévalence et les déterminants des problèmes d'alcool. Il s'agit de l'AUDIT-C⁸ et du DETA⁹ suffisamment sensibles et spécifiques dans le cadre d'enquêtes en population générale.

⁷ Les Baromètres Santé sont des enquêtes réalisées tous les quatre ans par l'INPES (Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé) : l'un interroge la population générale, un autre s'intéresse aux médecins et un troisième est spécifique aux jeunes.

⁸ Il est composé des trois premières questions du questionnaire AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test.

⁹ Version française du questionnaire CAGE : Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener.

La bonne acceptation de ces tests de repérage par les enquêtés semble indiquer qu'une partie du tabou pesant sur la consommation d'alcool est aujourd'hui levée en France, sans doute en raison d'une prise de conscience collective de l'importance des problèmes d'alcool et des nombreuses campagnes de sensibilisation. On peut donc penser que la sous-déclaration est réduite et qu'il est à présent possible d'étudier la consommation excessive d'alcool à partir d'enquêtes en population générale.

Les niveaux de risque progressifs présentent des conséquences médicales et sociales plus ou moins lourdes. Les modes du boire ont évolué ces dernières décennies et les comportements varient selon l'âge et les générations. Selon le mode de consommation, occasionnel ou régulier, et la quantité d'alcool consommée, on distingue ainsi plusieurs niveaux de risque : les dangers encourus en cas de risque ponctuel d'alcoolisation excessive sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les rixes ou bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès ; en cas de risque chronique, s'ajoutent les problèmes professionnels (licenciement...) et les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique, etc.). Ces deux catégories de risque n'affectent pas de la même façon les différentes générations ou couches de population, les jeunes par exemple sont plus souvent à risque ponctuel. En revanche, du côté de la consommation sans risque, une consommation régulière mais modérée d'alcool est associée à une diminution du risque cardiovasculaire dans les études épidémiologiques (Inserm, 2001). Cet effet, non retrouvé chez les consommateurs modérés occasionnels, serait lié à un comportement de modération générale tout au long de la vie et les habitudes alimentaires pourraient intervenir dans cet effet protecteur.

L'ensemble des conséquences de ces différents modes de consommation d'alcool justifie donc leur repérage correct et précis, non seulement pour faciliter la prévention des risques mais aussi pour relier ces comportements à des données socio-économiques et médicales et pouvoir mener des analyses épidémiologiques et économiques.

Et pour connaître le niveau de risque d'un individu, nous avons besoin d'informations précises sur le mode de consommation d'alcool afin de construire des profils d'alcoolisation que l'on puisse mettre en relation

avec les conséquences encourues. Les tests AUDIT-C et DETA permettent ainsi, non seulement de repérer de façon binaire les consommateurs à risque d'alcoolisation excessive des autres individus, mais aussi de décrire finement la consommation d'alcool, à l'aide des profils de niveaux progressifs d'alcoolisation, allant de la non-consommation d'alcool à la consommation excessive, ponctuelle ou chronique, en passant par la consommation sans risque, occasionnelle ou régulière.

Cependant, si ces tests de repérage sont aujourd'hui bien acceptés et fiables en clientèle médicale et lors d'enquêtes auprès de populations spécifiques, il reste indispensable de vérifier la robustesse de ces outils utilisés en population générale. Il s'agit en particulier d'en vérifier la reproductibilité, c'est-à-dire de voir si les profils d'alcoolisation créés à partir d'un même module de recueil sont comparables entre deux enquêtes de champs identiques.

Ce travail méthodologique propose ainsi d'évaluer la robustesse des profils construits à l'aide des tests AUDIT-C et DETA, à partir d'une analyse comparée de ces deux enquêtes (ESPS et ES).

Il est construit de la manière suivante. Dans la première partie, nous décrivons les enquêtes ESPS et ES

ainsi que les échantillons retenus dans l'analyse. La seconde partie est consacrée à la présentation et à la comparaison des tests de repérage des problèmes d'alcool utilisés. Dans une troisième partie, nous construisons une classification en profils de niveaux progressifs d'alcoolisation, à partir du test AUDIT-C seul et de la combinaison des tests AUDIT-C et DETA. La quatrième et dernière partie présente une analyse de la comparabilité des profils d'alcoolisation définis dans ces deux enquêtes, reposant sur la comparaison des prévalences estimées de ces profils et l'étude de leurs liens avec certaines variables socio-économiques classiques communes aux deux enquêtes (niveau d'éducation, catégorie socioprofessionnelle, occupation, etc.), après contrôle des différences de structure des deux échantillons.

Cette recherche nous permet de conclure, non seulement que les prévalences estimées sont proches, mais encore que les liens entre ces indicateurs et des variables d'analyse sont comparables entre les deux enquêtes. Ainsi, il serait intéressant d'intégrer ces indicateurs de façon plus systématique dans les enquêtes santé au même titre que les indicateurs de tabagisme et de problème de poids, ce d'autant que l'image sociale de l'alcool peut être amenée à évoluer dans le temps.

Description des deux sources de données

Description des deux sources de données

L'Enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS)

Déroulement de l'ESPS

L'enquête longitudinale ESPS, 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'enquêteur à celle des 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 ordinaires¹⁰ 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)¹¹. La base de sondage de l'ESPS ne comporte ainsi

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

aucun assuré principal des régimes spéciaux non rattachés au Régime général (Port autonome de Bordeaux, Clercs de notaire...). 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, 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. A 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 (cf. Doussin 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 médicalement au cours des dernières 24h, examens préventifs ;

- les comportements liés à la santé : pratique sportive, nutrition, consommation de tabac.

Constitution de l'échantillon de travail

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.

Pour notre étude, nous retenons les individus âgés d'au moins 16 ans et ayant renvoyé un questionnaire santé que l'on considère comme « exploitable ». En effet, dans l'ESPS, nous avons à disposition une variable indiquant si le questionnaire santé dans lequel se trouvent les trois questions constituant le test AUDIT-C est exploitable ou non. Cet indicateur, qui a été saisi par un médecin chiffreur, permet de juger de la cohérence de l'ensemble des réponses données par un individu dans ce questionnaire.

Au final, notre échantillon de travail contient 11 172 individus.

L'Enquête santé 2002-2003 (ES)

Déroulement de l'ES

L'Enquête santé (ES), réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), a pour objectif principal la mesure de l'état de santé de la population dans sa globalité (santé perçue, morbidité déclarée, qualité de vie ; déficiences, incapacités, handicaps). Elle recueille également les comportements préventifs et de santé (cf. www.irdes.fr/irdes/Fichenqu/enquessm.htm). Elle est représentative de la population vivant en ménages ordinaires de France métropolitaine. L'ES, également appelée « Enquête sur la Santé et les Soins Médicaux » (ESSM), a été mise en place par l'INSEE en 1960 et, depuis cette date, a été réalisée environ tous les dix ans, à la suite de chaque recensement. Elle est menée en collaboration avec l'IRDES notamment qui assure la codification des pathologies et des soins médicaux déclarés.

Cette enquête porte sur un échantillon de 25 000 logements de ménages ordinaires¹², tirés au sort à partir de deux bases de sondage : l'échantillon maître 1999 (EM99) et la base de sondage des logements neufs (BSLN)¹³. L'ensemble des personnes de chaque ménage est interrogé.

L'ES 2002-2003 est la cinquième de ce type et s'est déroulée en 5 vagues qui se sont succédées sur un an, chacune interrogeant 1/5^{ème} de l'échantillon total. L'enquête auprès d'un ménage comporte trois visites. Lors de la première visite, différents thèmes sont abordés avec chaque adulte présent dans le ménage et « apte » à répondre¹⁴ : informations comprises dans le Tronc commun des enquêtes ménages (TCM), conditions de vie, protection sociale, gênes et handicaps, aptitudes à répondre, santé. Les carnets de soins et les auto-questionnaires qui diffèrent pour trois classes d'âge (12-15 ans, 15-17 ans, les 18 ans et plus) sont remis à chacun des membres du ménage.

¹² 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.

¹³ Ceci permet de tenir compte des logements construits après le recensement de 1999.

¹⁴ Il s'agit des personnes de 18 ans ou plus, francophones et ne présentant pas de problème de santé les empêchant de répondre.

Lors de la deuxième visite, qui a lieu un mois après la première, sont évoqués : les maladies, les antécédents médicaux, les soins réalisés entre les deux visites et les médicaments consommés. Les questionnaires individuels distribués lors de la première visite sont relevés.

Au cours de la troisième visite, qui a lieu un mois encore après la seconde, sont abordés, à nouveau les maladies, les soins entre les deuxième et troisième visites, la consommation médicamenteuse de la veille, les déficiences et la prévention. On procède également au ramassage des auto-questionnaires s'il n'a pas eu lieu lors de la deuxième visite et aux questionnaires des personnes absentes à la visite précédente.

Notons enfin que l'ES 2002-2003 comprend des modules approfondis sur la santé perçue, sur des problèmes de santé particuliers (dépression, asthme, maladies respiratoires, migraine) et sur des facteurs de risque (alcool, tabac, expositions professionnelles, événements au cours de la vie), sur les déficiences et les incapacités, la prévention, les habitudes alimentaires individuelles, la vaccination et les examens diagnostiques ou de dépistage.

Constitution de l'échantillon de travail

La base de travail que nous avons choisie comprend les individus de 16 ans et plus, ayant répondu aux questions individuelles des 3 visites, et ayant remis leur auto-questionnaire à l'enquêteur. Nous obtenons finalement un échantillon comprenant 24 145 individus.

Les tests de repérage des problèmes d'alcool

Les tests de repérage des problèmes d'alcool

Pour étudier les risques d'alcoolisation excessive, nous disposons des données de deux enquêtes en population générale concomitantes, l'ESPS 2002 et l'ES 2002-2003. Ces enquêtes ont intégré des tests de repérage de la consommation excessive d'alcool.

Il existe de nombreux modules de questions permettant de construire des profils de consommation d'alcool. Ces profils d'alcoolisation sont soit binaires (non-consommateur *versus* consommateur ; consommateur à risque *versus* sans risque¹⁵), soit gradués. Le test DETA, qui comporte quatre items, l'AUDIT qui en comporte dix et, plus récemment, l'AUDIT-C qui n'en retient que les trois premiers, ont été les plus étudiés et les plus souvent évalués. Ces tests, ayant donné de très bons résultats (Yersin, 1999), peuvent être introduits au cours d'un entretien médical ou peuvent être proposés sous forme d'auto-questionnaires.

L'AUDIT-C figure dans les deux enquêtes et le DETA vient le compléter dans l'ES 2002-2003.

Comment ces deux tests ont-ils été sélectionnés ? Quel usage en fait-on ici ? Lors de l'enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins un jour donné, réalisée en 2001 par la DREES et la FNORS, un groupe de travail a réuni des experts cliniciens et chercheurs en épidémiologie et en économie de la santé (dont l'IRDES). Après discussion des questions concernant la consommation d'alcool et parmi les nombreux questionnaires proposés, ce groupe a opté pour le passage de deux tests successifs : le DETA qui porte sur la vie entière et interroge sur la perception d'un éventuel problème d'alcool, suivi de l'AUDIT-C qui recueille des fréquences et des quantités d'alcool bues au cours des douze derniers mois. Le classement des individus selon leur risque d'alcoolisation excessive peut se faire de façon binaire par chaque test à partir d'un score (et des seuils variables selon le niveau de risque cible), mais il peut être affiné en 4 à 6 profils d'alcoolisation selon un algorithme fixé par ces experts (Mouquet, 2002).

S'inspirant de l'expérience probante de l'introduction des tests AUDIT-C et DETA dans l'enquête DREES

2001, et en vue de compléter cette enquête par des informations recueillies en population générale cette fois, l'AUDIT-C a été introduit dans l'ESPS 2002 et l'AUDIT-C conjugué au DETA dans l'ES.

Dans ce chapitre, nous présentons ces deux tests dans leur version validée puis tels qu'ils ont été introduits dans les enquêtes ESPS et ES.

¹⁵ Si le total des points dépasse le seuil préconisé, un problème avec l'alcool existe vraisemblablement.

Les tests standardisés de repérage des problèmes d'alcoolisation : AUDIT-C et DETA

Le test AUDIT-C

Ce questionnaire, 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, 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, 2001).

Le test AUDIT a été traduit et validé dans une dizaine de langues et récemment en français (Cf. 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)¹⁶.

Ces items portent sur l'année écoulée. Plusieurs études ont démontré son efficacité pour repérer les consommateurs d'alcool à risque (Gual, 2002 ; Bush, 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.

¹⁶ 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.

Le test DETA

Le DETA est une version française du questionnaire CAGE proposée en 1989 par Rueff *et al.* Le CAGE, acronyme formé par les premières lettres des thèmes abordés dans chacune des questions (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) a été créé par Mayfielden 1974. Ces quatre questions sont basées sur la prise de conscience de l'avis des autres, sur le comportement du sujet et sur ses sentiments vis-à-vis de l'alcool.

Validé dans de nombreuses études, il a montré de bonnes capacités pour repérer les personnes ayant une consommation excessive et régulière d'alcool et les alcoolodépendants. En outre, Aertgeerts *et al.* (2000) ont montré qu'il n'y avait pas de différence entre la version sous forme d'auto-questionnaire et la version par entretien. Le CAGE, court et facile d'emploi, est le questionnaire de dépistage le plus largement recommandé dans les pays anglo-saxons.

Limites des tests AUDIT-C et DETA

En population générale, la procédure de validation de l'AUDIT-C et du DETA pose problème car la mise en œuvre d'outils de confirmation est difficile. Par contre, il est facile de valider ces tests auprès d'échantillons de populations spécifiques de consommateurs excessifs d'alcool. En effet, ces tests psychométriques ont été évalués dans plusieurs études à l'aide d'enquêtes réalisées en médecine de ville ou en établissements de santé. Leur sensibilité¹⁷ et leur spécificité¹⁸ varient selon les études, mais sont souvent très satisfaisantes (Fiellin, 2000 ; Daeppen, 2003).

S'il est possible que l'utilisation des tests AUDIT-C et DETA par auto-questionnaire au sein d'une enquête santé en population générale souffre d'une certaine sous-estimation non mesurable, les personnes repérées par ces tests comme étant à risque d'alcoolisation excessive ont de très fortes chances d'y être réellement exposées.

¹⁷ La sensibilité d'un test de dépistage est la proportion de « malades » reconnus comme tels par ce test. Cette mesure de la précision du repérage d'un test est encore appelée « taux de vrais positifs ».

¹⁸ La spécificité est relative à l'efficacité d'un test à identifier les individus qui n'ont pas le trait recherché. Cette mesure est encore appelée « taux de vrais négatifs ».

Les questions portant sur l'alcool dans l'ESPS 2002

Dans le questionnaire auto-administré, 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).

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 (Cf. Comparaison des prévalences des profils d'alcoolisation selon le sexe page 45).

Encadré 1

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

Les questions portant sur l'alcool dans l'ES 2002-2003

Les sept questions portant sur l'alcool se trouvent dans les auto-questionnaires 15-17 ans et 18 ans et plus. Les trois premières questions ont été formulées à partir de l'AUDIT-C et les quatre dernières à partir du DETA (Cf. Encadré 2).

Il est à noter que les tests ont subi une transformation, ce qui n'est pas sans conséquence sur les profils d'alcoolisation construits.

Tout d'abord, l'ordre recommandé des deux tests employés conjointement doit être le DETA précédant l'AUDIT-C, et non l'inverse, afin d'aborder le sujet de l'alcool par des questions plus générales et de préciser ensuite les volumes consommés actuellement, et de repérer les anciens buveurs grâce aux périodes de référence mentionnées (Mouquet, 2002). En effet, la version validée du DETA porte sur la vie entière (par défaut de mention contraire) et détecte les individus ayant ou ayant eu un problème d'alcool à un moment quelconque de leur vie. La version validée de l'AUDIT-C ne se réfère qu'aux douze derniers mois et précise donc la consommation d'alcool actuelle en termes de fréquence et de volume, permettant ainsi de reclasser certains individus repérés à risque par le DETA en « anciens buveurs » dans le cas où la consommation actuelle n'est pas à risque.

De plus, il est mentionné « au cours des 12 derniers mois » en tête de chacune des quatre questions du DETA qui suivent l'AUDIT-C alors que, dans le test DETA validé, ces questions portent sur la vie entière par défaut de mention contraire.

Ensuite, l'AUDIT-C qui figure en tête dans l'ES, ne mentionne nulle part la référence temporelle sur les douze derniers mois. Ceci a comme conséquence attendue de transférer certains consommateurs très occasionnels parmi les non-consommateurs, tout comme dans l'ESPS qui présente le même écart à la forme validée.

Puis les modalités de réponse à la première question (fréquence de consommation d'alcool) et la troisième (fréquence des ivresses) de l'AUDIT-C sont différentes de celles du test validé : le découpage, bien que plus fin, ne permet pas d'agréger les réponses pour obtenir des modalités identiques au test validé.

Enfin, la deuxième question de l'AUDIT-C a été désagrégée et reformulée, dans le but vraisemblablement de mieux cerner le type de boissons consommées. Pour quatre sortes de boissons alcoolisées (vins et assimilés, bières de 25 cl, bières de 33 cl, spiritueux), il est demandé à l'individu s'il en consomme et, si oui, d'en préciser la quantité, ceci au cours d'une journée habituelle de consommation d'alcool. Cette reformulation de l'AUDIT-C, jamais validée, pose des problèmes pour le calcul de la volumétrie. En effet, d'une part, des individus déclarant consommer un certain type d'alcool n'ont pas indiqué le nombre de verres bus correspondants, ce qui augmente le nombre de non-réponses. D'autre part, des personnes semblant avoir mal compris la question, n'ont pas indiqué la consommation habituelle mais tous les types d'alcool qui leur arrive de boire à un moment ou à un autre. Lors du calcul du nombre de verres d'alcool consommés par semaine, donnée indispensable pour juger de l'excès ou non, nous avons supposé que les personnes avaient déclaré leur consommation habituelle, comme demandé, et nous avons donc additionné les consommations des différents alcools. Ainsi, par rapport à la formulation de cette question dans l'ESPS, on voit apparaître une surestimation de la quantité déclarée (Cf. Graphique 4 page 36).

Le fait que les modalités des trois questions de l'AUDIT-C dans l'ES ne soient pas les mêmes que celles de l'ESPS, ces dernières correspondant à celles de l'AUDIT-C validé, représente le problème majeur de cette reformulation. Nous en avons tenu compte lors de la construction de nos profils d'alcoolisation à partir de l'AUDIT-C seul.

Nous avons également étudié les changements des profils d'alcoolisation dans l'ES lorsque les tests AUDIT-C et DETA sont pris en compte. Ceci nous a permis d'apprécier l'éventuel gain en termes de prévalence des problèmes d'alcoolisation excessive et donc, de juger de l'utilité de la combinaison de ces deux tests.

Encadré 2
Les questions portant sur l'alcool dans l'ES
(extrait des auto-questionnaires des 15-17 ans
et des 18 ans et plus)

1. **A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, apéritif...)?** Entourez la réponse de votre choix
 1. Jamais → **aller au questionnaire 10, page 26**
 2. Une fois par mois ou moins
 3. Deux ou trois fois par mois
 4. Une ou deux fois par semaine
 5. Trois ou quatre fois par semaine
 6. Quatre ou cinq fois par semaine
 7. Tous les jours ou presque

2. **Habituellement, les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool, lesquelles et combien de verres (ou canettes) consommez-vous ?**

	SI REPONSE OUI :	
	Entourez la réponse	Nbre de verres ou canettes
Vin, champagne, vin doux (1 bouteille= 6 verres, 1 litre = 8 verres)	oui	_ _
Bière	oui	_ _
	oui	_ _
Apéritif, digestif, alcool fort	oui	_ _

3. **Vous arrive-t-il de consommer 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fête de famille, sorties, repas...)?** Entourez la réponse de votre choix
 1. Jamais
 2. Une fois par mois ou moins
 3. Deux ou trois fois par mois
 4. Une ou deux fois par semaine
 5. Trois ou quatre fois par semaine
 6. Quatre ou cinq fois par semaine
 7. Tous les jours ou presque

4. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?** Oui / Non

5. **Au cours des 12 derniers mois, votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?** Oui / Non

6. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?** Oui / Non

7. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**

Comparabilité entre les deux enquêtes

L'objectif de ce travail étant de mesurer et de comparer les prévalences des problèmes d'alcool dans les deux enquêtes, il est essentiel de s'interroger sur la comparabilité des échantillons retenus et sur la comparabilité des questions portant sur l'alcool.

Comparabilité des deux échantillons retenus

Les échantillons sélectionnés pour cette étude présentent des différences de structure pouvant s'expliquer par des différences liées au mode de sondage ou encore aux filtres choisis.

Les modes de tirage des individus de l'ES et de l'ESPS ne sont pas strictement comparables. En effet, l'échantillon de l'ESPS est obtenu à partir d'un tirage aléatoire simple, alors que l'échantillon de l'ES est obtenu à partir d'un tirage aléatoire à plusieurs degrés.

Les différences de structure entre les échantillons peuvent provenir non seulement de ces différences dans le mode de tirage mais peuvent également être imputables à la méthode de recrutement des personnes dans les deux enquêtes :

- l'échantillon de l'ESPS est composé des ménages dont au moins une personne est tirée au sort dans l'EPAS ; c'est l'assuré social qui est tiré au sort et non l'adresse de son logement ;
- l'échantillon de l'ES est composé de ménages vivant en logements ordinaires tirés au sort dans l'échantillon maître 1999 (EM99) et la base de sondage des logements neufs (BSLN) ; c'est l'adresse qui est tirée et non l'identité du ménage.

Le mode de sondage de l'ESPS induit donc un taux de non-joints plus élevé en raison des erreurs dans les fichiers d'adresses et peut conduire à sélectionner des personnes connaissant des situations plus stables.

De plus, les différences de structure sur les échantillons peuvent être le résultat d'un biais induit par la nature des filtres utilisés pour sélectionner les répondants de chaque enquête. En effet, les mêmes filtres n'ont pas été utilisés dans les deux enquêtes :

- dans l'ESPS, ne sont retenus que les individus dont le questionnaire santé, renfermant toutes les questions relatives à la santé y compris les ques-

tions sur l'alcool, a été jugé exploitable par des médecins codeurs¹⁹ ;

- dans l'ES, sont sélectionnés les individus ayant participé aux trois visites prévues et ayant renvoyé leur autoquestionnaire ; mais il s'agit ici d'une première exploitation de cette enquête avant chiffrement complet des variables santé par les médecins codeurs et sans diagnostic de l'exploitabilité de l'ensemble des réponses relatives à la santé.

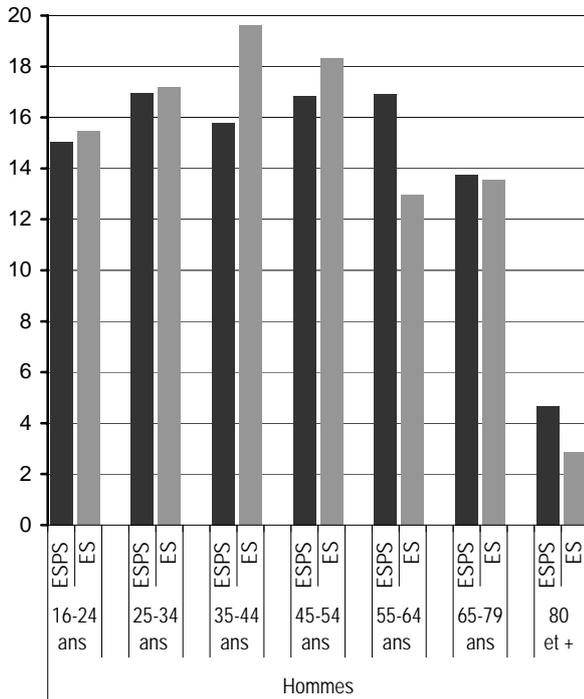
Afin de nous assurer que la sélection des individus retenus pour cette étude n'a pas créé de trop fortes différences entre les deux échantillons étudiés, nous comparons leurs structures selon les caractéristiques suivantes : sexe, âge, ZEAT (Zone d'Emploi et d'Aménagement du Territoire), taille d'unité urbaine, niveau d'études, occupation professionnelle, profession et catégorie sociale, revenu par unité de consommation, taille du ménage, consommation de tabac et poids (Cf. Annexe 5).

