Données déclaratives, sanitaires et économiques sur l'alcool : aperçu des désaccords régionaux

Stéphane Legleye

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris

INTRODUCTION

L'alcool est le produit psychoactif le plus consommé dans la population française ; son usage problématique est à l'origine d'un grand nombre de pathologies et de décès (entre 35 000 et 45 000 décès directement ou indirectement liés, par an), et occasionne un coût très important à la collectivité. Deux grands types de données permettent de documenter le phénomène : les enquêtes en population générale interrogeant la consommation personnelle et les statistiques sanitaires ou économiques qui renseignent sur les conséquences des usages ou la charge financière qu'ils représentent pour les ménages. Cet article récapitule les données déclaratives d'usage des enquêtes en population générale adulte et jeune les plus récentes. Il fournit une cartographie régionale de ces usages et la compare aux données de mortalité dues à l'alcool (Inserm, CepiDC) ainsi qu'aux revenus des ménages et à leurs achats d'alcool (enquête budget des ménages, Insee). Enfin, il plaide l'inclusion de questions interrogeant le contexte d'usage et permettant de repérer les usagers problématiques plutôt que les usagers simples dans les enquêtes en population générale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données déclaratives d'usage proviennent, pour les adultes, du Baromètre santé 2000, coordonné par le Comité français pour l'éducation à la santé (CFES) devenu depuis l'Institut national pour l'éducation à la santé (Inpes) et exploité en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Cette enquête téléphonique auprès de 13 800 ménages interroge les 12-75 ans sur la santé et les usages de produits psychoactifs. Les données sur les adolescents proviennent de l'enquête Escapad (enquête sur les comportements et la santé lors de l'appel de préparation à la défense), réalisée annuellement par l'OFDT avec le concours de la Direction centrale du service national lors de la journée d'appel de préparation à la défense auprès de 20 000 jeunes de 17-19 ans en métropole, dans les départements et territoires d'outre-mer. Elle est centrée sur la santé et les usages de produits psychoactifs . Les données de mortalité sont issues du CepiDC de l'Inserm pour l'année 1998 et les données de budget des ménages de l'enquête Budget des ménages 1995 de l'Insee.

Dans les enquêtes en population générale, toutes les différences présentées ont été testées à l'aide du test du Chi2 et sont significatives au seuil 0,05.

RÉSULTATS

L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée en France : d'après le Baromètre santé 2000, seules 2,8 % des personnes de 15 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu aucune boisson alcoolisée (vin, bière, alcools forts ou autres alcools, tels que champagne, cidre, panaché, …).

L'usage quotidien au cours des 12 derniers mois concerne 20,3 % des 15-75 ans, l'usage hebdomadaire (au moins une fois par semaine) 41,1 %, les usages plus occasionnels, 30,1 %, l'abstinence sur cette période 7,9 % [1]. L'usage quotidien est trois fois plus fréquent parmi les hommes que les femmes (29,2 % et 11,7 %) et touche essentiellement les générations âgées : très rare chez les 20-25 ans (3,0 %), il est commun entre 65 et 75 ans (64,9 % des hommes *vs* 33,1 % des femmes). L'essentiel de la consommation concerne le vin : 18,4 % des 15-75 ans en déclarent un usage quotidien, contre 2,7 % pour la bière, 0,9 % pour les alcools forts et 0,5 % pour les autres alcools. La bière et les alcools forts ont la