Sans utiliser de pondération, les principales différences de structure des échantillons que l'on observe sont les suivantes (voir aussi : Annexe 6) :

- une « sous-représentation » dans l'ESPS de l'Île-de-France (13,9 % contre 21,2 % dans l'ES) ;
- une « sous-représentation » dans l'ESPS de l'unité urbaine de Paris (11,5 % contre 18,4 % dans l'ES) et une sur-représentation des communes rurales (29,1 % contre 24,2 % dans l'ES) ;
- une « sous-représentation » dans l'ESPS des ménages d'une personne (8,3 % contre 14,5 % dans l'ES) ou de deux personnes (29,4 % contre 34,2 % dans l'ES) et une sur-représentation des ménages de quatre personnes (23,7 % contre 19,5 % dans l'ES). Cela se répercute par des différences dans la structure des échantillons selon le type de ménage (moins de personnes vivant seules et plus de couple avec enfants).

¹⁹ Dans l'ESPS, nous avons à disposition une variable indiquant si le questionnaire santé dans lequel se trouvent les trois questions constituant le test AUDIT-C est exploitable ou non. Cet indicateur, qui a été saisi par un médecin chiffreur, permet de juger de la cohérence de l'ensemble des réponses données par un individu dans ce questionnaire.

Graphique 1
Répartition pondérée des échantillons de l'ESPS et de l'ES selon l'âge chez les hommes

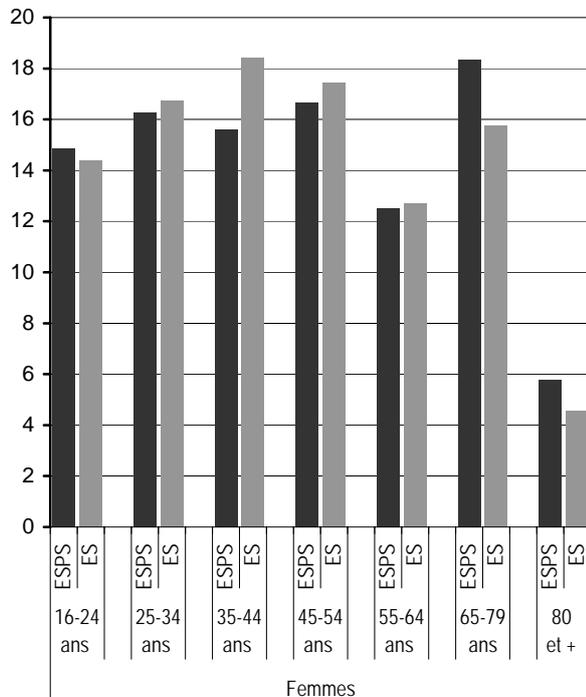


Sources : ES (Insee) et ES (Irdes). Exploitation : Irdes.

Lorsque les distributions sont pondérées, les deux échantillons sont relativement comparables selon l'âge chez les hommes et chez les femmes (cf. Graphique 1 et Graphique 2). Les distributions pondérées sont également comparables selon d'autres variables (la ZEAT, la taille de l'unité urbaine, l'occupation professionnelle, la catégorie professionnelle, la taille du ménage, la consommation de tabac et le poids (Cf. Annexe 5 page 91), à l'exception du niveau d'éducation : les pondérations ont pour résultat de renforcer la sur-représentation des personnes ayant fait des études supérieures dans l'ESPS (29,6 % contre 22 % dans l'ES), au dépens des personnes de niveau 1^{er} cycle, CAP ou BEP (31 % contre 37,4 % dans l'ES) (cf. Graphique 3).

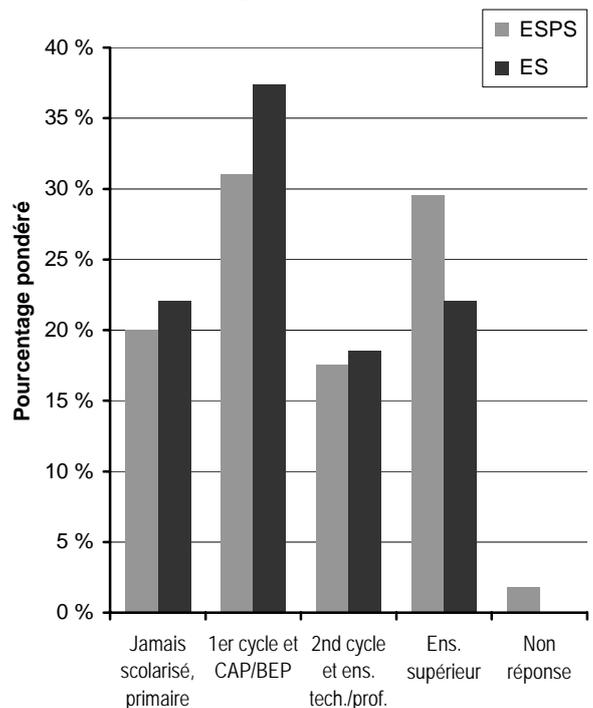
Au total, les différences entre échantillons non pondérés ne sont pas suffisantes pour biaiser les résultats des analyses multivariées que nous présentons dans la partie « Influence des modes de recueil sur la mesure de la prévalence des problèmes d'alcool », page 45. Toutefois, pour le calcul des prévalences des divers profils d'alcoolisation dans les deux enquêtes, il est nécessaire d'avoir des échantillons de même structure et donc, d'utiliser les pondérations propres à chacune des enquêtes.

Graphique 2
Répartition pondérée des échantillons de l'ESPS et de l'ES selon l'âge chez les femmes



Sources : ES (Insee) et ES (Irdes). Exploitation : Irdes.

Graphique 3
Répartition pondérée des échantillons de l'ESPS et de l'ES par niveau d'études



Sources : ES (Insee) et ES (Irdes). Exploitation : Irdes.

Comparabilité des questions portant sur l'alcool

L'AUDIT-C, présent dans les deux enquêtes, n'est pas formulé de la même manière. Le questionnaire proposé dans l'ESPS est proche du questionnaire validé à l'exception de l'absence de référence aux douze derniers mois. Cependant, ceci n'est pas une source de problèmes pour la comparaison entre les deux enquêtes puisque cette mention est également omise dans l'ES et que le temps employé est le présent dans les deux cas. Nous devrions avoir le même biais de sur-estimation des non-consommateurs du fait de l'intégration de certains consommateurs très occasionnels dans cette catégorie.

Par contre, les questions de l'AUDIT-C dans l'ES diffèrent fortement du questionnaire validé et donc de celui de l'ESPS. Les fréquences proposées dans les première et troisième questions sont différentes et ne permettent pas exactement de retrouver celles de l'ESPS. De plus et surtout, la deuxième question est désagrégée (la consommation est séparée selon quatre types de boissons dans l'ES), ce qui induit des différences dans les quantités déclarées (Cf. Graphique 4 page 36).

Ces éléments ont donc été pris en compte lors de la construction des profils d'alcoolisation.

Construction des profils d'alcoolisation

Construction des profils d'alcoolisation

Le principe des tests AUDIT-C et DETA 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, 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'OMS²⁰.

Définitions des profils d'alcoolisation

Les questions portant sur l'alcool et leurs modalités étant différentes dans l'ESPS et l'ES, nous avons construit pour chaque enquête des algorithmes distincts, basés sur les trois questions de l'AUDIT-C dans l'ESPS et dans l'ES et sur le DETA et l'AUDIT-C pour l'ES. De plus, dans l'ES, nous avons effectué un second classement en utilisant cette fois les réponses conjuguées des deux tests AUDIT-C et DETA.

Nous calculons tout d'abord la volumétrie hebdomadaire d'alcool bu à partir des deux premières questions de l'AUDIT-C. Nous la comparons 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 au-delà de 48 verres quel que soit le sexe, il existe un risque d'alcoolodépendance. 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 procédons de même avec la fréquence des situations où l'individu boit six verres ou plus au cours d'une même occasion (3^e 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'alcoolodépendance.

Notons que l'OMS recommande de ne pas consommer plus de 4 verres par occasion, or la 3^e 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, nous définissons 6 profils de consommation d'alcool qui peuvent être regroupés en 3 à 4 classes.

²⁰ 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, 2005)

Calcul du volume d'alcool consommé par semaine à partir de l'AUDIT-C

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 :**
« 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 fois ou plus par semaine ? » ;
- **Deuxième question :**
« Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool :
 - 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, 1997 ; Expertise collective 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.

Dans l'ESPS 2002

Les fréquences et volumes consommés retenus dans l'ESPS sont présentés 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.

En utilisant les réponses aux deux premières questions de l'AUDIT-C, nous avons 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).

Tableau 1
Choix retenus 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 :

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

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

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Dans l'ES 2002-2003

Dans l'ES, les modalités de réponse à la 1^{re} question de l'AUDIT-C ont été modifiées et, semble-t-il par erreur, sont les mêmes que celles de la 3^e question de l'AUDIT-C (cf. tableau 2).

De plus, les modalités de réponse à la 2^e question ont été décomposées par type de boisson, comme indiqué dans le tableau 2. L'individu interrogé a donc déclaré un nombre de verres précis et non une modalité en termes d'intervalle.

En utilisant les réponses aux 2 premières questions de l'AUDIT-C, nous avons calculé un nombre de verres bus par semaine.

Nous obtenons ainsi une volumétrie hebdomadaire pour chaque individu ayant répondu aux deux premières questions de l'AUDIT-C dans l'ESPS et l'ES. Le Graphique 4 représente la volumétrie moyenne selon l'âge et le sexe dans les deux enquêtes.

Tableau 2

Choix retenus 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'ES 2002-03

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 3 fois par mois	2,5 / 4,35 (*)
1 à 2 fois par semaine	1,5
3 ou 4 fois par semaine	3,5
4 ou 5 fois par semaine	4,5
Tous les jours ou presque	7

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

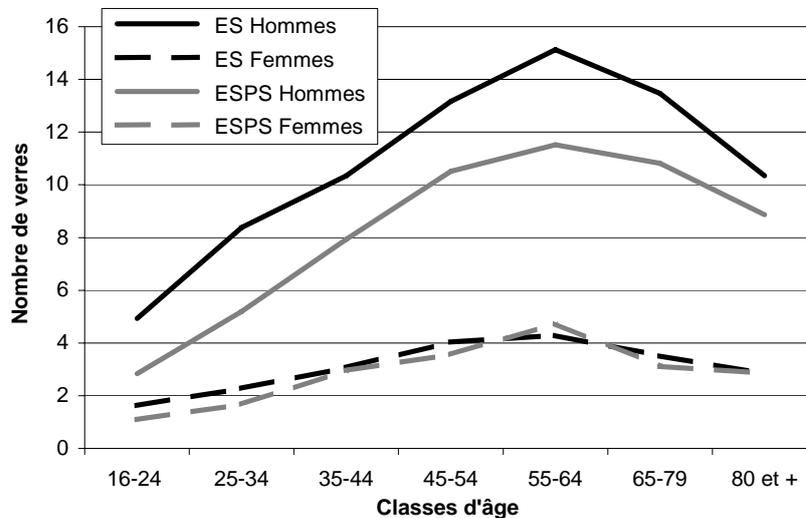
Deuxième question :

« Habituellement, les jours où vous buvez des boissons contenant de l'alcool, lesquelles et combien de verres (ou canettes) consommez-vous ? »

Modalités de réponse	SI REPONSE OUI :	
	Entourez la réponse	Nbre de verres ou canettes
Vin, champagne, vin doux (1 bouteille= 6 verres, 1 litre = 8 verres)	oui	_ _
Bière	oui	_ _
- demi ou canettes de 25 cl - canettes ou boîtes de 33 cl	oui	_ _
Apéritif, digestif, alcool fort	oui	_ _

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Graphique 4
Nombre moyen de verres d'alcool consommés par semaine selon l'âge et le sexe dans l'ESPS et l'ES (échantillons pondérés)



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Classement en profils d'alcoolisation à partir du seul AUDIT-C

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, 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'OMS²¹. Nous calculons 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 procédons de même avec la fréquence des situations où l'individu boit six verres²² ou plus au cours d'une même occasion (troisième question), ce qui peut être assimilé à des ivresses. Au regard de chacune de ces deux valeurs²³ et selon l'algorithme

figurant sur les schémas 1 et 2 page 39, nous définissons 6 profils de consommation d'alcool qui peuvent être regroupés en 3 à 4 classes :

- 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, 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 **alcooolodépendance** (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'alcooolodépendance 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)²⁴.

²¹ 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 (Canouï-Poitrine et alii, 2005).

²² 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.

²³ En termes de volumétrie hebdomadaire, au-delà de 14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes, il existe un risque d'alcoolisation excessive, et au-delà de 48 verres quel que soit le sexe, il existe un risque d'alcooolodépendance. Par ailleurs, une seule ivresse suffit pour induire un risque ponctuel mais des ivresses quasi quotidiennes sont assimilées à l'alcooolodépendance. Notons que l'OMS recommande de ne pas consommer plus de

4 verres par occasion, or la 3^e 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.

²⁴ 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

A 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).

Au chapitre des résultats, nous nous attacherons surtout à distinguer les types de risque d'alcoolisation excessive, comportements qui forment l'intérêt premier de cette étude. Une étude minutieuse des réponses aux trois questions de l'AUDIT-C a permis de concevoir des algorithmes de classement des personnes dans les différents profils d'alcoolisation cités ci-dessus.

Enfin, rappelons que les libellés et les modalités des questions portant sur l'alcool étant différents entre les deux enquêtes, les procédures de classement pour chacune d'elles se sont faites séparément et nous les présentons dans les pages suivantes.

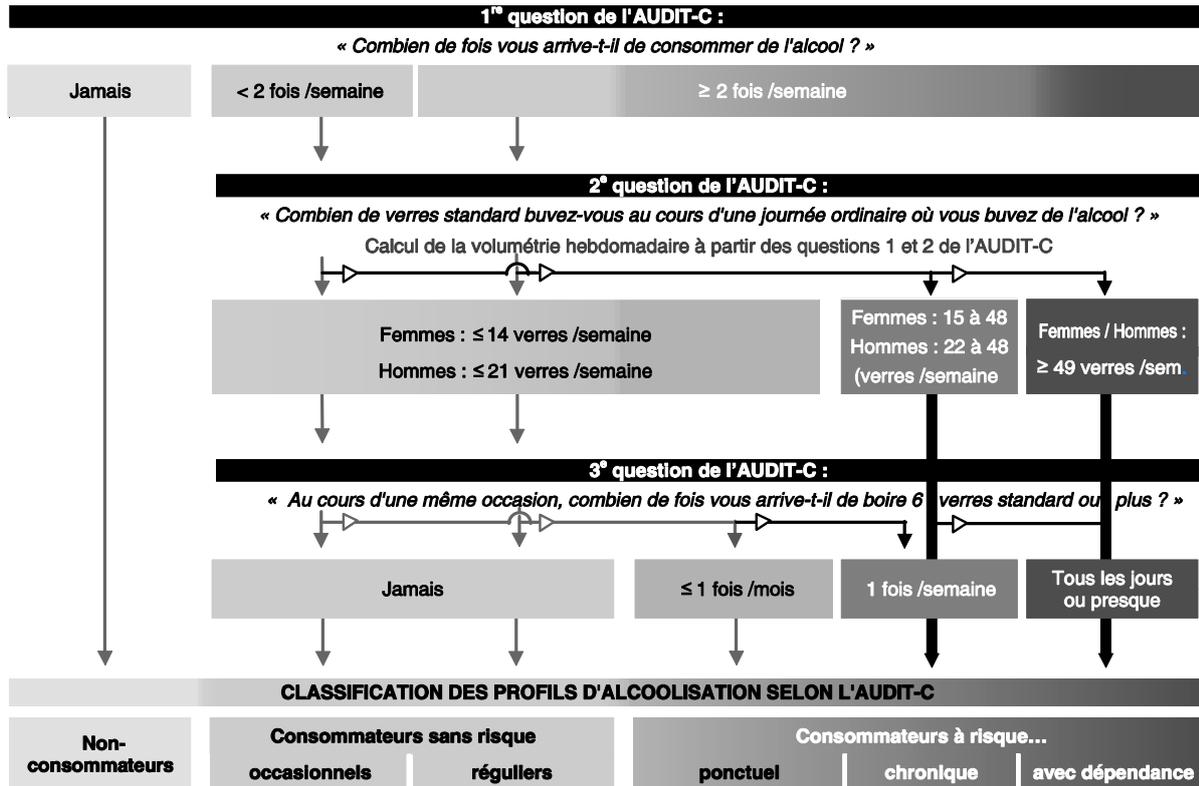
Guide de lecture des schémas 1 et 2 : la lecture se fait de haut en bas en suivant les flèches au travers des questions posées :

Classification des profils d'alcoolisation selon l'AUDIT-C seul dans les 2 enquêtes :

- pour appartenir à un des profils d'alcoolisation définis, il faut satisfaire à l'ensemble des conditions indiquées dans la colonne correspondante et qui proviennent des réponses aux 3 questions successives de l'AUDIT-C ;
- **les flèches en trait plein** relient les critères nécessaires conjointement. *Exemple pour le schéma 1 : un consommateur occasionnel sans risque doit consommer de l'alcool moins de 2 fois par semaine ET boire moins de 21 verres par semaine ET ne jamais boire 6 verres au cours d'une seule occasion.*
- **les flèches en tirets verticaux** relient les critères suffisants isolément, le critère le plus fort (le plus à droite) primant sur le plus faible (le plus à gauche). *Exemple pour le schéma 1 : pour être consommateur à risque avec dépendance, il suffit de consommer 49 verres ou plus par semaine OU boire tous les jours ou presque plus de 6 verres d'alcool en une occasion, que l'on soit un homme ou une femme.*

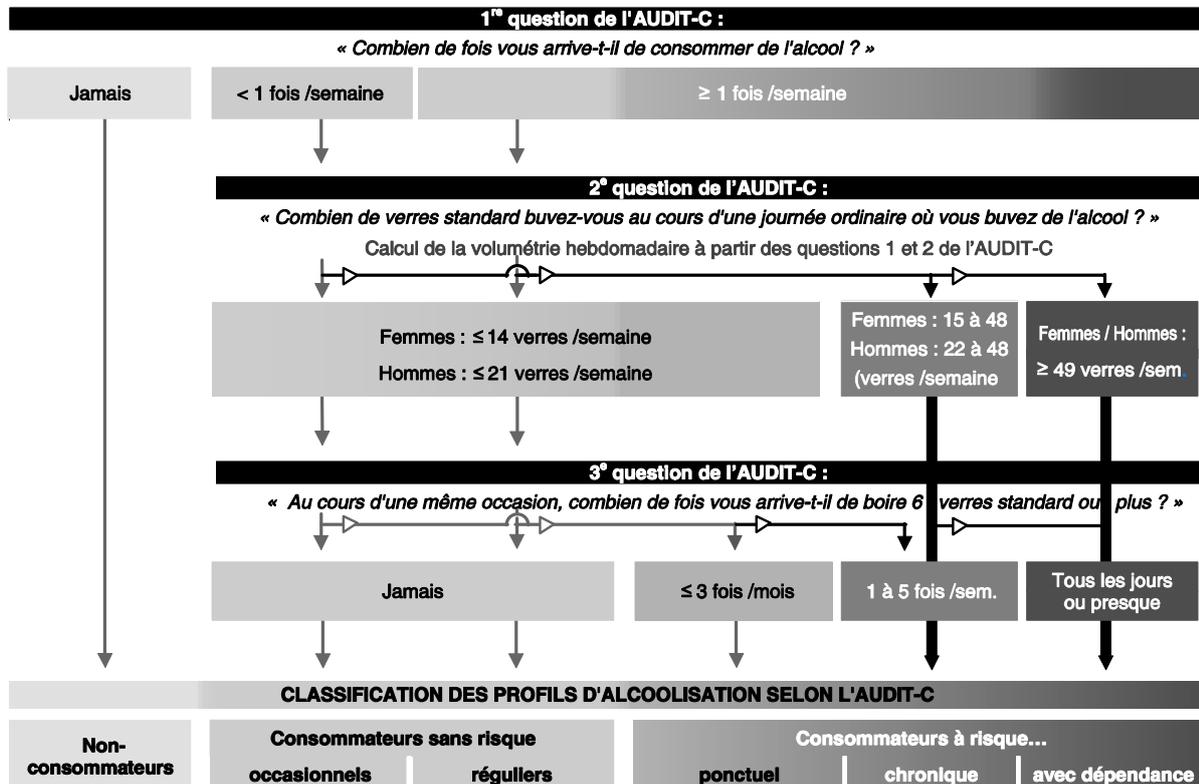
d'alcool qu'ils boivent, la plupart des personnes ont conscience de l'existence de normes du boire sans danger, sans toujours les situer au niveau défini par l'OMS. De plus, la tolérance collective a baissé au fil du temps et le fait de boire de grandes quantités d'alcool est devenu plus ou moins « honteux » 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.

Schéma 1
 Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ESPS 2002 selon l'AUDIT-C validé



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee).

Schéma 2
 Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ES 2002/2003 selon l'AUDIT-C modifié



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee).

Classement en profils d'alcoolisation à partir de l'AUDIT-C et du DETA dans l'ES

Nous nous sommes également intéressés à la prévalence des problèmes d'alcool lorsque les tests AUDIT-C et DETA sont combinés. Pour cela, nous avons conçu un algorithme présenté dans le schéma 3.

Selon le test DETA, une personne qui a au moins 2 réponses positives présente un risque lié à une consommation excessive d'alcool. Nous avons également considéré qu'une personne présentait ce type de risque si elle donnait une réponse positive à la dernière question de ce test (« Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? », comme effectué lors de l'exploitation de l'enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins, menée par la DREES et la DGS en 2002, décision basée sur l'avis d'experts réunis à l'occasion du groupe projet de cette enquête.

Au final, un individu est classé à risque d'alcoolisation excessive s'il présente un usage à risque selon l'un ou l'autre des deux tests.

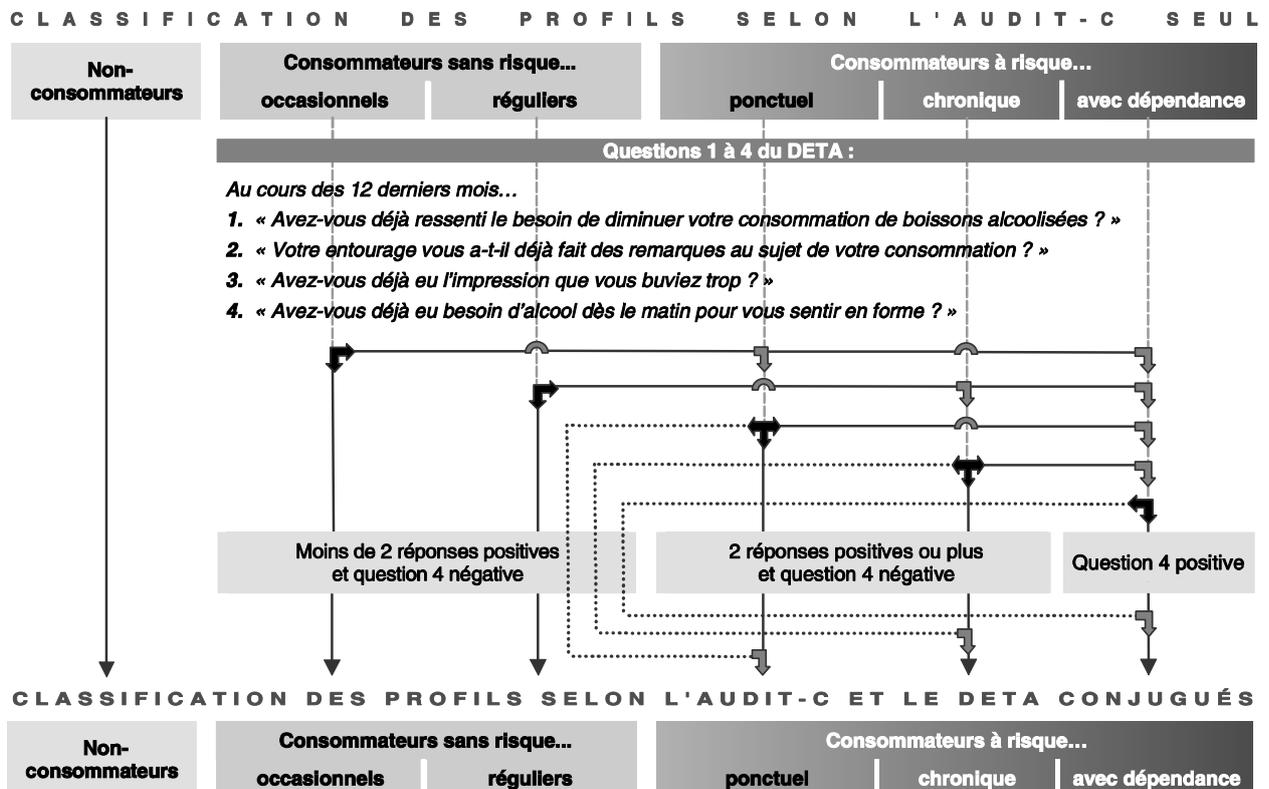
Guide de lecture du schéma 3 : la lecture se fait de haut en bas en suivant les flèches au travers des questions posées :

Reclassification des profils AUDIT-C après passage par le DETA :

- toute personne répondant positivement à la 4^e question du DETA est automatiquement classée en consommateur à risque avec dépendance ;
- quel que soit son pré-profil défini par l'AUDIT-C, un individu ne peut descendre dans une catégorie à risque inférieur (vers la gauche), seules 2 réponses positives au DETA ou une réponse positive à la 4^e question peuvent le faire passer dans une catégorie à risque supérieur (à droite).

Exemple : un consommateur régulier sans risque selon l'AUDIT-C est considéré à risque chronique s'il a 2 réponses positives au DETA et même avec dépendance s'il répond oui à la 4^e question du DETA.

Schéma 3
Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ES 2002/2003 selon l'AUDIT-C modifié et le DETA



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee).

Traitement des cas particuliers et inclassables

A la suite du classement des enquêtés selon leur profil d'alcoolisation, nous relevons une part d'individus inclassables, soit parce qu'ils n'ont pas répondu du tout aux questions, soit parce qu'ils ont répondu partiellement, soit parce qu'ils ont donné des réponses incohérentes. Afin de réduire cette proportion, nous avons mené une analyse fine et conjuguée des réponses nous conduisant à reclasser une partie des individus.

Après ce reclassement, près de 7 % des enquêtés dans l'ESPS et près de 11 % des enquêtés dans l'ES restent inclassables. Cependant ces proportions d'inclassables varient selon l'âge et le sexe cf. Tableau 3.

Tableau 3
Proportion d'inclassables
selon le sexe, l'âge et l'enquête

	ESPS	ES
Ensemble	6,8	10,7
Hommes	7,4	8,9
16 - 24 ans	7,8	7,8
25 - 34 ans	3,8	4,6
35 - 44 ans	5,3	4,8
45 - 54 ans	7,1	5,6
55 - 64 ans	6,6	9,0
65 - 79 ans	8,6	16,6
80 ans et plus	14,5	23,1
Femmes	7,9	12,3
16 - 24 ans	5,9	6,7
25 - 34 ans	2,4	6,7
35 - 44 ans	4,2	8,1
45 - 54 ans	7,4	8,9
55 - 64 ans	9,4	13,8
65 - 79 ans	10,5	23,3
80 ans et plus	9,9	32,2

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Parmi les hommes, la part d'inclassables dans l'un des profils d'alcoolisation varie de 3,8 % à 14,5 % selon la tranche d'âge dans l'ESPS, et de 4,6 % à 23,1 % dans l'ES : cette part, minimale chez les jeunes hommes âgés de 25 à 34 ans, augmente avec

l'âge pour être maximale chez les hommes de 80 ans et plus.

Parmi les femmes, le taux d'inclassables des femmes est proche de celui des hommes dans l'ESPS (7,9 % de la population) et varie entre 2,4 % (pour les 25-34 ans) et 10,5 % (pour les 65-79 ans). Dans l'ES, le taux d'inclassables est plus important que celui des hommes et varie aussi avec l'âge : 6,7 % des femmes de 16 à 34 ans et 32,2 % des femmes de 80 ans et plus n'ont pas été classées dans l'un des profils d'alcoolisation.

Dans la partie suivante, les données de prévalence ne seront analysées que dans une perspective de comparaison entre les modes de recueil des problèmes d'alcoolisation et ne seront commentées que partiellement. Ici, nous nous intéressons principalement à la robustesse des indicateurs des problèmes d'alcoolisation que nous avons construits. Un second travail fera l'objet d'une analyse plus approfondie de ces profils. Nous étudierons en particulier les liens entre ces profils et les caractéristiques socio-économiques.

**Influence des modes de recueil
sur la mesure de la prévalence des problèmes d'alcool**

Influence des modes de recueil sur la mesure de la prévalence des problèmes d'alcool

Dans cette partie, nous comparons les prévalences des problèmes d'alcool entre l'ESPS 2002 et l'ES 2002-2003 afin d'évaluer la robustesse des profils construits à l'aide des tests AUDIT-C et DETA.

Nous effectuons cette comparaison en deux temps. Tout d'abord, nous étudions les prévalences globales des différents profils d'alcoolisation. Puis, nous comparons les effets propres de certaines variables socio-économiques sur les niveaux d'alcoolisation en contrôlant par les variables d'âge, de sexe, de ZEAT et de taille de ménage, afin de tenir compte des différences de consommation d'alcool liées à l'âge et au sexe et des différences de structure démographique des échantillons.

Notons ici que l'objectif de ce chapitre est de comparer les deux enquêtes en termes de résultats. L'analyse des prévalences des profils d'alcoolisation et des déterminants elle-même sera effectuée dans un rapport à paraître. Nous sommes ici uniquement dans une perspective méthodologique comparative.

Comparaison des prévalences

Les prévalences des différents profils d'alcoolisation construits à partir des tests AUDIT-C sont-ils comparables entre les deux enquêtes ? Pour répondre à cette question, nous utilisons l'indicateur commun aux deux enquêtes que nous avons construit à partir du test AUDIT-C seul. Pour mieux cerner les raisons expliquant les différences de prévalence obtenues dans chaque échantillon, nous avons effectué une comparaison des réponses obtenues à chacune des trois questions de ce test. Les graphiques correspondants sont mis en Annexe 2 page 83.

Ensuite, nous comparons les deux outils disponibles dans l'ES : la variable d'alcoolisation construite selon l'AUDIT-C seul et celle construite selon la combinaison de l'AUDIT-C et du DETA. Cette analyse cherche à vérifier si la combinaison des deux tests permet de mieux repérer les problèmes d'alcool dans la population.

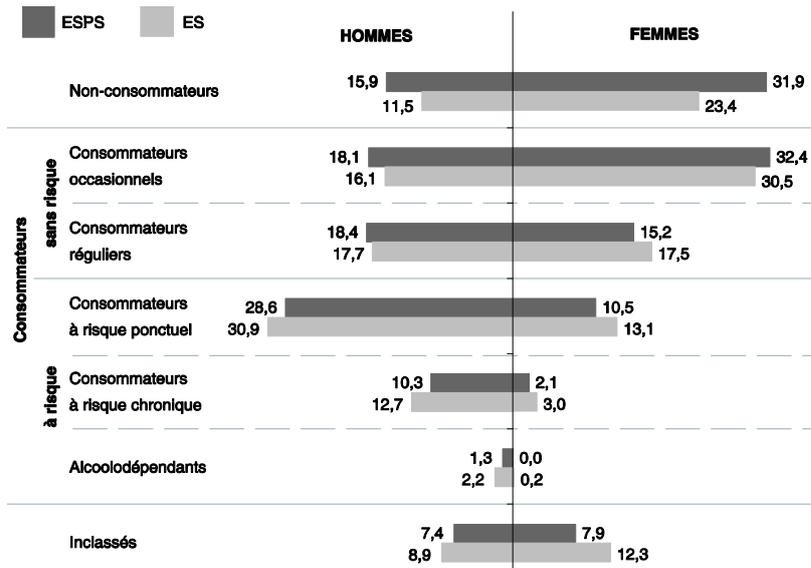
Comparaison des prévalences entre les deux enquêtes à partir de l'AUDIT-C seul

Comparaison des prévalences des profils d'alcoolisation selon le sexe

Nous comparons les prévalences des problèmes d'alcool entre les deux enquêtes en nous basant sur les profils construits à partir de l'AUDIT-C seul. Le Graphique 5 présente ces prévalences selon le sexe.

Ces données de prévalence ont été pondérées afin de donner une mesure comparable entre les deux échantillons. Rappelons que nous avons constaté que les deux échantillons, lorsqu'ils sont redressés, sont structurés de manière comparable selon plusieurs variables (âge, sexe, ZEAT, taille du ménage, etc.), à l'exception du niveau d'éducation. Les deux échantillons pondérés doivent donc produire des estimations de prévalence des modes de consommation comparables si l'instrument de recueil de l'information est robuste.

Graphique 5
Prévalence pondérée des problèmes d'alcool selon le sexe
évaluée à partir de l'AUDIT-C, dans l'ESPS et l'ES



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Les non-consommateurs sont plus nombreux dans l'ESPS. Près de 16 % des hommes et 32 % des femmes déclarent ne jamais consommer d'alcool, alors que cela ne concerne que près de 11 % des hommes et 23 % des femmes dans l'ES (cf. Graphique 5).

Au sein de l'ensemble des consommateurs sans risque, les consommateurs occasionnels sont plus nombreux dans l'ESPS que dans l'ES. Parmi les hommes, la part de consommateurs sans risque s'élève à 36,5 % dans l'ESPS : ils sont également répartis en consommateurs occasionnels et réguliers (18 % chacun). Cette proportion est à peine plus faible dans l'ES (34 %), aux seuls dépens des consommateurs occasionnels (16 %) (cf. Graphique 5). Parmi les femmes, elle atteint 48 % environ dans les deux enquêtes du fait surtout des consommatrices occasionnelles qui sont deux fois plus nombreuses que les régulières, mais plus encore dans l'ESPS (32 % vs 15 %) que dans l'ES (31 % vs 18 %).

Les proportions de consommateurs à risque sont supérieures dans l'ES. Dans l'ESPS, environ 40 % des hommes présentent un risque d'alcoolisation excessive : 28,6 % n'affichent qu'un risque ponctuel et 11,6 % un risque chronique (y compris alcoolodépendance). Cette proportion est nettement plus élevée dans l'ES (46 %) au profit du risque ponctuel (31 %) et du risque chronique (15 %). Parmi les femmes, la prévalence du risque d'alcoolisation excessive n'est que de 12 % dans l'ESPS : le risque est essentielle-

ment ponctuel (10,5 %) et rarement chronique (2 %). Cette proportion est là encore plus élevée dans l'ES (16 %) au profit à la fois des risques ponctuel (13 %) et chronique (3 %).

Afin d'évaluer la significativité des écarts de prévalence observés, nous avons mis en œuvre différents tests statistiques (tests du Chi-2, test non-paramétrique de Kolmogorov-Smirnov et tests de comparaison des proportions). Ces différents tests rejettent l'hypothèse de comparabilité des deux enquêtes (au seuil de 5 %). Ainsi, quel que soit le sexe, le taux de non-consommateurs et le taux de consommateurs sans risque dans l'ES sont significativement plus faibles que dans l'ESPS ; et la part de consommateurs à risque d'alcoolisation excessive est significativement plus forte dans l'ES.

Au-delà d'un éventuel effet induit par les différents plans de sondage et la place du test dans les questionnaires, ces écarts significatifs nous semblent devoir s'expliquer par des différences de rédaction des questions. En effet, les modalités de réponse des deux premières questions de l'AUDIT-C ne sont pas identiques dans les deux enquêtes car l'INSEE a reformulé celles de l'ES. Les nouvelles modalités de réponse à la première question (fréquence de la consommation d'alcool) ne compromettent pas la comparabilité. Cependant, la décomposition de la réponse à la deuxième question par l'INSEE interroge sur les quantités d'alcool bu (exprimées en nombre

moyen de verres standard au cours d'une journée ordinaire où l'individu déclare boire) pour quatre types de boissons séparément (cf. Encadré 2, page 26), ce qui conduit à surestimer la volumétrie hebdomadaire de certaines personnes consommant des boissons variées²⁵. Cela se traduit par des prévalences supérieures pour les risques d'alcoolisation les plus lourds dans l'ES que dans l'ESPS et, au contraire, par des prévalences inférieures pour les risques les plus faibles.

Par ailleurs, nous pouvons penser que dans chacune des deux enquêtes les parts de non-consommateurs et 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 abstinentes 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 selon l'enquête), 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 % à 8,5 % d'individus à risque d'alcoolisation excessive chronique ou avec dépendance. Parmi ces d'individus à risque d'alcoolisation excessive chronique ou avec dépendance, seuls 0,6 à 1,3 % 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 % (cf. études et résultats n°405, juin 2005, DREES).
- 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 donc 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.

²⁵ Par exemple, un homme qui boit de l'alcool tous les jours, soit 2 bières, soit 2 verres de vin, peut inscrire la quantité 2 à chacune des modalités « bière » et « vin », ce qui double indûment sa volumétrie hebdomadaire : celle-ci est évaluée à 28 verres standard par semaine au lieu de 14. Cette personne se retrouve donc classée parmi les consommateurs à risque d'alcoolisation excessive alors que sa consommation réelle est considérée comme une consommation sans risque (moins de 22 verres par semaine).

Comparaison des prévalences par tranche d'âge parmi les hommes

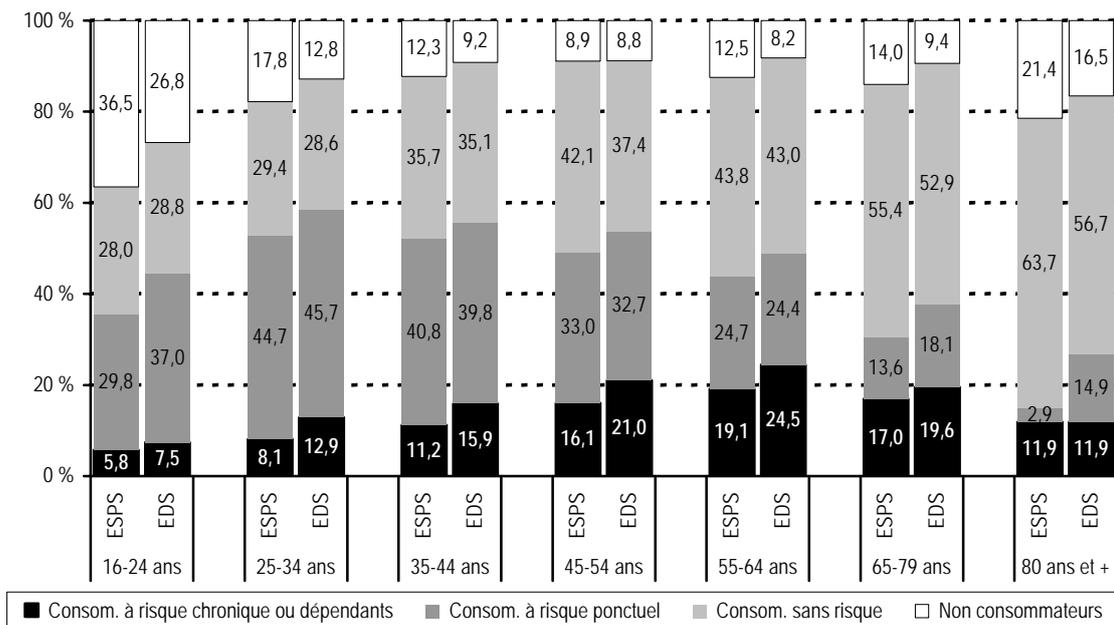
Sans tenir compte des individus inclassés, la prévalence globale des problèmes d'alcoolisation excessive parmi les hommes (risque ponctuel, risque chronique et alcoolodépendance) est de 43 % dans l'ESPS et de 50 % dans l'ES. Cette prévalence varie fortement en fonction de l'âge. C'est entre 25 et 64 ans que la proportion d'individus à risque d'alcoolisation excessive est la plus élevée : entre 44 % et 59 % selon l'enquête. 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 55 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 page 87).

Les différences d'estimation de prévalence d'alcoolisation excessive entre l'ESPS et l'ES sont plus marquées chez les plus jeunes (16-24 ans) et les plus âgés (80 ans et plus).

La part des hommes inclassables n'est pas présentée dans le graphique ci-dessus. Cependant, il faut noter qu'elle ne se répartit pas équitablement selon l'âge et selon l'enquête choisie (cf. page 41). Cette part s'élève à 8,5 % chez les hommes âgés de 65 à 79 ans dans l'ESPS, contre 16,6 % dans l'ES. 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 6
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation par tranche d'âge, dans l'ESPS et l'ES



Sources : ES (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

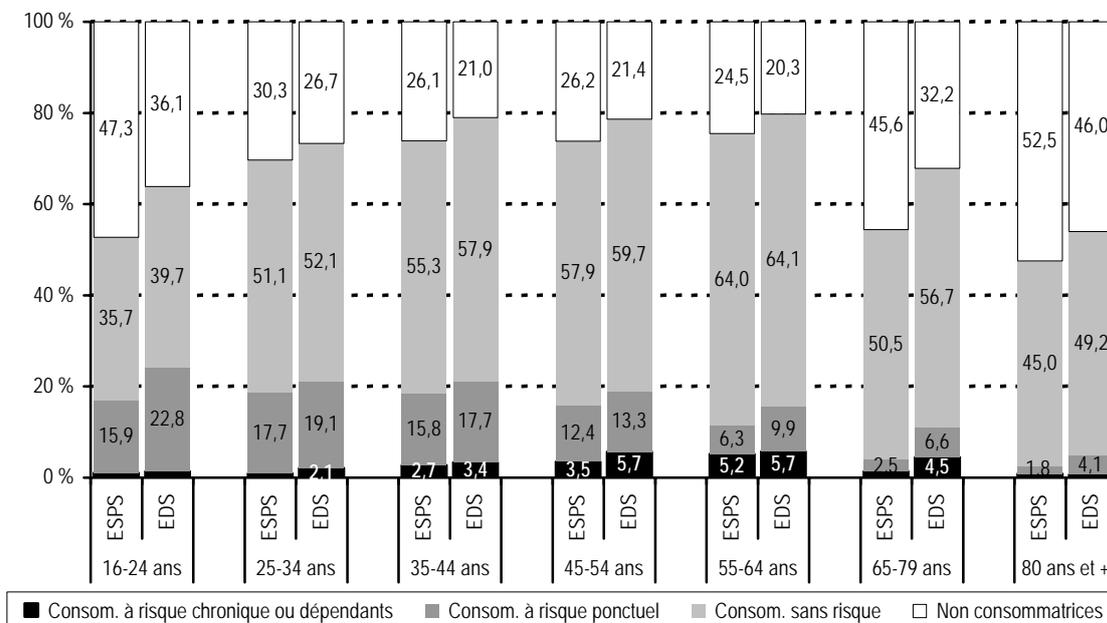
Comparaison des prévalences par tranche d'âge parmi les femmes

Sans tenir compte des personnes inclassables, l'alcoolisation excessive concerne 14 % des femmes dans l'ESPS et 19 % dans l'ES. Chez les femmes, ce problème est donc bien moindre que chez les hommes (43 % dans l'ESPS et 50 % dans l'ES). 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 page 87)).

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. Dans l'ES, la part de femmes n'ayant pu être classées s'élève à 23 % parmi les 65 à 79 ans (10,5 % dans l'ESPS). Elle n'est que de 7 % parmi les femmes âgées de 16 à 24 ans (6 % dans l'ESPS).

Graphique 7
Proportion de femmes (hors inclassables) présentant un risque d'alcoolisation excessive selon l'âge dans l'ESPS et l'ES



Sources : ES (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Comparaison des prévalences selon d'autres caractéristiques

Si l'âge joue un rôle particulier dans le risque d'alcoolisation excessive, chez les hommes mais aussi chez les femmes, d'autres variables sont également corrélées à ce risque. Les tableaux illustrant les répartitions des profils d'alcoolisation, selon les différentes caractéristiques socio-économiques (niveau d'études, occupation, profession et catégorie sociale, etc.), l'indice de masse corporelle, la consommation de tabac et la consommation d'alcool de l'entourage, figurent en Annexe 7.

Ces informations sont exprimées en pourcentage pondéré et ne tiennent pas compte des individus inclassables. Les tableaux montrent des répartitions qui diffèrent entre les deux enquêtes mais ils mettent aussi en évidence des liens entre les profils d'alcoolisation et certaines variables comparables.

Notons que ces données ne sont pas stratifiées selon l'âge. Une comparaison des liens entre caractéristiques socio-économiques et profils d'alcoolisation, corrigée de l'âge, du sexe, de la ZEAT et de la taille du ménage est proposée dans la partie « Liens entre les profils d'alcoolisation et les caractéristiques socio-économiques » page 55.

Suite à cette première comparaison entre l'ESPS et l'ES sur les prévalences d'alcoolisation excessive, nous procédons à une analyse des prévalences des problèmes d'alcoolisation obtenues à partir du test DETA présent dans le questionnaire de l'ES 2002-2003. Plus précisément, nous comparons les trois classifications qu'il nous a été possible de construire à partir des tests AUDIT-C et DETA.

Comparaison des prévalences obtenues à partir de l'AUDIT-C et du DETA, dans l'ES

L'ES a également inséré le test DETA dans les auto-questionnaires destinés aux personnes de 15-17 ans et de 18 ans ou plus. Nous nous sommes donc intéressés à la prévalence globale des problèmes d'alcool estimée par la combinaison des tests AUDIT-C et DETA.

En principe, le test DETA validé, c'est-à-dire sans référence des douze derniers mois et portant donc sur la vie entière, doit logiquement précéder l'AUDIT-C afin de repérer tous les individus ayant ou ayant eu un problème d'alcoolisation excessive à un moment quelconque de leur vie. L'adjonction au DETA de l'AUDIT-C validé portant lui sur les 12 derniers mois, permet de repérer les consommateurs actuels et, le cas échéant, les anciens buveurs.

Dans le cas de l'ES 2002-2003, le test AUDIT-C étant soumis en premier, les non-consommateurs actuels sont invités à ne pas répondre au DETA qui suit, ce qui soustrait la possibilité de repérer d'éventuels anciens buveurs devenus abstinents. De plus, en indiquant une période de référence correspondant aux seuls 12 derniers mois pour le DETA, les actuels consommateurs ayant modéré leur consommation ne sont pas non plus repérables, sauf exception : en effet, le fait d'avoir omis la référence des 12 derniers mois pour les questions de l'AUDIT-C peut inciter certains individus à ne considérer que le dernier mois ou le dernier trimestre pour la déclaration des quantités d'alcool bues, ce qui introduit alors un petit délai avec la période de référence indiquée pour le DETA. Le fait de se référer probablement à une période plus courte du fait de l'omission des douze derniers mois est corroboré par le grand nombre de non-consommateurs comptabilisés qui, comme déjà dit plus haut, inclut vraisemblablement des consommateurs très occasionnels. Alors, la différence de résultat entre les tests peut tenir, non seulement à la nature des questions posées (le DETA ciblant des comportements à risque lourd et l'AUDIT-C imposant une quantité seuil de consommation relativement basse), mais aussi aux périodes de référence comprises par la personne qui répond.

Cependant, la combinaison des deux tests tels qu'ils sont posés dans l'ES apporte des éléments nouveaux dans la compréhension du comportement d'alcoolisation de la personne. Elle affine le classement des individus selon leurs comportements d'alcoolisation par deux moyens :

- D'une part, elle permet une double détection des problèmes d'alcoolisation excessive : un individu peut être considéré à risque d'alcoolisation excessive s'il présente un usage à risque selon l'un ou l'autre des deux tests. Le classement dans les profils d'alcoolisation définis plus haut et obtenu par le seul filtre de l'AUDIT-C se trouve ainsi parfois modifié : certains individus inclassables peuvent être classés et, pour les individus déjà classés, l'éventuel reclassement n'intervient alors que vers un profil à risque supérieur.
- D'autre part, parmi les seuls consommateurs, si l'on observe finement le croisement des classements opérés, les comportements de consommation d'alcool se distinguent de façon plus précise.

Ainsi, en associant les résultats de ces deux tests, nous obtenons les résultats suivants (Cf. Tableau 4). Sur l'ensemble de la population, 4 individus sur 10 inclassables selon l'AUDIT-C seul peuvent être classés. Les individus inclassables passent de 2 420 selon l'AUDIT-C seul (environ 11 % des individus étudiés) à 1 402 (soit environ 6 %) selon l'AUDIT-C

précisé par le DETA et si l'on se contente de profils agrégés en 5 postes.

- Les éléments de réponse du DETA ajoutés à ceux de l'AUDIT-C n'apportent qu'une augmentation minime du nombre de buveurs à risque d'alcoolisation excessive (y compris alcoolodépendance) : 7 578 (=7 232+346, soit 31 % de l'échantillon) au lieu de 7 249 (=5 128+1 850+271, soit 30 % de l'échantillon) avec l'AUDIT-C seul.
- Inversement, si l'on part du classement selon le DETA seul, ce test ciblant des comportements à risque lourd, on ne repère que 6 % des consommateurs à risque ou alcoolodépendants (1 458+105=1 563) ; l'adjonction des éléments de réponse à l'AUDIT-C, qui base la notion de risque sur les seuils de consommation de l'OMS qui sont relativement bas, élargit alors la part de consommateurs à risque chronique (y compris alcoolodépendance) à près de 10 % (1 997+346=2 343), et même à plus de 31 % si l'on intègre le risque ponctuel (5 164 individus).

Tableau 4
Profils d'alcoolisation obtenus par conjugaison des deux tests AUDIT-C et DETA dans l'ES

	Classement selon l'AUDIT-C seul en 7 postes dans l'ES							Total
	Non conso.	Consommateurs sans risque		Consommateurs à risque		Alcoolodépendants	Inclassables	
		occasionnels	réguliers	ponctuel	chronique			
Effectifs	4 197	5 805	4 474	5 128	1 850	271	2 420	24 145
% pondérés	17,8 %	23,7 %	17,6 %	21,7 %	7,4 %	1,1 %	10,7 %	100 %

	Classement selon le DETA seul en 4 postes dans l'ES					Total
	Consommateurs sans risque	Consommateurs à risque	Alcoolodépendants	Inclassables		
Effectifs	20 636	1 458	105	1 946	24 145	
% pondérés	85,1 %	5,9 %	0,4 %	8,6 %	100 %	

	Reclassement selon l'AUDIT-C avec précisions du DETA en 7 postes dans l'ES							Total
	Non consommateurs	Consommateurs sans risque		Consommateurs à risque		Alcoolodépendants	Inclassables	
		occasionnels	réguliers	ponctuel	chronique			
Effectifs	4 197	5 747	4 283	5 164	1 997	346	2 411	24 145
% pondérés	17,8 %	23,4 %	16,8 %	21,7 %	8,2 %	1,4 %	10,7 %	100 %

	Reclassement selon l'AUDIT-C avec précisions du DETA en 5 postes dans l'ES					Total
	Non consommateurs	Consommateurs sans risque	Consommateurs à risque	Alcoolodépendants	Inclassables	
Effectifs	4 197	10 968	7 232	346	1 402	24 145
% pondérés	17,8 %	45,0 %	29,5 %	1,4 %	6,3 %	100 %

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

De plus, parmi les seuls 16 984 consommateurs, le croisement des réponses aux deux tests apporte des précisions supplémentaires (Cf. Tableau 5).

- Pour une partie des consommateurs d'alcool, les réponses aux deux tests sont totalement concordantes si l'on se réfère à une classification agrégée (consommateurs sans risque d'un côté, avec risque chronique de l'autre). Environ 55 % des consommateurs (5 464+4 164=9 628) sont considérés sans risque d'alcoolisation excessive par les deux tests. A l'opposé, 4,1 % des consommateurs (554+142=696 individus) sont considérés à risque d'alcoolisation excessive et chronique par les deux tests. Cette population, positive en termes de quantités bues et de perception d'un problème vis-à-vis de l'alcool, serait intéressante à étudier en soi car elle semble s'approcher de la notion d'alcoolodépendance ou du moins du risque lourd ; en échappent toutefois les personnes qui sont dans le déni, phénomène possible chez les alcoolodépendants : en effet, les personnes repérées ici reconnaissent un problème d'alcool à travers leurs déclarations.
- Par contre, il y a discordance entre les résultats des deux tests pour une partie des consommateurs d'alcool. Quelques rares consommateurs sans risque selon l'AUDIT-C seul (58+191=294 individus soit 1,5 % des consommateurs) sont reclassés en consommateurs à risque par le DETA : sans doute boivent-ils de faibles quantités d'alcool mais ils déclarent une perception au-delà d'un risque raisonnable pour eux ; il peut s'agir de per-

sonnes auxquelles un médecin a conseillé de moindres quantités que les seuils OMS du fait de leur état de santé, ou de personnes ayant diminué récemment leur consommation notamment sous la pression de leur entourage. Inversement, une population plus importante de consommateurs sans risque selon le DETA seul est reclassée à risque d'alcoolisation excessive par l'AUDIT-C (1 258+122=1 380 individus, soit 8,4 % des consommateurs) : il s'agit cette fois de personnes qui ne déclarent pas de perception de problèmes d'alcool au sens du DETA mais qui déclarent pourtant des quantités d'alcool bues au-delà des seuils OMS définis pour le risque chronique ; cela peut s'expliquer par le déni relatif des problèmes engendrés ou parce que le problème n'est pas perceptible malgré les quantités bues, et/ou parce que les personnes n'ont pas connaissance ou conscience de ces seuils.

- Entre les profils sans risque et les profils à risque chronique, l'AUDIT-C est plus sensible et repère également les risques uniquement ponctuels en tant que tels. Plus de 30 % des consommateurs (soit 5 034 individus) sont dans ce cas, dont seulement 554 sont étiquetés à risque par le DETA (3,2 % des consommateurs) ; la grande majorité ne le sont pas (4 491, soit 27,3 % des consommateurs) car le risque ponctuel qu'ils déclarent au sens de l'AUDIT-C (des consommations épisodiques de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion) n'est pas perçu comme un problème par eux-mêmes ou par leur entourage, à moins qu'ils ne soient dans le déni.

Tableau 5
Distinction de comportements d'alcoolisation plus fins parmi les consommateurs d'alcool en conjuguant les deux tests AUDIT-C et DETA dans l'ES

AUDIT-C	DETA		Total			
	Consommateurs sans risque	Consommateurs à risque				
Consommateurs occasionnels sans risque	5 464	32,0 %	58	0,4 %	5 522	32,4 %
Consommateurs réguliers sans risque	4 164	23,6 %	191	1,1 %	4 355	24,7 %
Consommateurs à risque ponctuel	4 491	27,3 %	543	3,2 %	5 034	30,5 %
Consommateurs à risque chronique	1 258	7,6 %	554	3,2 %	1 812	10,8 %
Alcoolodépendants	122	0,8 %	142	0,9 %	264	1,6 %
Total	15 496	91,3 %	1 488	8,7 %	16 984	100,0 %

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Dans la perspective d'une étude plus fine des risques, l'apport du DETA sur l'AUDIT-C, tels que posés dans l'ES 2002/2003, est surtout de permettre la sélection des individus étiquetés à risque chronique (y compris alcoolodépendants) par les deux tests, soit 4 % des consommateurs, cette population étant plus proche du risque lourd voire de l'alcoolodépendance. Il n'en reste pas moins que le déni et la sous-estimation de certaines personnes présentant de réels risques non détectés ici, ou *a contrario* la plus grande sincérité de certaines personnes déclarant des perceptions négatives de leur comportement quand bien même elles ne boivent pas au-delà des seuils admis, introduit un biais qu'il n'est pas possible d'éviter.

Synthèse

En résumé de cette partie sur l'impact de la méthode de recueil sur les prévalences des différents profils d'alcoolisation, voici deux graphiques (Cf. Graphique 8 et Graphique 9). Le premier concerne les hommes et le second les femmes. Ils indiquent les différentes estimations de prévalence selon l'une ou l'autre des deux enquêtes et selon que l'on se réfère à l'AUDIT-C seul ou à l'AUDIT-C combiné au DETA.

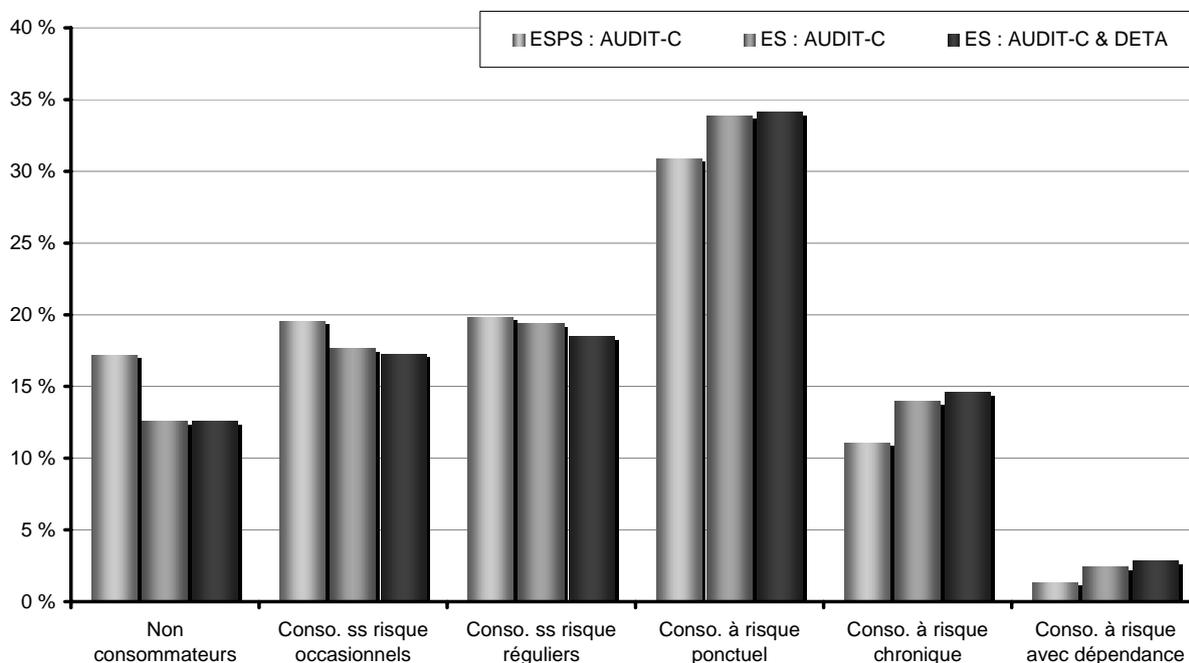
L'omission de la référence aux douze derniers mois dans l'AUDIT-C entraîne le classement de certains consommateurs très occasionnels parmi les non-consommateurs, chez les hommes comme chez les femmes, d'où leur grande proportion (autour de 15 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes).

La décomposition de la 2^e question dans l'ES est la cause principale de la prévalence plus élevée des consommateurs à risque tant ponctuel que chronique dans l'ES que dans l'ESPS.

L'apport du DETA dont la période de référence est restreinte aux douze derniers mois, adjoint à l'AUDIT-C modifié, reste marginal sur la répartition des prévalences des différents profils d'alcoolisation.

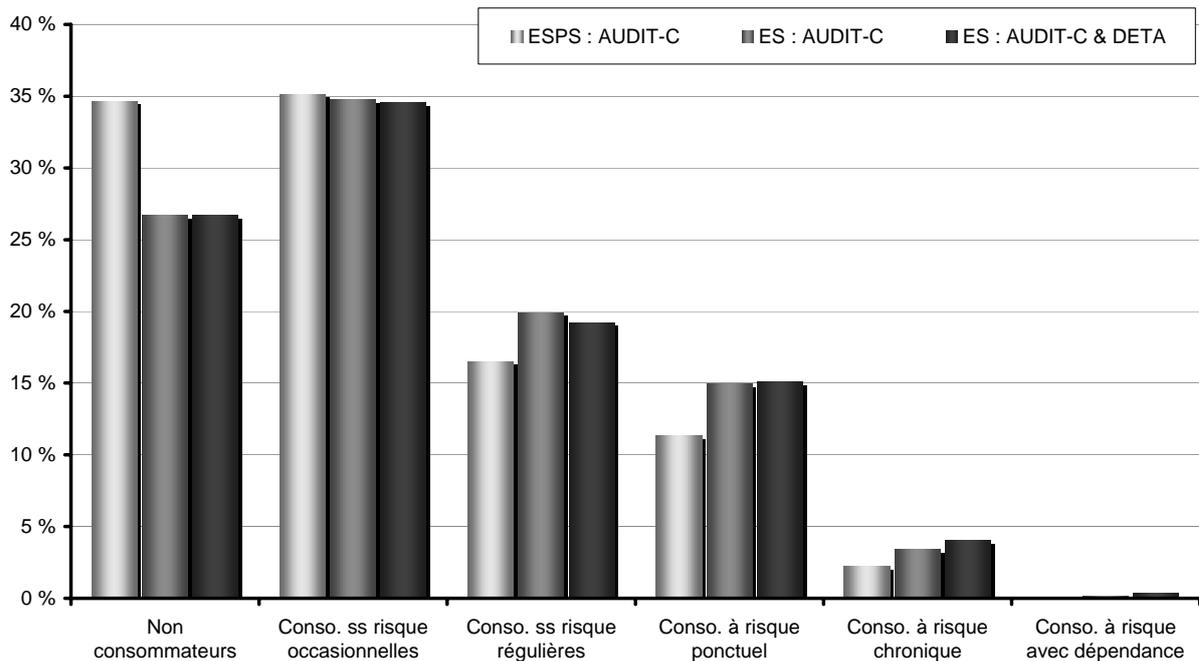
La prévalence du risque ponctuel chez les hommes dépasse largement 30 % tous âges confondus et celle du risque chronique se situe entre 10 et 15 %, l'ES fournissant toujours des prévalences supérieures du risque d'alcoolisation excessive. Les consommateurs sans risque se partagent équitablement entre la consommation occasionnelle et régulière (autour de 18 % chacune).

Graphique 8
Prévalences globales des problèmes d'alcoolisation chez les hommes dans l'ESPS et l'ES



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Graphique 9
Prévalences globales des problèmes d'alcoolisation chez les femmes dans l'ESPS et l'ES



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

La prévalence du risque ponctuel chez les femmes est bien plus faible que chez les hommes et se situe entre 10 et 15 %, celle du risque chronique est même rare, autour de 3 %, tous âges confondus. Si la consommation régulière sans risque avoisine celle des hommes, la consommation occasionnelle sans risque atteint près de 30 % (soit près du double de celle des hommes).

Au total, si l'AUDIT-C seul donne des prévalences légèrement plus importantes du risque d'alcoolisation excessive dans l'ES, c'est surtout du fait de la décomposition de la deuxième question dans l'ES, mais cette décomposition n'est pas valide et biaise donc les résultats. Le risque ponctuel d'alcoolisation excessive est augmenté tant chez les hommes que chez les femmes, mais le risque chronique l'est essentiellement chez les hommes du fait de la plus grande variété des boissons qu'ils consomment. Par contre, l'adjonction à l'AUDIT-C du test DETA se référant aux seuls douze derniers mois dans l'ES²⁶ n'augmente pas de façon importante les prévalences de l'alcoolisation excessive mais permet d'affiner l'algorithme.

²⁶ Rappelons qu'il serait plus judicieux de mettre le DETA avant l'AUDIT-C pour diminuer le nombre de non-répondants au DETA ; de plus, le respect des périodes de référence temporelles indiquées dans les tests validés permettrait de repérer les anciens buveurs excessifs actuellement sans risque ou non consommateurs.

Liens entre les profils d'alcoolisation et les caractéristiques socio-économiques

Dans la partie précédente, nous avons comparé la prévalence des problèmes d'alcool entre les deux enquêtes selon différentes caractéristiques en redressant les échantillons à l'aide de pondérations. Pour compléter cette analyse et affiner la comparaison entre les profils d'alcoolisation obtenus à partir de l'ESPS et de l'ES, nous cherchons à vérifier que nous retrouvons des corrélations identiques entre ces profils et des variables socio-économiques communes aux deux enquêtes. Les caractéristiques étudiées sont les suivantes : niveau d'études, occupation, profession et catégorie sociale, revenus, type de ménage et taille de l'unité urbaine, indice de masse corporelle, consommation de tabac et consommation d'alcool de l'entourage (cf. Annexe 5).

Méthode d'analyse

Plusieurs études ont montré que des liens importants existent entre les caractéristiques socio-économiques et la consommation d'alcool (INSERM Expertise collective, 2003). Pour approfondir l'analyse nous comparons donc, entre les deux enquêtes, les corrélations entre profils d'alcoolisation et variables socio-économiques dans des analyses multivariées. Pour cela nous contrôlons dans chaque échantillon des effets de l'âge, du sexe et des deux variables qui non seulement interviennent dans la structure des échantillons mais dont on sait de plus qu'elles sont elles-mêmes liées à la consommation d'alcool. Il s'agit de la ZEAT et du type de ménage. Pour chacune des variables socio-économiques choisies, on mesure l'impact sur la probabilité d'appartenir à chacun des profils d'alcoolisation retenus, contrôlé des quatre variables de contrôle décrites ci-dessus, et on vérifie que cet impact est identique dans les deux échantillons.

Notons ici que ces analyses apportent aussi des premiers éléments sur les différences sociales de profils d'alcoolisation, qui seront développés dans un prochain travail.

Pour cette comparaison, nous nous basons sur le classement commun entre les deux enquêtes, c'est-à-dire celui construit uniquement à partir des 3 questions de l'AUDIT-C. Nous ne tenons pas compte de la précision apportée par le DETA. De plus, on utilise essentiellement le regroupement des profils d'alcoolisation en 4 profils de risque (non-consommateurs, consommateurs sans risque, à risque ponctuel et à risque chronique), mettant l'accent sur la progression du risque, l'intérêt principal portant sur le risque d'alcoolisation excessive.

Nous avons choisi de modéliser le niveau d'alcoolisation selon trois modèles logistiques conditionnels successifs, méthode dite « en escalier » (Cf. Encadré 3). Tout d'abord, la non-consommation étant beaucoup moins fréquente que la consommation, nous préférons expliquer la probabilité d'être non-consommateur plutôt que celle d'être consommateur. Puis, parmi les consommateurs, nous étudions la probabilité d'être consommateur à risque et, enfin, parmi ces derniers, la probabilité d'être consommateur à risque chronique (alcoolodépendant y compris). Le schéma 4 résume ces trois étapes (page 57).

Remarquons que nous avons renoncé à modéliser une étape supplémentaire : alcoolodépendance *versus* consommation à risque chronique. En effet, le nombre d'alcoolodépendants étant faible, la taille réduite du sous-échantillon nous a contraints à élargir cette classe en y incluant les buveurs à risque chronique. De plus, le test AUDIT-C n'est pas fait pour repérer clairement l'alcoolodépendance qui ne peut être qu'un diagnostic clinique.

Encadré 3 Méthodologie

Dans chaque enquête, nous mesurons le lien entre la consommation d'alcool et une variable socio-économique, à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables. Pour ce faire, 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 dichotomique), 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 alcoolodépendance) 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 effec-

tuées 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 :

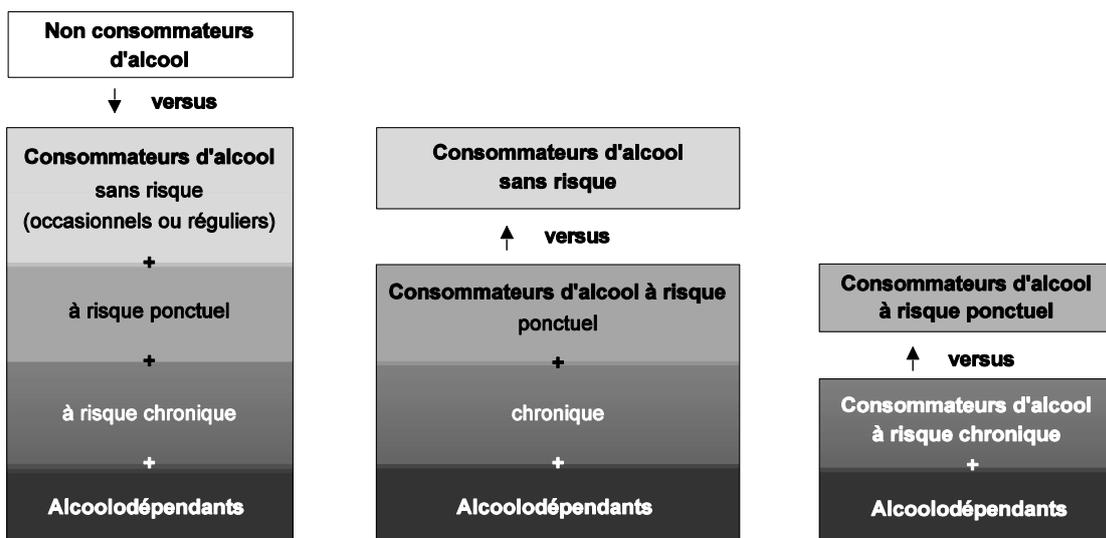
- consommation *versus* non consommation d'alcool ;
- consommation d'alcool à risque *versus* consommation d'alcool sans risque parmi les consommateurs d'alcool ;
- consommation à risque chronique (y compris alcoolodépendance) *versus* consommation à risque ponctuel parmi les consommateurs classés à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

Schéma 4
Modélisation « en escalier »



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee).

Dans chacun des deux échantillons retenus, nous implémentons trois modèles successifs pour chacune des variables socio-économiques sélectionnées, en contrôlant par l'âge croisé avec le sexe et par des variables ayant un effet sur l'échantillonnage, c'est-à-dire distribuées différemment dans les deux échantillons bruts, à savoir la ZEAT (Zone d'Etudes et d'Aménagement du Territoire) et la taille du ménage. Les caractéristiques socio-économiques retenues pour cette analyse comparative sont le niveau d'études, l'occupation, la catégorie socioprofessionnelle, la composition du ménage et la taille de l'unité urbaine (variables et modalités décrites en Annexe 6). Nous retenons également la consommation d'alcool à risque de l'entourage de la personne interrogée, ainsi que deux facteurs de risque pour la santé, la consommation de tabac et les problèmes de poids exprimés selon l'indice de masse corporelle²⁷.

Nous avons ensuite réalisé, pour chacune des variables sociodémographiques retenues, une comparaison des résultats obtenus dans les deux enquêtes. Notre méthode consiste à comparer les valeurs des odds-ratios, ainsi que leurs intervalles de confiance à 95 %, obtenus à partir de l'estimation de modèles LOGIT dichotomiques (Cf. Encadré 3).

Résultats

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous mesurons les liens entre chaque variable socio-économique retenue dans cette étude et les quatre niveaux d'alcoolisation, en contrôlant les effets de l'âge, du sexe, et les effets de structure démographique dus aux différences de plan de sondage des deux enquêtes : ZEAT et taille de ménage.

Les résultats obtenus sont présentés sous forme de graphiques : chaque graphique représente les liens observés entre une des variables socio-économiques et les niveaux d'alcoolisation. Ces liens sont corrigés de l'âge, du sexe, de la ZEAT et de la taille de ménage mais pour une question de lisibilité ces quatre variables de contrôle n'apparaissent pas sur les différents graphiques.

²⁷ Selon des critères médicaux, l'indice de masse corporelle (IMC = Poids / Taille²) est considéré normal entre 20 et 25 kg/m² ; en-deçà de 20 il y a maigre, entre 25 et 30 surpoids et au-delà obésité.

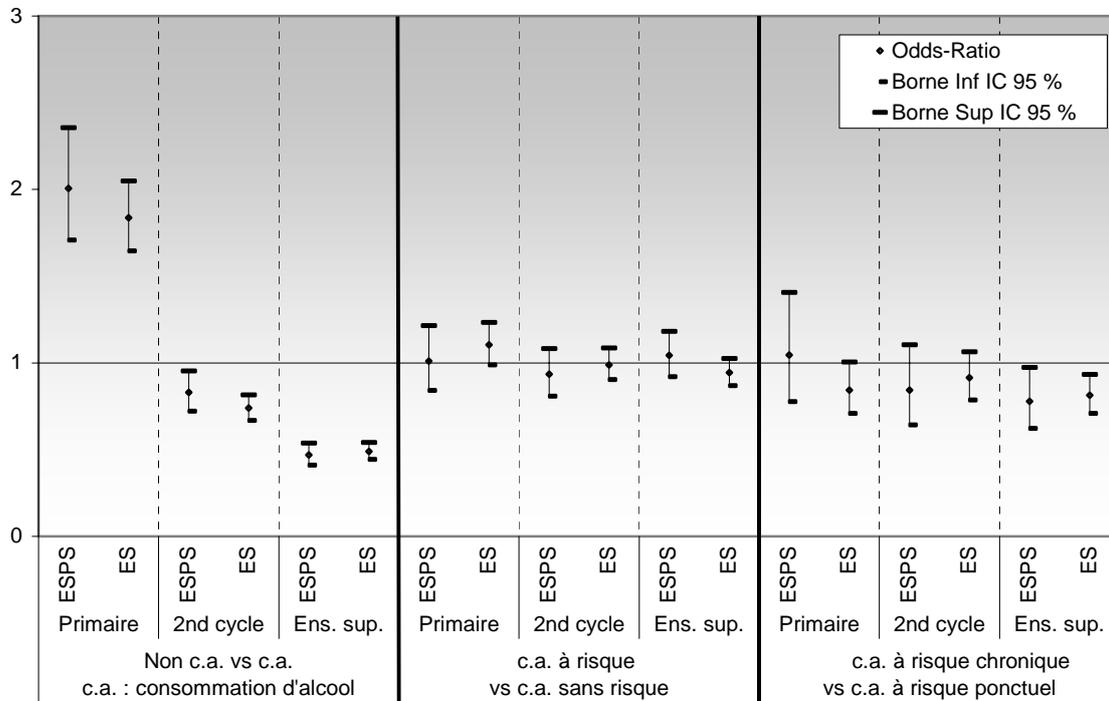
Liens entre les profils d'alcoolisation et le niveau d'éducation

Le Graphique 10 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et le niveau d'éducation dans les trois modèles dichotomiques successifs, avec le niveau de scolarité primaire comme modalité de référence. Nous pouvons remarquer la ressemblance des résultats entre les deux enquêtes.

À chaque étape de la modélisation, les odds-ratios observés pour chaque modalité de la variable se re-

couvrent en grande partie, indiquant des effets comparables entre les deux enquêtes. On observe notamment dans les deux échantillons : d'abord un fort gradient positif entre le niveau d'éducation et la probabilité de déclarer consommer de l'alcool ; puis, parmi les consommateurs d'alcool, aucun effet significatif du niveau d'éducation sur la probabilité d'être à risque d'alcoolisation excessive ; enfin, parmi les consommateurs à risque, un effet « protecteur » des études supérieures sur la probabilité de présenter un risque chronique.

Graphique 10
Liens entre les profils d'alcoolisation et le niveau d'éducation
 à âge, sexe, taille du ménage et ZÉAT comparables
 Référence : 1^{er} cycle, CAP, BEP



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Guide de lecture : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

Liens entre les profils d'alcoolisation et la catégorie socioprofessionnelle

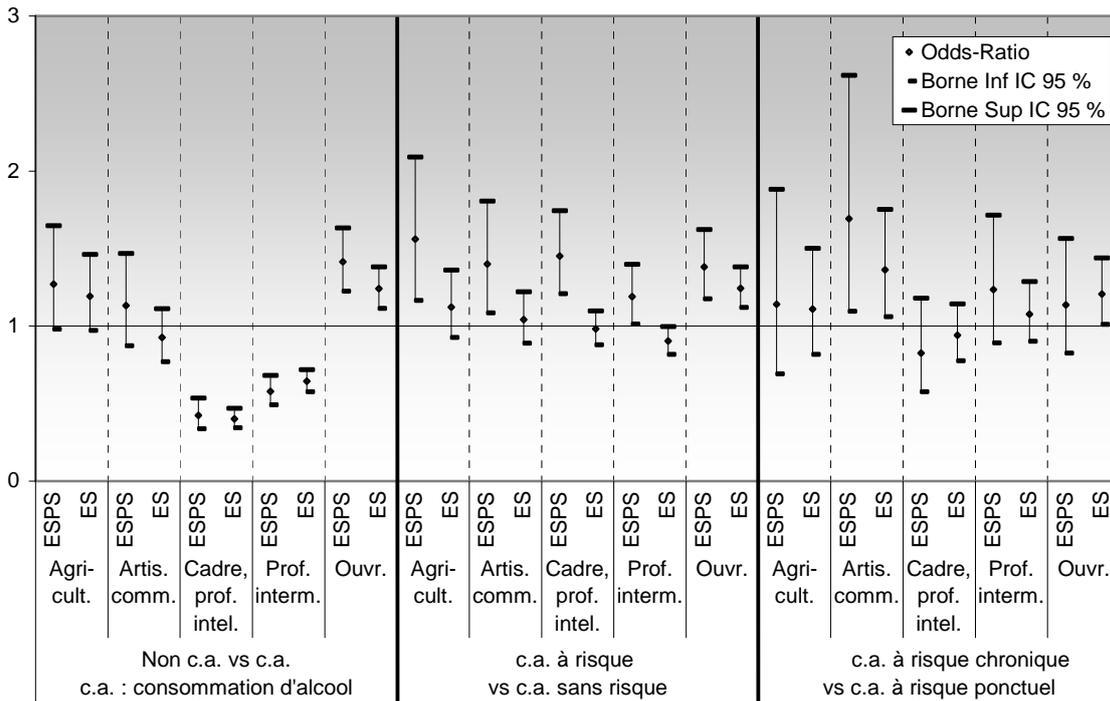
Le Graphique 11 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et la catégorie socioprofessionnelle dans les trois modèles dichotomiques successifs, avec les employés comme modalité de référence. Les résultats entre les deux enquêtes sont comparables dans le cas des premier et troisième modèles mais nous notons des effets différents dans le cas du second modèle.

Selon les deux enquêtes, les cadres et les professions intermédiaires ont une probabilité plus faible de déclarer être non-consommateurs que les employés. A l'inverse, les ouvriers ont une probabilité plus forte de déclarer être non-consommateurs que les employés.

Parmi les consommateurs, la distinction entre consommateurs à risque et sans risque est nettement associée à la catégorie professionnelle mais cette association diffère selon l'enquête. Dans l'ESPS, les employés sont moins souvent consommateurs à risque que les individus appartenant aux autres catégories professionnelles. Dans l'ES, seuls les ouvriers se distinguent des autres professions : ils sont significativement plus nombreux que les employés à être consommateurs à risque.

Enfin, les résultats des deux enquêtes montrent que, parmi les consommateurs à risque, les artisans/commerçants ont une probabilité significativement plus forte d'être consommateurs à risque chronique que les employés.

Graphique 11
Liens entre les profils d'alcoolisation et la catégorie socioprofessionnelle
à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables
 Référence : employés



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Guide de lecture : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

Liens entre les profils d'alcoolisation et l'occupation principale

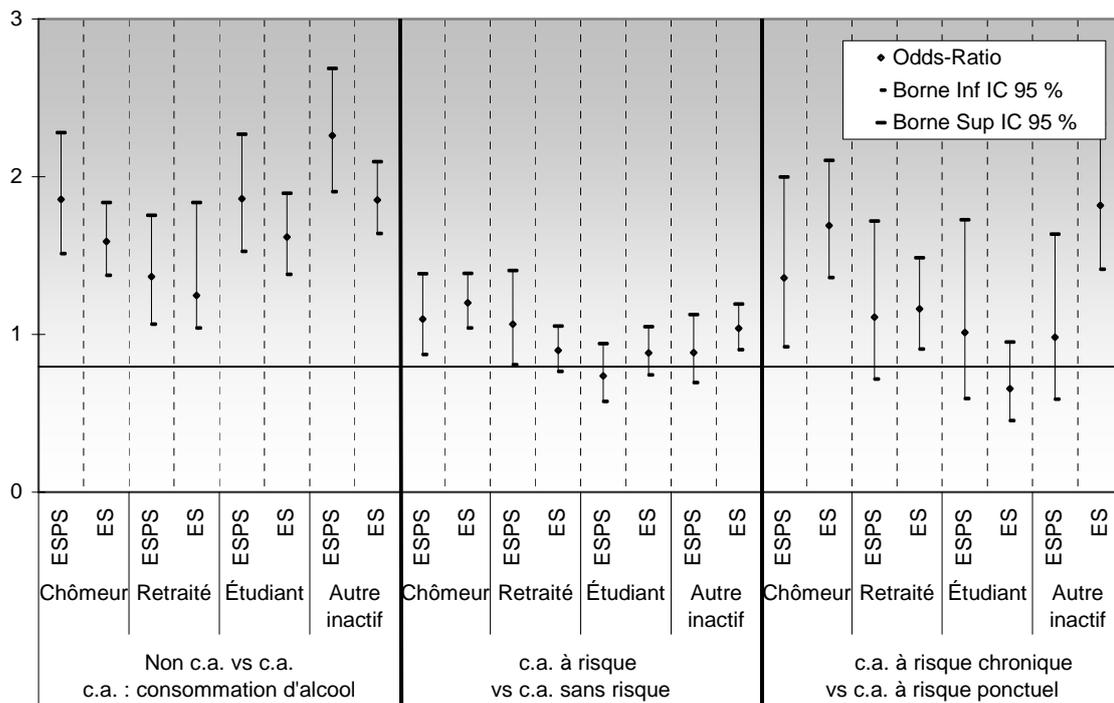
Le Graphique 12 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et l'occupation principale dans les trois modèles dichotomiques successifs, avec les actifs occupés comme modalité de référence. Les résultats entre les deux enquêtes sont comparables dans le cas des deux premiers modèles mais nous notons des effets différents dans le cas du troisième modèle.

Les deux enquêtes montrent que les chômeurs, les étudiants et les « autres » inactifs déclarent plus souvent être non-consommateurs que les actifs occupés.

Nous observons que l'occupation professionnelle des individus qui déclarent consommer de l'alcool n'est pas significativement liée au fait d'être consommateur à risque d'alcoolisation excessive, à l'exception d'un effet du fait d'être étudiant dans l'ES : les étudiants sont moins souvent consommateurs à risque que les actifs occupés.

Enfin, dans le troisième modèle, nous n'observons aucun effet significatif de l'occupation professionnelle sur le risque chronique parmi l'ensemble des consommateurs à risque, alors que dans l'ES, le risque chronique est plus fréquent chez les chômeurs et les « autres » inactifs que chez les actifs occupés, et moins fréquent chez les étudiants.

Graphique 12
Lien entre les profils d'alcoolisation et l'occupation principale
à âge, sexe, taille du ménage et ZÉAT comparables
 Référence : actifs occupés



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

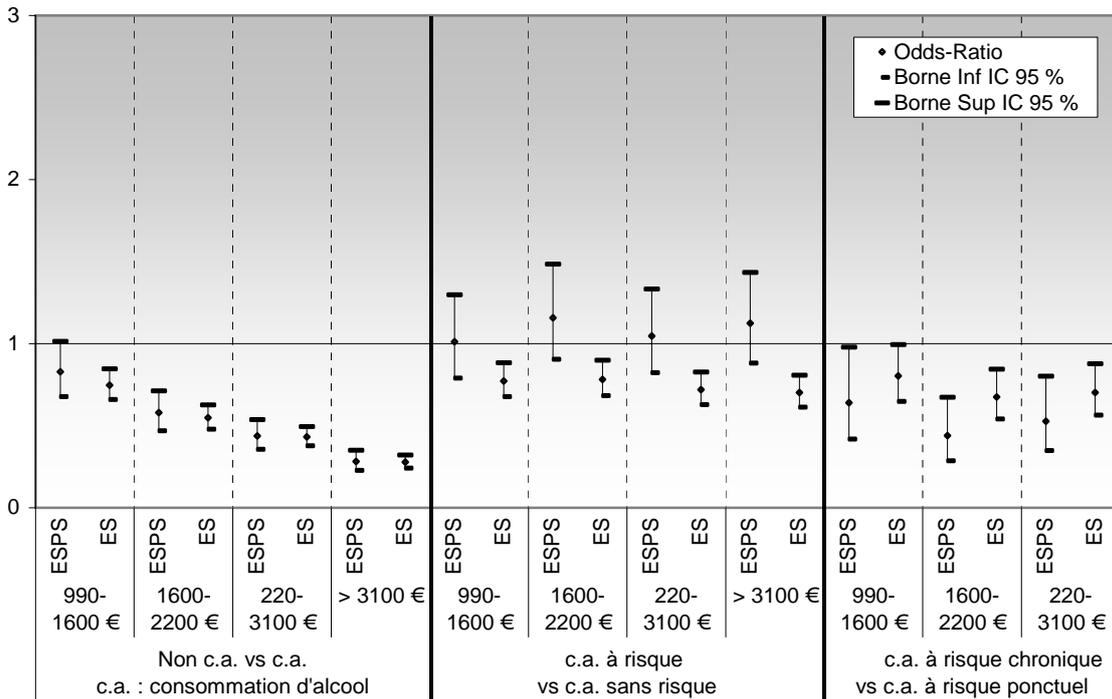
Guide de lecture : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

Liens entre les profils d'alcoolisation et le revenu

Les différences de consommation d'alcool selon le revenu total du ménage sont assez comparables dans les deux enquêtes (cf. Graphique 13). On remarque tout d'abord que la probabilité d'être non consommateur d'alcool est strictement décroissante avec le niveau de revenu. Parmi les consommateurs, le revenu est faiblement associé à la probabilité d'être consom-

mateur à risque, même si l'on observe que les personnes disposant d'un revenu supérieur à 990 € par mois ont un risque légèrement plus faible dans l'ES de boire excessivement que les autres catégories. Parmi les consommateurs à risque, on remarque enfin que la probabilité d'être consommateur à risque chronique semble décroître avec le niveau de revenu.

Graphique 13
Lien entre les profils d'alcoolisation et le revenu total net du ménage à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables
 Référence : moins de 990 € mensuels



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Guide de lecture : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

Liens entre les profils d'alcoolisation et les facteurs de risque : tabac et BMI

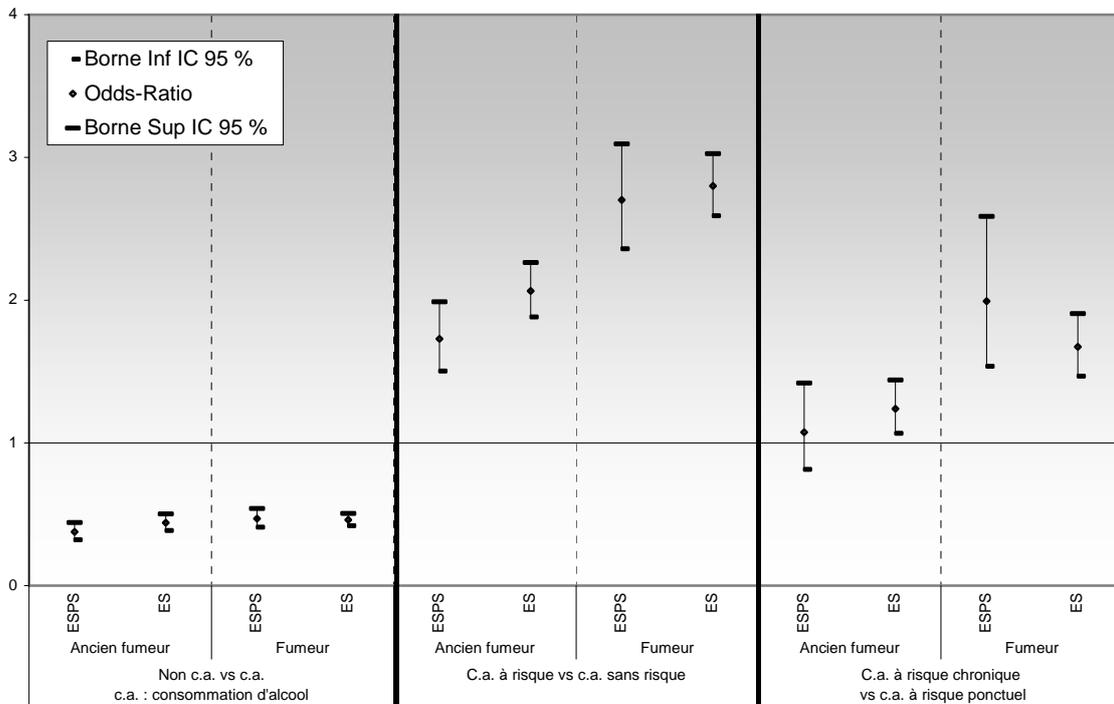
Le Graphique 14 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et la consommation de tabac dans les trois modèles dichotomiques successifs, avec les non-fumeurs comme modalité de référence. Les résultats entre les deux enquêtes sont comparables dans le cas des deux premiers modèles mais nous notons des effets différents dans le cas du troisième modèle.

Les deux enquêtes montrent que le fait d'être fumeur ou ancien fumeur diminue significativement la probabilité de déclarer être non-consommateur par rapport au statut de non-fumeur.

Les deux enquêtes montrent de plus que, parmi les consommateurs d'alcool, la probabilité d'être consommateur à risque est significativement plus forte parmi les fumeurs actuels et les anciens fumeurs que parmi les non-fumeurs.

Enfin, dans les deux enquêtes, la probabilité d'être à risque chronique plutôt que ponctuel est significativement plus forte pour un individu qui fume que pour un non-fumeur. Mais si être ancien fumeur a une influence positive sur la probabilité d'être consommateur d'alcool à risque chronique dans les deux enquêtes, cet effet n'est pas significatif dans l'ESPS.

Graphique 14
Liens entre les profils d'alcoolisation et la consommation de tabac
à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables
 Référence : non-fumeur



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Guide de lecture : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

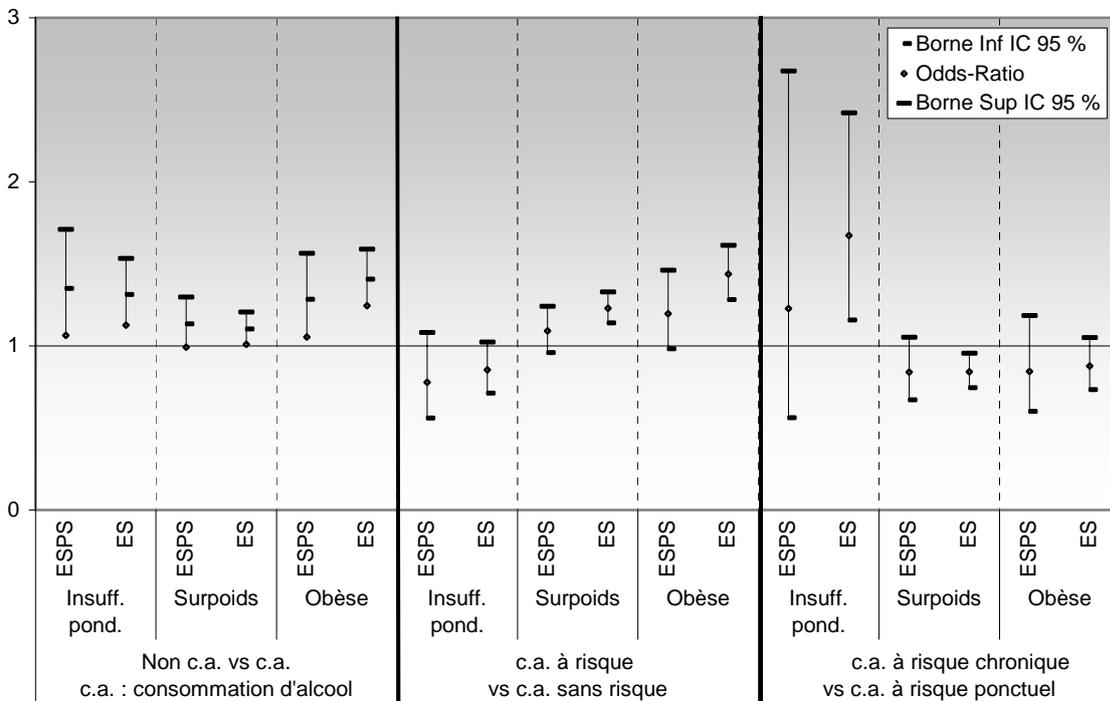
Le Graphique 15 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et les problèmes de poids (avec l'indice de masse corporelle normal comme modalité de référence). Les résultats entre les deux enquêtes sont comparables mais nous notons que certains effets apparaissent significatifs dans l'ES alors qu'ils sont non significatifs dans l'ESPS.

Les deux enquêtes montrent que l'insuffisance pondérale et l'obésité sont plus fréquentes parmi les non-consommateurs d'alcool.

Les deux enquêtes montrent de plus que, parmi les consommateurs d'alcool, la probabilité d'être consommateur à risque est plus forte pour un individu en surpoids ou obèse mais cet effet n'est significatif que dans l'ES.

Enfin, dans les deux enquêtes, la probabilité d'être à risque chronique plutôt que ponctuel est plus forte pour un individu en insuffisance pondérale et plus faible pour un individu en surpoids mais ces effets ne sont significatifs que dans l'ES.

Graphique 15
Liens entre les profils d'alcoolisation et le BMI
à âge, sexe, taille du ménage et ZÉAT comparables
 Référence : IMC normal



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

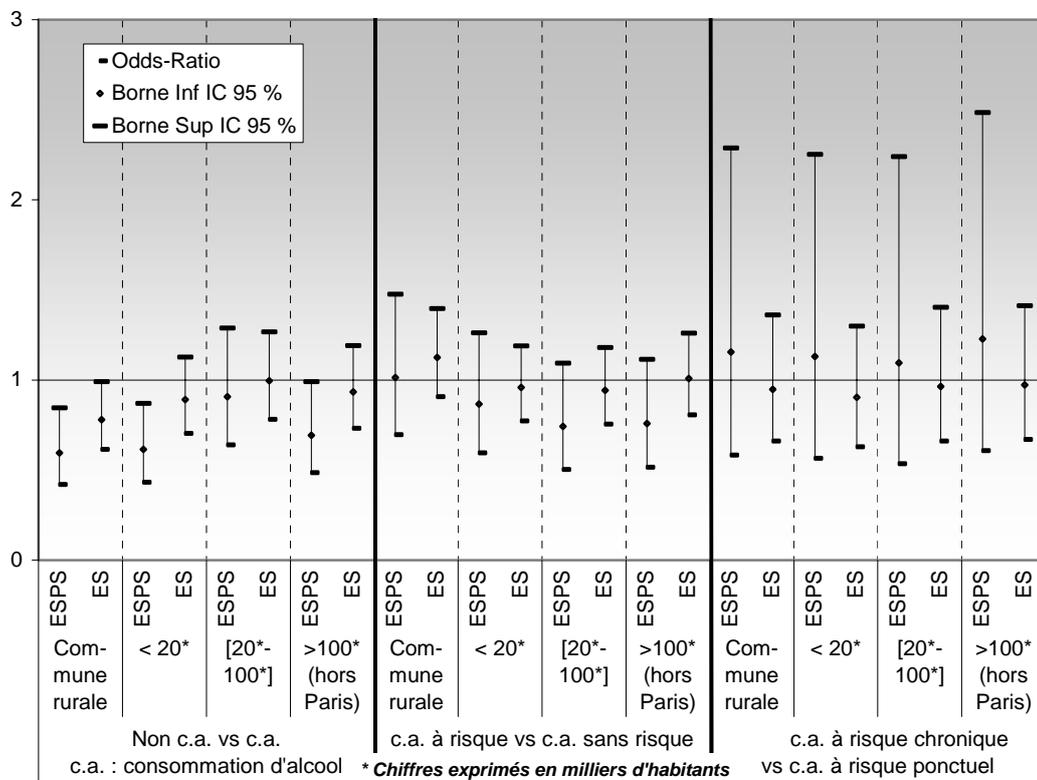
Guide de lecture : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

Liens entre les profils d'alcoolisation et la taille de l'unité urbaine

Le Graphique 16 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et la taille de l'unité urbaine (avec Paris comme modalité de référence). Les résultats entre les deux enquêtes sont comparables mais nous notons que certains effets apparaissent significatifs dans l'ESPS alors qu'ils sont non significatifs dans l'ES.

Dans les deux enquêtes, les odds-ratios estimés ne sont pas significativement différents de la référence, à l'exception des odds-ratios du modèle opposant les non-consommateurs aux consommateurs d'alcool. Dans l'ESPS, les personnes vivant dans des agglomérations de moins de 20 000 habitants ont une probabilité plus faible d'être non consommatrices que les individus vivant à Paris.

Graphique 16
Liens entre les profils d'alcoolisation et la taille de l'unité urbaine
à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables
 Référence : Paris



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Guide de lecture : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

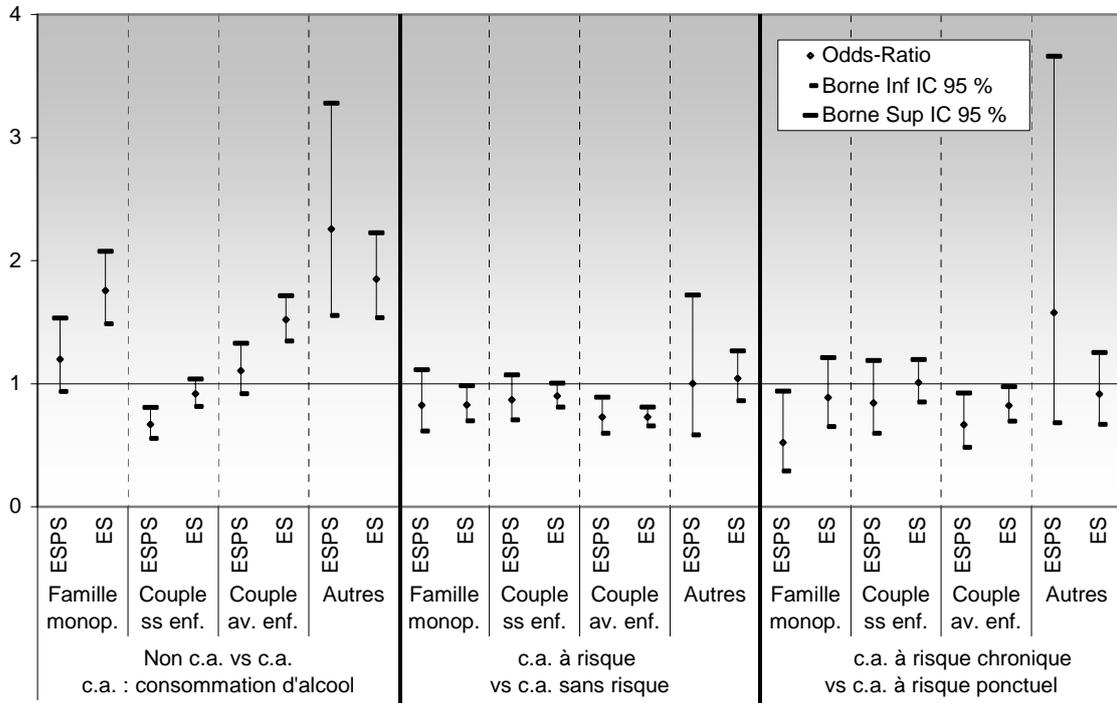
Liens entre les profils d'alcoolisation et le type de ménage

Le Graphique 17 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et le type de ménage dans les trois modèles dichotomiques successifs, avec les individus vivant seuls comme modalité de référence.

Les résultats du premier modèle sont assez peu comparables entre les deux enquêtes. Ainsi, alors que les couples avec enfant(s) ont une probabilité plus forte d'être non consommateur que les personnes vivants seules dans l'ES, ils ont une probabilité plus faible de l'être dans l'ESPS. De même, les personnes vivant dans des familles monoparentales ont une probabilité plus forte d'être non-consommateur que les personnes seules dans l'ES alors ces probabilités ne sont pas significativement différentes dans l'ESPS. Un effet est toutefois identique dans les deux enquêtes : les personnes vivant dans les autres types de ménage ont une probabilité d'être non consommateur toujours plus forte que les personnes vivant seules.

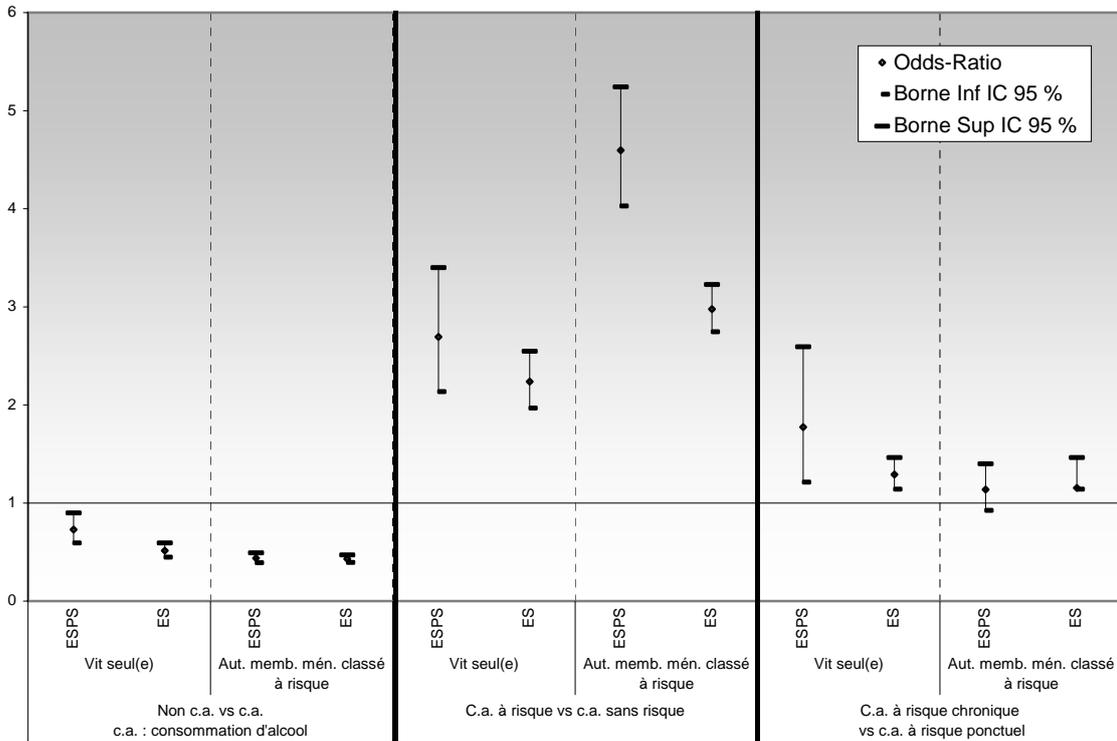
Les résultats des deux modèles suivant sont en revanche assez proches dans les deux enquêtes. Il ressort globalement que parmi les consommateurs d'alcool, les personnes vivant seules ont un risque d'alcoolisation excessive plus élevé que les personnes vivant en couple avec enfant(s), et parmi les consommateurs à risque, d'avoir un usage à risque chronique plutôt que ponctuel. L'analyse plus précise des résultats de ces deux modèles fait toutefois apparaître une différence entre les deux enquêtes. Ainsi, parmi les consommateurs à risque, les personnes vivant en famille monoparentale ont une probabilité significativement plus faible d'être consommateur à risque chronique dans l'ESPS, alors que cet effet n'est pas significatif dans l'ES.

Graphique 17
Liens entre les profils d'alcoolisation et le type de ménage
à âge, sexe et ZEAT comparables
 Référence : individu vivant seul



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Graphique 18
Liens entre les profils d'alcoolisation et la consommation à risque d'alcoolisation excessive de l'entourage
à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables
 Référence : Aucun autre membre du ménage n'est classé à risque d'alcoolisation excessive



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Guide de lecture des graphiques 17 et 18 : Les odds-ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée sont présentés avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Si l'intervalle de confiance de l'odds-ratio inclut la valeur 1, celui-ci n'est pas significatif au seuil de 5 %. Dans le cas contraire, l'association entre la variable expliquée et la modalité est considérée comme significativement positive (intervalle situé en dessous de la valeur 1) ou négative (intervalle situé au-dessus de la valeur 1).

Liens entre les profils d'alcoolisation et la consommation d'alcool de l'entourage

Le Graphique 18 représente les liens entre les variables d'alcoolisation et la consommation à risque d'alcoolisation excessive de l'entourage, avec comme référence les individus appartenant aux ménages dont aucun membre n'est classé à risque d'alcoolisation excessive.

Les résultats entre les deux enquêtes sont comparables. Les personnes dont au moins un autre membre du ménage est consommateur à risque ont une probabilité plus faible d'être non consommatrices et une probabilité plus forte d'être consommatrices à risque par rapport aux personnes appartenant à un ménage dont les membres ne sont pas consommateurs à risque. Dans l'ES, ces personnes ont aussi une probabilité significativement plus forte d'être consommatrices à risque chronique.

Synthèse

Les analyses menées démontrent l'intérêt du test AUDIT-C et la validité de la construction des différents profils d'alcoolisation à partir de l'algorithme proposé et basé sur ce test. En effet, les prévalences des profils d'alcoolisation estimées dans les deux enquêtes sont assez proches. De plus, les effets de la plupart des variables sélectionnées sur les niveaux d'alcoolisation sont très proches entre les deux enquêtes. On remarque notamment des effets identiques du niveau d'éducation, de l'occupation, de la taille de l'unité urbaine, de la consommation d'alcool à risque de l'entourage, de la consommation de tabac et des problèmes de poids. Seule la catégorie professionnelle est associée à des profils différents dans les deux enquêtes : parmi les consommateurs d'alcool, seuls les employés sont moins souvent à risque d'alcoolisation excessive que les autres professions dans l'ESPS, alors que dans l'ES, seuls les ouvriers sont plus souvent consommateurs à risque que les autres.

La robustesse des résultats dans les deux enquêtes permet donc de considérer l'AUDIT-C comme un instrument simple et pratique de repérage des différents profils vis-à-vis de la consommation d'alcool dans les enquêtes en population générale, même si l'on peut encore toutefois soupçonner une sous-estimation de la prévalence des problèmes d'alcoolisation excessive.

Conclusion

Conclusion

En 2002/2003, deux grandes enquêtes en population générale portant sur la santé ont été menées en France : l'Enquête santé et protection sociale 2002 (ESPS) de l'IRDES et l'Enquête Santé 2002/03 (ES) de l'INSEE.

Un test validé de repérage de l'alcoolisation excessive a été introduit dans chacune de ces deux enquêtes : le test AUDIT-C, constitué des trois premières questions de l'*Alcohol Use Disorders Identification Test*.

La concomitance des deux recueils et la similitude des instruments de mesure de la consommation d'alcool nous ont donné l'opportunité de tester la pertinence et la robustesse du test AUDIT-C en population générale, dans le contexte français.

- Une première étape de ce travail méthodologique propose des algorithmes de construction de profils d'alcoolisation progressifs, selon le niveau de consommation d'alcool, en intégrant les normes de l'OMS. A partir de l'AUDIT-C nous élaborons une typologie des risques liés à la consommation d'alcool, en distinguant en particulier l'usage à risque de l'usage à risque chronique.
- Une seconde étape consiste à comparer, entre les deux enquêtes, les prévalences des différents profils d'alcoolisation définis précédemment. Les prévalences de problèmes d'alcool apparaissent proches entre les deux enquêtes. Cette comparaison est complétée par une analyse multivariée confirmant la similitude de l'impact des variables socio-économiques sur les niveaux d'alcoolisation d'une enquête à l'autre.

Les analyses menées démontrent l'intérêt et la stabilité du test AUDIT-C pour construire et analyser des profils d'alcoolisation.

Il faut noter que l'analyse fait apparaître quelques différences entre les deux enquêtes, en particulier une prévalence d'alcoolisation excessive plus élevée dans ES que dans ESPS, cette différence étant plus marquée chez les consommateurs à risque chronique et alcoolo-dépendants. Ces écarts semblent toutefois s'expliquer par la reformulation des trois questions de l'AUDIT-C dans ES.

Au final ce travail démontre que l'introduction de tests de repérage de l'alcoolisation excessive est actuelle-

ment possible et souhaitable dans les enquêtes santé en population générale. Il est à présent envisageable de disposer systématiquement dans ces enquêtes d'un indicateur des problèmes d'alcoolisation en complément des indicateurs de tabagisme ou d'obésité. Ces trois facteurs de risque entraînent des complications morbides telles que cancer, insuffisance respiratoire, hypertension artérielle, etc. Ils représentent des priorités de santé publique qu'il est important de pouvoir mesurer et suivre dans le temps. D'autres tests comme le DETA (ES) ou le FACE (Baromètre Santé) pourraient s'avérer d'intéressants compléments à l'AUDIT-C afin d'affiner les typologies d'alcoolisation.

Les résultats de cette recherche justifient enfin la poursuite des travaux sur l'alcool à partir de ces enquêtes. Une étude actuellement en cours vise à approfondir l'étude des déterminants des différents profils d'alcoolisation. Il est aussi envisagé d'étudier les liens entre consommation à risque d'alcool et état de santé / recours aux soins.

Bibliographie

Bibliographie

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.

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*.

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., Weill J. et al.*, 119-128

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.

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 veteran patient population", *Archives of Internal Medicine* 163(7), 821-829

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.

Canoui-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, Études 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, ESPAD99 France – Tome I*.

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.

Expertise collective Inserm (2003), « Consommations dans différents pays », in "Alcool, Dommages sociaux, Abus et dépendance", 3-32

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., Daeppen J.B.**, "Reliability and utility of the AUDIT for screening alcohol problems in primary health care". *Soumis à publication*
- 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., Baudier F., Gautier A.** (2001), « Baromètre santé 2000 – Résultats », INPES, Volume 2.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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., Kaminiski M., Lang T., *Les Inégalités sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.
- Leclerc A. et al.** (2000), "Les Inégalités Sociales de Santé", *Paris : La Découverte / INSERM.*
- Lustygier V., Cnockaert P., Roland M., Streeel 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.
- 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.
- 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.
- Ruchon F.** (2004), "Descriptif des variables de l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2002", *IRDES Biblio* n°1509TR.
- Rueff B., Crnac J. et Darne B.** (1989), "Dépistage des malades "alcoolistes" par l'auto-questionnaire systématiques 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.

Yersin B. (1999), "Les questionnaires de dépistage en alcoologie", *Alcoologie* 21(3), 397-401.

"L'alcool à chiffres ouverts" (1997) sous la direction de Got C. et Weill J., *Editions Seli Arslan*.

Annexe 1

Le questionnaire AUDIT 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.



7 cl d'apéritif à 18° 2,5 cl de brandy à 45° 10 cl de champagne à 12° 25 cl de cidre à 5° 2,5 cl de whisky à 45° 2,5 cl de port à 45° 25 cl de bière à 5° 10 cl de vin rouge ou blanc à 12°

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

Comparaison des réponses aux trois questions de l'AUDIT-C

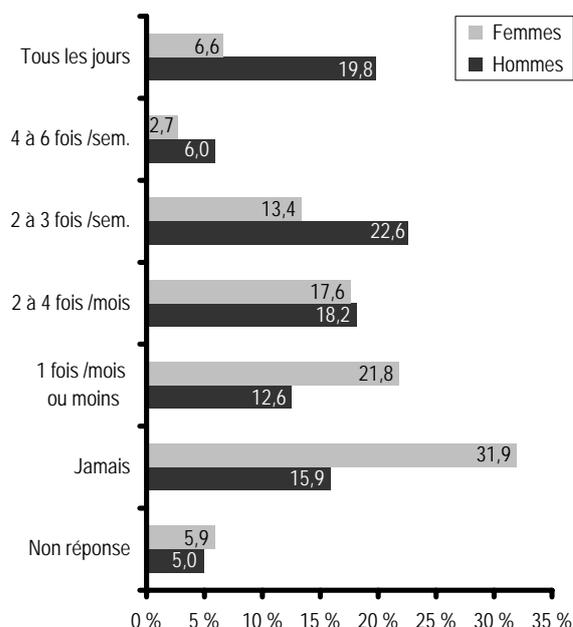
Première question de l'AUDIT-C

La réponse à la première question de l'AUDIT-C nous indique une forte proportion de non-consommateurs (Cf. Graphique 19 et Graphique 20) : 15,9 % des hommes et 31,9 % des femmes dans l'ESPS ; 11,8 % des hommes et 26,9 % des femmes dans l'ES. Ces proportions sont sans doute surestimées à cause du phénomène de déni, mais aussi du fait que, dans l'ES comme dans l'ESPS, les questions de l'AUDIT-C sont posées au présent et ne font pas explicitement référence à la période des 12 derniers mois. Or, l'individu répondant ne fait pas spontanément référence à une période si longue ; vraisemblablement, lorsqu'il répond à la première question (« Combien de fois vous arrive-t-il de boire de l'alcool ? »), il se réfère sans doute à une période plus courte, le dernier trimestre, voire le dernier mois.

Par ailleurs, pour cette question, les modalités fines proposées à l'enquête ne sont pas strictement les mêmes dans les deux enquêtes, sauf pour les modalités « jamais » et « une fois par mois ou moins ». Mais en regroupant certaines modalités nous pouvons tout de même relever quelques résultats comparatifs. Ainsi, l'ESPS compte un plus grand nombre de non consommateurs ou de consommateurs très occasionnels que l'ES ; la part des femmes concernées est environ double de celle des hommes, mais l'écart entre hommes et femmes est supérieur dans l'ES (21,6 % d'hommes contre 46,5 % de femmes dans l'ES, versus respectivement 28,5 % et 53,7 %). A l'opposé, la part de consommateurs fréquents (4 fois ou plus par semaine) est très proche dans l'ES et l'ESPS : cela concerne environ 26 % des hommes et 9 % des femmes. Les consommatrices de fréquence intermédiaire sont plus nombreuses parmi les femmes de l'ES (36 % dans l'ES *versus* 31 % dans l'ESPS) mais celles-ci restent moins nombreuses que les hommes de cette catégorie.

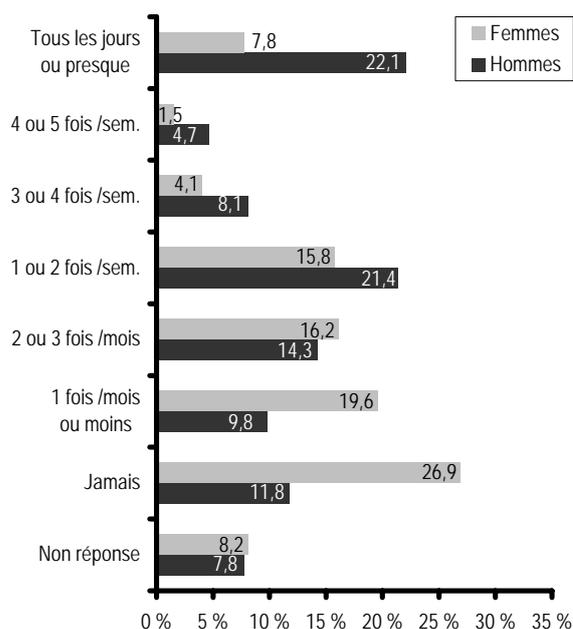
Enfin, notons que la part de non-réponses à la première question de l'AUDIT-C est moins importante dans l'ESPS que dans l'ES : 5,9 % des femmes contre 8,2 % ; 5 % des hommes contre 7,8 % .

Graphique 19
« Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? »
Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ESPS (% pondérés)



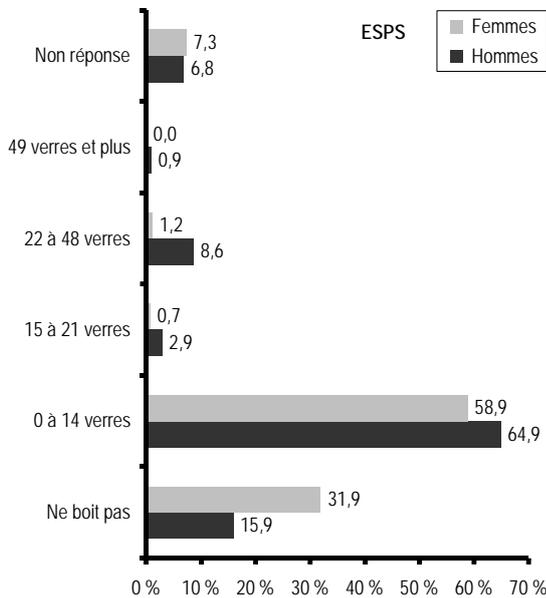
Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Graphique 20
« A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, apéritif...) ? »
Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ES (% pondérés)



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Graphique 21
Répartition des hommes et des femmes selon leur volumétrie hebdomadaire calculée dans l'ESPS (% pondérés)



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

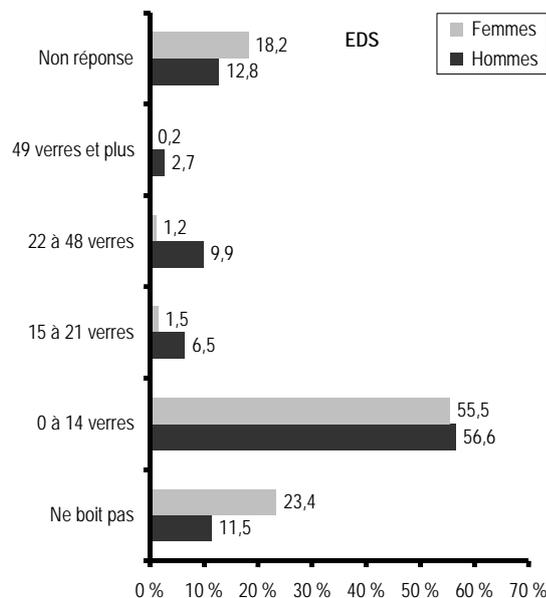
Combinaison des première et seconde questions de l'AUDIT-C

La 2^e question permet de relever la quantité d'alcool consommée un jour ordinaire où l'individu boit et, par combinaison avec la fréquence de consommation d'alcool (première question), de calculer la quantité d'alcool consommée par semaine.

Le niveau de volumétrie hebdomadaire dans chaque enquête montre des tendances proches (cf. Graphique 21 et Graphique 22). Selon les deux enquêtes, une grande majorité des individus consomment au plus 14 verres par semaine, seuil défini par l'OMS au-delà duquel il y a risque pour la santé des femmes. Mais dans l'ES, la part d'individus, hommes ou femmes, consommant moins de 14 verres ou moins est sensiblement plus faible que dans l'ESPS.

Par ailleurs, le taux de non-réponses dans l'ES est plus élevé que dans l'ESPS et varie selon le sexe : dans l'ES, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas donner de réponse à la deuxième question. Cela peut tenir au fait qu'elles sont des consommatrices plus modérées que les hommes et qu'elles consomment des produits moins diversifiés.

Graphique 22
Répartition des hommes et des femmes selon leur volumétrie hebdomadaire calculée dans l'ES (% pondérés)



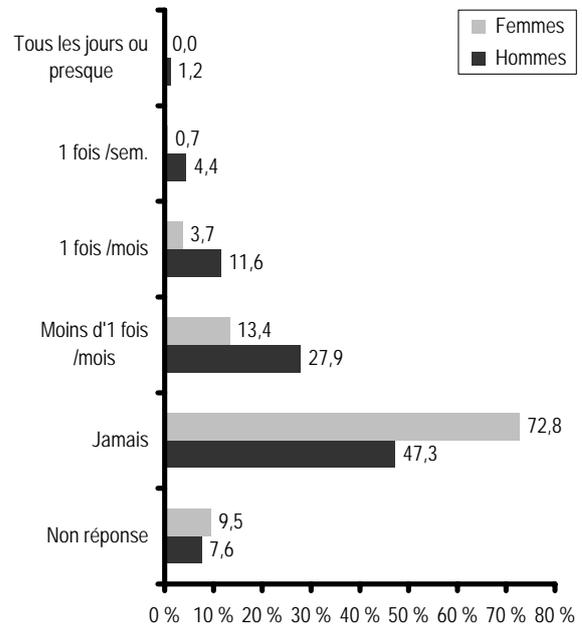
Sources : ES (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Troisième question de l'AUDIT-C

Les modalités de réponse à la 3^e question de l'AUDIT ne sont pas semblables dans les deux enquêtes mais, de même que pour la 1^{re} question, nous constatons un plus faible niveau de risque dans l'ESPS que dans l'ES (Cf. Graphique 23 et Graphique 24).

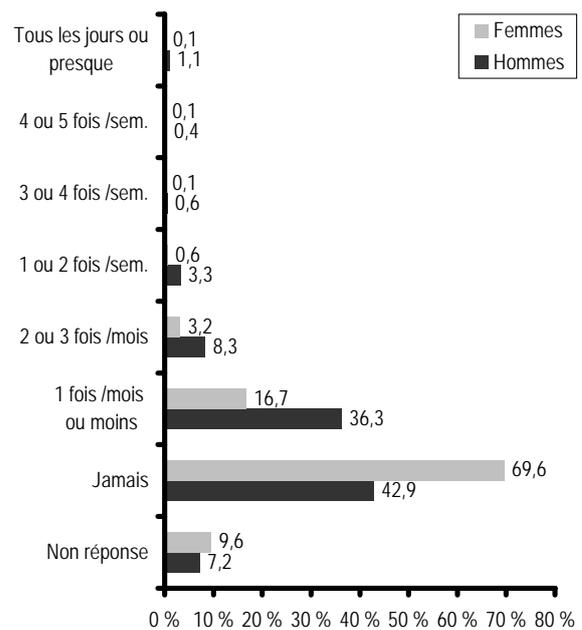
De plus, contrairement aux première et deuxième questions, la part de non réponse à la troisième question est de même ampleur dans les deux échantillons : 9,5 % des femmes contre 9,6 % ; 7,6 % des hommes contre 7,2 % .

Graphique 23
« Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ? »
Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ESPS (% pondérés)



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Graphique 24
« Vous arrive-t-il de consommer 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fête de famille, sorties, repas...) ? »
Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ES (% pondérés)



Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Annexe 3

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

Tableau page suivante :

Tableau 6 Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique pour 100 000 habitants... 88

Tableau 6
Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique pour 100 000 habitants

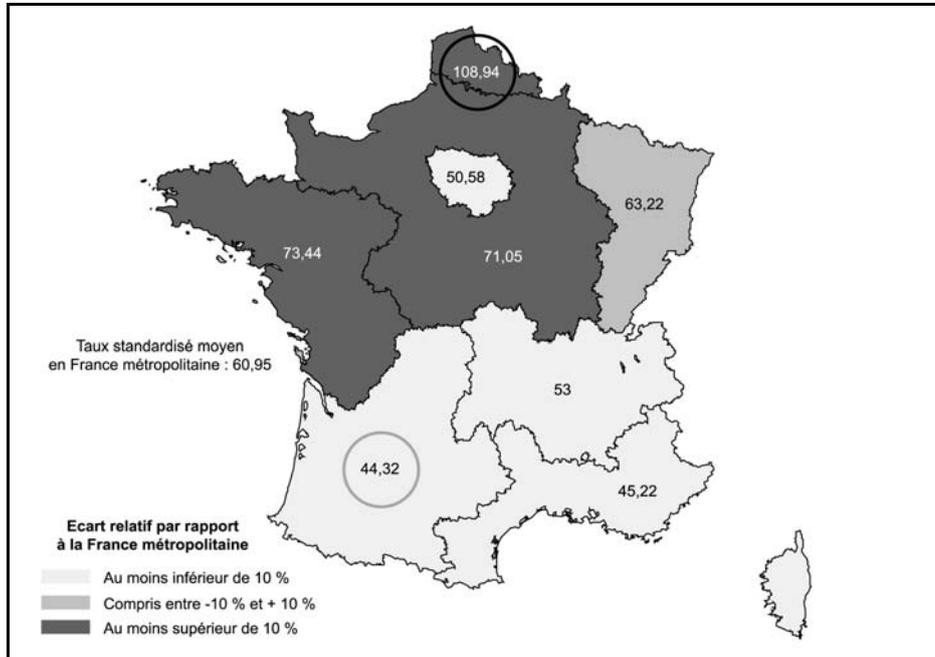
SEXE MASCULIN																							
ZEAT	<1 an	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60- 64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	>94	Total	Stand.
Ile-de-France	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,1	2,7	12,1	34,3	61,3	93,2	123,5	146,4	174,1	167,4	171,9	156,2	163,7	126,3	67,5	43,4	50,6
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 étropolitaine	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

Annexe 4

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

Carte 1
Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique chez les hommes en 2000

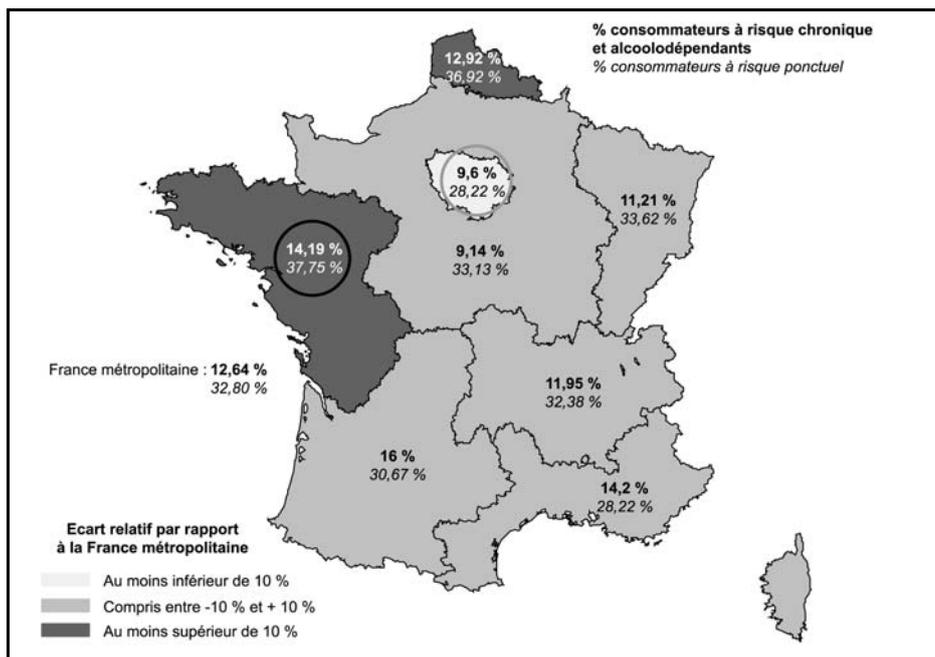


Source : CépiDC – INSERM

Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants

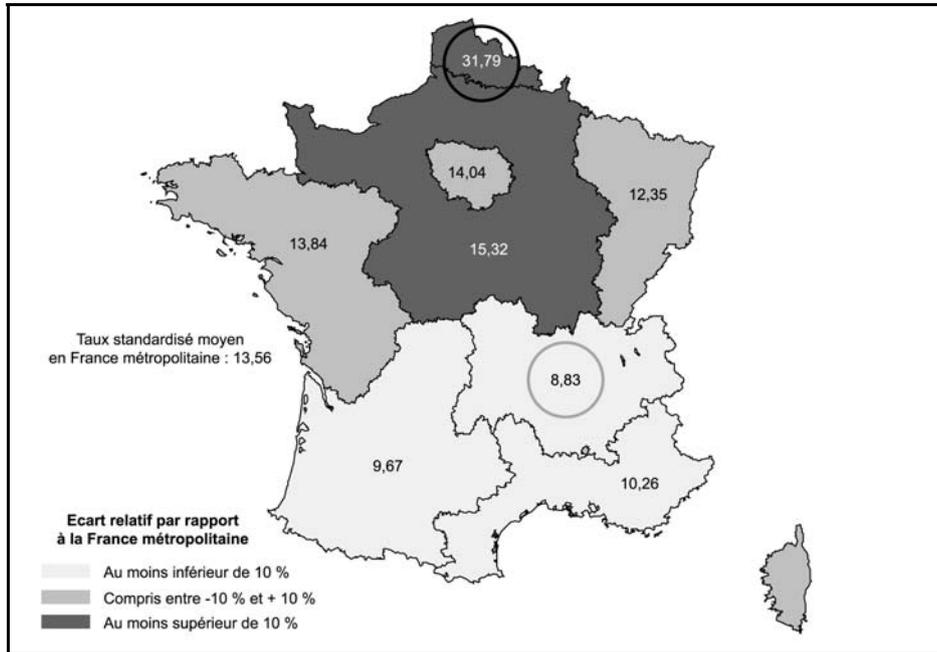
Référence : population du recensement de 1990, France, deux sexes

Carte 2
Prévalence du risque d'alcoolisation excessive par ZEAT dans l'ESPS 2002 chez les hommes
Pourcentages non pondérés



Source : ESPS 2002, IRDES

Carte 3
Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique chez les femmes en 2000

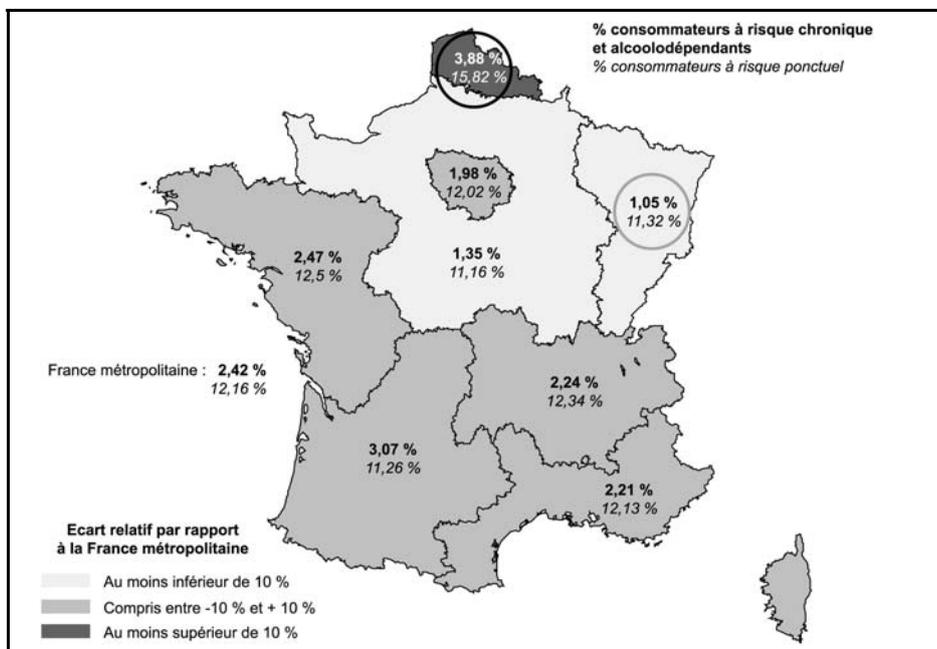


Source : CépiDC – INSERM

Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants

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

Carte 4
Prévalence du risque d'alcoolisation excessive par ZEAT dans l'ESPS 2002 chez les femmes
 Pourcentages non pondérés



Source : ESPS 2002, IRDES

Annexe 5

Variables socio-économiques retenues

Les variables socio-économiques utilisées ont été sélectionnées puis construites de façon à ce qu'elles soient identiques dans les deux enquêtes.

Nous avons retenu certaines variables socio-économiques, la consommation de tabac, l'indice de masse corporelle et la consommation à risque d'alcoolisation excessive de l'entourage :

- **Age et sexe**
- **Niveau d'études**

Cette variable correspond au diplôme le plus élevé obtenu par l'enquêté. Le niveau d'études des personnes scolarisées au moment de l'enquête correspond à leur niveau actuel. Quatre modalités ont été retenues : jamais scolarisé et primaire ; 1^{er} cycle, CAP et BEP ; 2nd cycle et enseignement technique ou professionnel long ; enseignement supérieur.
- **Occupation principale**

Cette variable se répartit en cinq modalités : actifs en emploi ; chômeurs ; retraités ; étudiants ; autres inactifs. Cette dernière classe comprend entre autres les personnes au foyer et les inactifs avec pension d'invalidité.
- **Profession et catégorie sociale (PCS)**

La variable utilisée correspond à une variable synthétique en sept classes de l'emploi actuel ou de la dernière activité professionnelle : agriculteurs ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; professions intermédiaires ; employés ; ouvriers ; autres. Les retraités ou autres inactifs ayant déjà exercé une profession sont donc reclassés dans leur dernière PCS et les personnes n'ayant jamais travaillé (en particulier les étudiants) dans la modalité « autres ».
- **Revenu mensuel net total du ménage**

Cette variable a été découpée en 5 tranches : ≤ 990 €/mois ; 990 à 1 600 €/mois ; 1 600 à 2 200 €/mois ; < 3 300 €/mois.
- **Type de ménage**

Nous avons reconstruit la structure familiale à partir de certaines variables : nombre de personnes dans le ménage, lien avec l'assuré principal dans l'ESPS et lien avec la personne de référence dans l'ES, vivre en couple, âge, sexe. Dans l'ESPS, cette construction comporte des limites car l'assuré principal n'est pas forcément le chef de famille. Il est donc difficile, dans certains cas, d'appréhender au mieux la composition de la famille (par exemple, dans les familles recomposées). Nous avons retenu cinq modalités : vit seul(e), famille monoparentale, couple sans enfant, couple avec enfant(s) et autres. Cette dernière catégorie comprenant, entre autres, les individus habitant en colocation et les personnes âgées n'étant plus en couple et vivant chez un de leurs enfants.
- **Taille d'unité urbaine**

Cette variable se découpe en cinq classes : commune rurale ; unité urbaine inférieure à 20 000 habitants ; unité urbaine entre 20 000 et 100 000 habitants ; unité urbaine supérieure à 100 000 habitants (hors Paris) ; unité urbaine de Paris.
- **ZEAT**

Zone d'études et d'aménagement du territoire.
- **Habitudes tabagiques**

Cette variable se découpe en quatre modalités : non-fumeur, ancien fumeur, fumeur et consommation de tabac inconnue.
- **Indice de masse corporelle (IMC)**

Cette variable est appréhendée par l'Indice de masse corporelle (IMC) qui est défini comme le rapport suivant : Poids / Taille². A partir de cet indice, l'OMS classe les individus en quatre catégories : ceux ayant une insuffisance pondérale (IMC < 18,5), les individus de poids normal (18,5 ≤ IMC < 25), en surpoids (25 ≤ IMC < 30), obèses (IMC ≥ 30). Une modalité « IMC inconnu » vient s'ajouter à ces quatre catégories.

■ **Consommation d'alcool de l'entourage**

Cette variable indique si un membre du ménage, autre que l'interrogé, est classé à risque d'alcoolisation excessive. Elle a été construite en comptabilisant pour chaque ménage : le nombre de personnes abstinentes ou ayant une consommation d'alcool sans risque, le nombre d'individus ayant une consommation à risque d'alcoolisation excessive et le nombre d'inclassables. Nous avons alors pu classer chaque individu en tenant compte de son profil d'alcoolisation dans l'une de ces quatre modalités : vit seul(e), au moins un autre membre du ménage est classé à risque d'alcoolisation excessive ; aucun autre membre du ménage est classé à risque d'alcoolisation excessive ; consommation d'alcool de l'entourage inconnue.

Annexe 6

Structure pondérée et non-pondérée des échantillons

Tableau 7
Structure pondérée et non-pondérée des échantillons

	ESPS			ES		
	Effectif	Pourcentages bruts pondérés		Effectif	Pourcentages bruts pondérés	
Sexe						
Hommes	5 475	49,0	47,9	11 269	46,7	47,4
Femmes	5 697	51,0	52,1	12 876	53,3	52,6
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Age						
16-24 ans	1 923	17,2	15,4	3 413	14,1	14,9
25-34 ans	1 920	17,2	17,1	3 898	16,1	17,0
35-44ans	2 139	19,2	16,1	4 804	19,9	19,0
45-54 ans	2 160	19,3	17,2	4 579	19,0	17,9
55-64 ans	1 273	11,4	12,4	3 223	13,4	12,8
65-79 ans	1 418	12,7	16,5	3 458	14,3	14,7
Plus de 80 ans	339	3,0	5,4	770	3,2	3,7
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
ZEAT						
Ile-de-France	1 557	13,9	17,6	5 109	21,2	17,2
Bassin parisien	2 211	19,8	18,3	5 550	23,0	18,5
Nord	720	6,4	6,0	2 466	10,2	7,2
Est	1 005	9,0	8,4	1 746	7,2	9,4
Ouest	1 629	14,6	13,5	2 665	11,0	14,7
Sud-Ouest	1 442	12,9	12,3	1 925	8,0	10,7
Centre-Est	1 454	13,0	13,0	1 952	8,1	11,6
Méditerranée	1 154	10,3	10,9	2 732	11,3	10,7
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Taille d'unité urbaine						
Commune rurale	3 250	29,1	24,7	5 834	24,2	25,5
Unité urbaine < 20 000 habitants	2 035	18,2	16,2	3 989	16,5	17,9
Unité urbaine entre 20 000 et 100 000 habitants	1 657	14,8	14,5	3 108	12,9	13,1
Unité urbaine > 100 000 habitants	2 943	26,3	28,9	6 763	28,0	28,2
Unité urbaine de Paris	1 287	11,5	15,6	4 451	18,4	15,3
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Niveau d'études						
Jamais scolarisé, primaire	1 852	16,6	20,0	4 586	19,0	22,1
1er cycle et CAP/BEP	3 727	33,4	31,0	8 663	35,9	37,4
2nd cycle et ens. tech./prof.	2 107	18,9	17,5	4 615	19,1	18,5
Ens. supérieur	3 267	29,2	29,6	6 281	26,0	22,0
Non réponse	219	2,0	1,8	0	0,0	0,0
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Occupation principale						
Actifs occupés	6 258	56,0	50,9	12 963	53,7	52,6
Chômeurs	584	5,2	5,2	1 396	5,8	5,9
Retraités	2 092	18,7	24,3	5 273	21,8	22,4
Etudiants	1 278	11,4	9,9	2 201	9,1	9,2
Autres inactifs	960	8,6	9,7	2 312	9,6	9,9
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

.../...

Tableau 7 (suite)
Structure pondérée et non-pondérée des échantillons

	ESPS			ES		
	Effectif	Pourcentages bruts pondérés		Effectif	Pourcentages bruts pondérés	
Milieu social						
Agriculteurs exploitants	478	4,3	4,6	924	3,8	4,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	528	4,7	5,1	1 290	5,3	5,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 190	10,7	11,6	3 105	12,9	11,2
Professions intermédiaires	2 007	18,0	18,1	4 868	20,2	18,1
Employés	2 653	23,8	23,8	6 200	25,7	26,0
Ouvriers	2 764	24,7	24,4	5 055	20,9	22,9
Inclassés (étudiants, indiv. n'ayant jamais travaillé...)	1 348	12,1	10,6	2 193	9,1	9,3
Non réponse	204	1,8	1,9	510	2,1	2,3
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Revenu mensuel du ménage						
Moins de 990 €	857	9,1	13,4	2 705	11,2	12,6
De 990 à 1 600 €	1 598	17,0	20,5	5 395	22,3	23,9
1 600 à 2 200 €	1 768	18,8	18,2	4 740	19,6	20,1
2 200 à 3 100 €	2 639	28,0	24,8	5 432	22,5	22,0
Plus de 3 100 €	2 566	27,2	23,2	5 873	24,3	21,4
Non réponse	1 744	-	-	0	0,0	0,0
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Type de ménage						
Vit seul	930	8,3	17,2	3 505	14,5	15,3
Famille monoparentale	641	5,7	5,9	1 400	5,8	6,6
Famille : couple et enfant(s)	2 972	26,6	29,3	7 264	30,1	29,6
Couple seul	6 461	57,8	46,0	10 999	45,6	44,8
Autres ménages	168	1,5	1,7	977	4,1	3,7
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Taille du ménage (nombre de personnes)						
1	930	8,3	17,2	3 505	14,5	15,3
2	3 288	29,4	32,4	8 258	34,2	34,5
3	2 367	21,2	19,6	4 741	19,6	20,8
4	2 644	23,7	18,1	4 699	19,5	17,7
5	1 328	11,9	8,7	2 104	8,7	8,3
6 ou plus	615	5,5	4,0	838	3,5	3,3
Total	11 172	100,0	99,9	24 145	100,0	100,0
Consommation tabagique						
Non fumeur	5 425	48,6	49,0	13 170	54,6	54,0
Ancien fumeur	2 643	23,7	24,0	3 515	14,6	14,2
10 cigarettes par jour ou moins	1 428	12,8	12,2	3 160	13,1	13,5
Entre 10 et 20 cigarettes / jour	1 165	10,4	10,0	2 433	10,1	10,3
Plus de 20 cigarettes	304	2,7	3,0	724	3,0	3,0
Fumeur (consommation inconnue)	45	0,4	0,4	223	0,9	1,0
NSP	162	1,5	1,5	920	3,8	4,1
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0
Indice de masse corporelle						
Inférieur à 18,5	471	4,2	4,1	1 069	4,4	4,5
18,5 à 25	6 109	54,7	53,9	13 242	54,8	54,8
25 à 30	3 239	29,0	29,2	7 266	30,1	30,1
Supérieur à 30	1 027	9,2	9,7	2 555	10,6	10,6
NSP	326	2,9	3,1	13	0,1	0,1
Total	11 172	100,0	100,0	24 145	100,0	100,0

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Annexe 7

Prévalence des problèmes d'alcool selon les caractéristiques socio-économiques

Tableaux pages suivantes :

Tableau 8	Prévalence des problèmes d'alcool, pour les hommes.....	96
Tableau 9	Prévalence des problèmes d'alcool, pour les femmes.....	98

Tableau 8
Prévalence des problèmes d'alcool, pour les hommes

	Pourcentage de...											
	non-consommateurs		consommateurs sans risque...				consommateurs à risque...				alcoolo-dépendants	
	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES
ENSEMBLE DES HOMMES	17,2	12,6	19,6	17,7	19,9	19,4	30,9	33,9	11,1	14,0	1,4	2,5
Age des hommes												
16-24 ans	36,5	26,8	23,3	23,3	4,6	5,5	29,8	37,0	5,5	6,6	0,3	0,9
25-34 ans	17,8	12,8	21,1	18,5	8,2	10,2	44,7	45,7	7,8	11,5	0,4	1,4
35-44ans	12,3	9,2	20,9	17,6	14,8	17,5	40,8	39,8	9,5	13,5	1,7	2,4
45-54 ans	8,9	8,8	18,5	14,9	23,6	22,6	33,0	32,7	13,0	17,9	3,1	3,1
55-64 ans	12,5	8,2	14,9	15,8	28,9	27,1	24,7	24,4	17,1	20,1	2,0	4,3
65-79 ans	14,0	9,4	17,8	16,3	37,5	36,7	13,6	18,1	15,8	16,1	1,1	3,4
Plus de 80 ans	21,4	16,5	17,6	14,3	46,1	42,4	2,9	14,9	11,9	11,0	0,0	0,9
ZEAT												
Ile-de-France	21,1	15,6	20,0	19,8	19,9	19,9	29,0	30,4	8,1	12,6	1,9	1,8
Bassin parisien	15,1	12,1	23,8	16,9	20,7	19,8	30,7	34,9	9,4	13,9	0,3	2,5
Nord	21,1	18,1	15,9	12,0	12,5	19,4	37,3	33,6	12,0	14,2	1,2	2,7
Est	17,7	9,9	21,3	20,4	15,7	18,8	34,2	36,1	9,9	11,7	1,3	3,2
Ouest	11,7	7,6	16,3	15,1	21,9	20,4	35,2	38,0	13,2	16,2	1,6	2,7
Sud-Ouest	16,3	11,4	19,0	18,9	20,2	18,6	28,5	32,5	14,8	16,6	1,2	2,1
Centre-Est	17,7	12,5	17,0	17,5	23,5	17,9	30,0	36,8	10,4	12,7	1,4	2,6
Méditerranée	18,9	15,8	20,5	19,5	18,6	19,7	26,9	28,4	13,0	14,4	2,1	2,3
Taille de l'unité urbaine												
Commune rurale	13,3	8,8	17,2	15,9	19,9	19,7	35,1	36,6	12,9	16,2	1,6	2,8
Inférieure à 20 000 habitants	12,7	11,9	19,5	18,1	22,8	19,5	31,9	34,3	12,6	13,7	0,5	2,6
Entre 20 000 et 100 000 habitants	23,2	14,7	20,2	19,6	19,9	18,7	27,1	31,0	8,5	13,7	1,1	2,2
Supérieure à 100 000 habitants	17,7	13,9	21,5	17,3	18,1	19,0	29,4	34,4	11,8	13,1	1,5	2,4
Unité urbaine de Paris	21,5	15,9	19,4	19,4	19,8	20,2	29,5	30,3	7,8	12,3	1,9	1,9
Niveau d'études												
Jamais scolarisé, primaire	18,3	16,1	15,8	16,8	32,0	24,6	17,0	23,8	14,8	14,7	2,2	4,0
1er cycle et CAP, BEP	16,9	14,6	19,0	18,5	19,0	15,7	32,0	34,2	11,6	14,4	1,6	2,8
2nd cycle et enseign techn./prof. long	23,3	11,3	21,6	17,1	15,0	20,4	30,0	35,5	9,0	13,9	1,1	1,9
Enseignement supérieur	13,2	7,5	21,6	17,3	16,7	21,3	37,8	39,7	9,9	13,0	0,8	1,2
Occupation principale												
Actif occupé	12,0	9,9	20,2	17,0	16,5	17,4	39,6	39,3	10,4	14,2	1,4	2,2
Chômeur	26,5	20,4	19,3	15,8	10,5	12,2	29,5	30,6	12,4	16,3	1,7	4,8
Retraité	14,4	9,5	17,6	16,7	36,4	34,5	14,7	19,7	15,7	16,5	1,1	3,1
Etudiant	44,9	30,7	23,6	25,3	4,7	4,5	21,8	34,4	4,1	4,7	0,9	0,5
Autre inactif	29,1	21,9	13,9	18,3	22,0	11,7	21,7	23,1	10,0	20,0	3,4	5,1

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

.../...

Tableau 8 (suite)
Prévalence des problèmes d'alcool, pour les hommes

	Pourcentage de...											
	non-consommateurs		consommateurs sans risque...				consommateurs à risque...				alcoolo-dépendants	
	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES
ENSEMBLE DES HOMMES	17,2	12,6	19,6	17,7	19,9	19,4	30,9	33,9	11,1	14,0	1,4	2,5
Catégorie socio-professionnelle												
Agriculteur exploitant	12,9	9,4	13,3	17,1	29,5	23,8	24,5	28,6	18,3	18,9	1,5	2,2
Artisan, commerçant, chef d'entr.	16,0	5,9	19,6	16,5	24,7	27,2	22,1	35,2	16,8	13,6	0,9	1,6
Cadre et profession intellectuelle sup.	5,9	7,3	19,5	17,7	23,7	24,3	37,8	32,8	11,7	15,9	1,4	2,1
Profession intermédiaire	10,4	12,6	21,7	20,6	22,3	18,1	31,9	33,7	12,9	12,5	0,9	2,6
Employé	15,9	14,6	22,0	15,7	22,9	15,9	29,4	35,7	8,3	14,6	1,6	3,4
Ouvrier	18,6	31,8	17,9	25,3	18,4	3,9	32,8	33,9	10,7	4,7	1,7	0,5
Autres : étud., indiv. n'ayt jam. travaillé	45,6	38,3	23,0	8,4	4,6	3,8	21,6	43,1	4,1	6,5	1,2	0,0
Revenu par unité de consommation												
Moins de 990 €	25,2	19,2	16,1	14,8	17,4	14,8	22,8	30,7	15,6	16,1	3,0	4,3
De 990 à 1 300 €	20,2	16,0	18,6	19,1	21,2	18,7	25,9	29,7	12,0	14,2	2,1	2,3
De 1 300 à 2 200 €	18,7	12,9	18,3	16,4	18,5	18,7	33,0	35,2	10,0	13,9	1,6	3,0
De 2 200 à 3 100 €	13,9	11,1	21,2	17,8	19,0	19,3	34,1	35,6	10,8	13,9	1,0	2,4
Plus de 3 100 €	11,4	8,4	22,0	18,3	19,3	22,4	36,3	36,1	10,0	13,3	0,9	1,5
Non réponse	20,4	0,0	18,2	0,0	23,0	0,0	26,9	0,0	11,0	0,0	0,5	0,0
Taille du ménage												
1 personne	18,8	11,0	16,4	17,2	17,4	17,4	31,5	35,0	13,2	15,6	2,6	3,8
2 personnes	11,8	9,4	18,9	16,5	28,9	26,1	25,5	28,9	13,8	16,3	1,2	2,9
3 personnes	14,6	12,5	22,2	17,6	18,3	17,8	34,7	36,9	9,0	13,2	1,3	1,9
4 personnes	16,4	13,4	21,7	19,5	14,1	14,0	38,2	38,9	8,3	12,1	1,3	2,1
5 personnes	25,8	18,0	20,6	18,3	12,7	16,4	30,6	35,1	9,8	10,9	0,6	1,5
6 personnes ou plus	52,9	32,0	11,3	18,8	8,6	9,7	18,1	28,5	8,5	9,7	0,7	1,4
Consommation de tabac												
Non fumeur	28,2	17,6	22,8	22,2	18,9	22,6	23,6	27,5	6,3	9,1	0,3	1,1
Ancien fumeur	9,2	7,3	19,2	14,1	27,7	23,4	30,8	34,3	12,2	18,1	0,9	2,9
10 cigarettes par jour ou moins	12,8	8,8	19,9	14,0	14,8	13,8	38,2	46,3	12,3	14,2	2,0	3,0
Entre 10 et 20 cigarettes par jour	11,3	9,9	15,4	13,6	12,4	11,9	43,1	42,4	15,9	18,4	1,9	3,8
Plus de 20 cigarettes par jour	13,8	7,5	8,7	14,0	9,5	10,2	34,6	33,9	23,6	26,4	9,8	8,0
Fumeur NR	9,7	14,6	18,8	11,2	25,1	14,8	26,9	33,3	19,5	22,8	0,0	3,4
NSP	25,6	8,0	17,2	17,4	30,2	23,3	19,5	27,4	3,7	21,9	3,8	2,1
Indice de masse corporelle												
Inférieure à 18,5 kg/m ²	41,9	27,0	20,6	28,6	11,9	12,3	21,9	22,5	2,4	6,2	1,2	3,3
De 18,5 à 25 kg/m ²	19,4	14,3	20,7	18,4	16,2	17,8	31,7	34,4	10,5	12,9	1,5	2,2
De 25 à 30 kg/m ²	13,0	10,3	18,0	16,2	24,0	22,5	31,3	33,6	12,4	14,9	1,3	2,5
Supérieure à 30 kg/m ²	12,4	9,4	18,0	17,1	25,9	17,6	30,0	34,8	12,7	17,8	1,0	3,2
NSP	33,9	24,4	26,9	24,6	19,3	0,0	17,2	0,0	2,6	51,0	0,0	0,0

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Tableau 9
Prévalence des problèmes d'alcool, pour les femmes

	Pourcentage de...											
	non-		consommatrices sans risque...				consommatrices à risque...				alcoolo-	
	consommatrices		occasionnelles		régulières		ponctuel		chronique		dépendantes	
	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES
ENSEMBLE DES FEMMES	34,6	26,7	35,2	34,8	16,5	19,9	11,4	15,0	2,2	3,4	0,0	0,2
Age des femmes												
16-24 ans	47,3	36,1	33,6	34,7	2,2	5,0	15,9	22,8	1,1	1,4	0,0	0,0
25-34 ans	30,3	26,7	43,2	41,0	7,9	11,1	17,7	19,1	0,9	2,0	0,0	0,1
35-44ans	26,1	21,0	41,0	38,3	14,4	19,6	15,8	17,7	2,7	3,2	0,0	0,2
45-54 ans	26,2	21,4	37,0	32,6	20,9	27,1	12,4	13,3	3,4	5,4	0,2	0,3
55-64 ans	24,5	20,3	35,2	32,4	28,8	31,7	6,3	9,9	5,2	5,6	0,0	0,1
65-79 ans	45,6	32,2	26,3	29,7	24,3	27,0	2,5	6,6	1,4	4,1	0,0	0,4
Plus de 80 ans	52,5	46,0	20,0	23,9	25,0	25,3	1,8	4,1	0,8	0,5	0,0	0,3
ZEAT												
Ile-de-France	31,7	26,6	33,9	33,8	19,7	20,7	12,5	14,3	2,2	4,3	0,0	0,3
Bassin parisien	35,6	27,3	39,6	37,7	13,5	18,1	9,9	14,0	1,5	2,9	0,0	0,0
Nord	32,3	28,2	32,4	31,6	14,8	19,8	15,8	14,9	4,6	5,2	0,0	0,3
Est	36,8	29,0	33,3	33,1	18,1	21,3	10,5	13,6	1,4	2,6	0,0	0,4
Ouest	29,1	20,9	39,5	39,1	17,1	20,7	11,6	16,0	2,6	3,2	0,0	0,1
Sud-Ouest	35,2	27,8	34,0	34,4	17,4	18,7	10,3	15,2	2,9	4,0	0,2	0,0
Centre-Est	38,0	27,6	32,5	33,7	15,7	18,5	11,9	17,7	1,9	2,2	0,0	0,3
Méditerranée	40,2	28,8	31,9	30,7	15,3	22,3	10,4	14,4	2,2	3,6	0,0	0,2
Taille de l'unité urbaine												
Commune rurale	35,0	24,6	35,4	37,0	16,3	19,9	11,4	15,3	1,9	3,1	0,1	0,0
Inférieure à 20 000 habitants	33,7	27,3	36,2	37,8	16,8	18,9	11,4	13,1	1,9	2,8	0,0	0,1
Entre 20 000 et 100 000 habitants	40,1	28,9	31,7	34,1	15,7	19,9	10,3	14,0	2,3	2,9	0,0	0,2
Supérieure à 100 000 habitants	33,9	27,1	36,9	32,1	15,4	20,2	11,1	16,5	2,7	3,8	0,0	0,3
Unité urbaine de Paris	31,7	26,6	33,7	33,6	19,6	20,6	12,7	14,5	2,2	4,4	0,0	0,3
Niveau d'études												
Jamais scolarisée, primaire	51,2	38,3	26,5	27,7	17,5	21,7	3,4	8,9	1,4	3,4	0,1	0,2
1er cycle et CAP, BEP	35,9	28,2	34,4	36,3	17,8	18,0	9,6	14,6	2,3	2,8	0,0	0,1
2nd cycle et enseignant technique/prof. Long	34,1	23,9	37,7	35,6	13,4	18,4	12,7	18,6	2,1	3,4	0,0	0,2
Enseignement supérieur	22,3	16,8	40,4	38,2	16,6	22,4	17,8	17,9	2,8	4,4	0,0	0,3
Occupation principale												
Active occupée	24,9	20,3	41,1	38,3	16,1	20,3	15,1	17,5	2,7	3,4	0,1	0,2
Chômeuse	34,6	27,9	35,4	33,7	11,1	15,4	16,2	17,7	2,8	5,1	0,0	0,1
Retraitée	40,6	29,9	28,7	30,1	25,2	28,2	3,2	7,6	2,3	3,9	0,0	0,3
Etudiante	47,9	38,0	33,3	34,7	1,7	4,5	16,2	21,8	1,0	1,0	0,0	0,0
Autre inactive	48,4	34,9	27,4	30,1	16,2	20,1	6,8	10,8	1,2	4,0	0,0	0,2

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

.../...

Tableau 9 (suite)
Prévalence des problèmes d'alcool, pour les femmes

	Pourcentage de...											
	non-consommatrices		consommatrices sans risque...				consommatrices à risque...				alcoolo-dépendantes	
	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES	ESPS	ES
ENSEMBLE DES FEMMES	34,6	26,7	35,2	34,8	16,5	19,9	11,4	15,0	2,2	3,4	0,0	0,2
Catégorie socio-professionnelle												
Agricultrice exploitante	51,0	36,3	21,3	31,4	24,5	23,3	2,3	7,1	1,0	1,9	0,0	0,0
Artisane, commerçante, chefs d'entr.	39,4	27,5	27,7	28,7	21,8	30,5	7,7	9,6	3,4	3,4	0,0	0,2
Cadre et profession intellectuelle sup.	16,5	11,3	34,0	34,7	26,2	29,6	18,5	17,2	4,7	6,8	0,2	0,5
Profession intermédiaire	20,1	18,5	40,9	38,1	22,1	24,7	13,9	14,7	3,0	3,8	0,0	0,2
Employée	33,1	25,9	38,4	36,1	16,1	19,0	10,4	15,4	2,0	3,4	0,0	0,2
Ouvrière	45,6	32,2	31,5	33,5	12,9	18,5	8,3	12,1	1,6	3,5	0,1	0,2
Autres : étud., indiv. n'ayt jam. travaillé	49,3	39,9	32,4	32,8	2,0	5,2	15,3	21,4	1,1	0,8	0,0	0,0
Revenu par unité de consommation												
Moins de 990 €	45,3	35,5	32,2	27,6	12,9	17,1	7,8	16,1	1,8	3,6	0,0	0,2
De 990 à 1 300 €	42,8	32,0	28,8	34,2	18,3	16,4	7,9	14,1	2,1	3,2	0,2	0,2
De 1 300 à 2 200 €	34,1	27,9	34,1	35,4	15,8	18,8	14,1	14,9	1,9	2,9	0,0	0,1
De 2 200 à 3 100 €	30,2	23,7	40,6	37,9	15,2	20,6	11,2	14,5	2,7	3,2	0,0	0,1
Plus de 3 100 €	23,0	17,3	38,5	36,3	20,3	26,0	15,7	15,8	2,5	4,3	0,0	0,3
Non réponse	37,7	-	34,2	-	15,7	-	10,2	-	2,2	-	0,0	-
Taille du ménage												
1 personne	38,4	26,3	33,1	32,9	16,4	21,4	9,8	15,6	2,4	3,6	0,0	0,2
2 personnes	30,3	24,3	33,2	31,8	23,7	25,3	9,7	13,9	3,1	4,4	0,0	0,3
3 personnes	32,9	26,9	39,0	37,0	13,3	17,2	13,0	15,5	1,8	3,3	0,1	0,1
4 personnes	31,1	26,7	40,6	39,0	12,1	15,3	14,8	16,6	1,5	2,3	0,0	0,0
5 personnes	40,5	28,4	35,0	40,1	11,5	14,3	11,2	14,6	2,0	2,4	0,0	0,2
6 personnes ou plus	67,0	49,0	17,2	25,7	6,0	12,3	9,3	11,4	0,7	1,6	0,0	0,0
Consommation de tabac												
Non fumeuse	42,8	32,2	34,0	35,4	16,0	21,0	6,1	8,9	1,1	2,5	0,0	0,1
Ancienne fumeuse	18,6	14,6	40,2	36,7	21,8	22,5	15,8	21,0	3,6	5,2	0,0	0,1
10 cigarettes par jour ou moins	25,9	18,0	37,5	34,3	12,8	16,2	19,3	27,0	4,4	4,4	0,1	0,0
Entre 10 et 20 cigarettes par jour	22,7	18,0	30,4	30,8	15,4	16,2	28,1	30,0	3,4	4,6	0,0	0,4
Plus de 20 cigarettes par jour	23,0	13,0	24,7	30,3	13,3	13,5	28,1	27,7	10,1	12,9	0,8	2,7
Fumeur NR	65,8	22,1	26,7	22,6	0,0	21,0	0,0	31,0	7,4	2,9	0,0	0,5
NSP	48,6	23,0	40,2	34,9	8,9	21,0	2,3	15,5	0,0	5,2	0,0	0,4
Indice de masse corporelle												
Inférieure à 18,5 kg/m ²	40,2	33,9	34,0	32,1	10,2	14,5	13,7	15,6	1,7	3,5	0,2	0,6
De 18,5 à 25 kg/m ²	30,3	24,6	36,9	35,7	17,4	20,8	12,9	15,6	2,5	3,1	0,0	0,1
De 25 à 30 kg/m ²	38,5	27,4	32,0	33,2	19,0	20,9	8,4	14,1	2,1	4,4	0,0	0,1
Supérieure à 30 kg/m ²	42,8	33,2	35,8	34,5	10,6	16,3	8,5	12,7	2,3	3,1	0,0	0,3
NSP	52,2	29,4	27,3	48,3	11,4	22,3	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Sources : ESPS (Irdes) et ES (Insee). Exploitation : Irdes.

Listes des graphiques, encadrés, tableaux et schémas

Listes

Liste des graphiques

Graphique 1	
Répartition pondérée des échantillons de l'ESPS et de l'ES selon l'âge chez les hommes	28
Graphique 2	
Répartition pondérée des échantillons de l'ESPS et de l'ES selon l'âge chez les femmes	28
Graphique 3	
Répartition pondérée des échantillons de l'ESPS et de l'ES par niveau d'études	28
Graphique 4	
Nombre moyen de verres d'alcool consommés par semaine selon l'âge et le sexe dans l'ESPS et l'ES	36
Graphique 5	
Prévalence pondérée des problèmes d'alcool selon le sexe évaluée à partir de l'AUDIT-C, dans l'ESPS et l'ES	46
Graphique 6	
Répartition des hommes selon les profils d'alcoolisation par tranche d'âge, dans l'ESPS et l'ES.....	48
Graphique 7	
Proportion de femmes présentant un risque d'alcoolisation excessive selon l'âge dans l'ESPS et l'ES	49
Graphique 8	
Prévalences globales des problèmes d'alcoolisation chez les hommes dans l'ESPS et l'ES.....	53
Graphique 9	
Prévalences globales des problèmes d'alcoolisation chez les femmes dans l'ESPS et l'ES.....	54
Graphique 10	
Liens entre les profils d'alcoolisation et le niveau d'éducation à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables ..	58
Graphique 11	
Liens entre les profils d'alcoolisation et la catégorie socioprofessionnelle à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables	59
Graphique 12	
Lien entre les profils d'alcoolisation et l'occupation principale à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables ..	60
Graphique 13	
Lien entre les profils d'alcoolisation et le revenu total net du ménage à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables	61
Graphique 14	
Liens entre les profils d'alcoolisation et la consommation de tabac à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables	62
Graphique 15	
Liens entre les profils d'alcoolisation et le BMI à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables.....	63

Graphique 16	
Liens entre les profils d'alcoolisation et la taille de l'unité urbaine à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables	64
Graphique 17	
Liens entre les profils d'alcoolisation et le type de ménage à âge, sexe et ZEAT comparables	66
Graphique 18	
Liens entre les profils d'alcoolisation et la consommation à risque d'alcoolisation excessive de l'entourage à âge, sexe, taille du ménage et ZEAT comparables	66
Graphique 19	
« Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? » Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ESPS	83
Graphique 20	
« A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, apéritif...) ? » Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ES.....	83
Graphique 21	
Répartition des hommes et des femmes selon leur volumétrie hebdomadaire calculée dans l'ESPS	84
Graphique 22	
Répartition des hommes et des femmes selon leur volumétrie hebdomadaire calculée dans l'ES.....	84
Graphique 23	
« Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ? » Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ESPS	85
Graphique 24	
« Vous arrive-t-il de consommer 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fête de famille, sorties, repas...) ? » Distribution des réponses chez les hommes et les femmes dans l'ES	85

Liste des encadrés

Encadré 1	
Les questions portant sur l'alcool dans l'ESPS.....	25
Encadré 2	
Les questions portant sur l'alcool dans l'ES.....	26
Encadré 3	
Méthodologie	56

Liste des tableaux

Tableau 1 Choix retenus 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.....	35
Tableau 2 Choix retenus 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'ES 2002-03.....	36
Tableau 3 Proportion d'inclassables selon le sexe, l'âge et l'enquête	41
Tableau 4 Profils d'alcoolisation obtenus par conjugaison des deux tests AUDIT-C et DETA dans l'ES	51
Tableau 5 Distinction de comportements d'alcoolisation plus fins parmi les consommateurs d'alcool en conjuguant les deux tests AUDIT-C et DETA dans l'ES	52
Tableau 6 Taux standardisés de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique pour 100 000 habitants.....	88
Tableau 7 Structure pondérée et non-pondérée des échantillons	93
Tableau 8 Prévalence des problèmes d'alcool, pour les hommes	96
Tableau 9 Prévalence des problèmes d'alcool, pour les femmes	98

Liste des schémas

Schéma 1 Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ESPS 2002 selon l'AUDIT-C validé	39
Schéma 2 Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ES 2002/2003 selon l'AUDIT-C modifié	39
Schéma 3 Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ES 2002/2003 selon l'AUDIT-C modifié et le DETA.....	40
Schéma 4 Modélisation « en escalier »	57

Achévé d'imprimer le 12 septembre 2006
COPY PRODUCTION
75, avenue de la Division Leclerc
92160 Antony
Dépôt légal : Septembre 2006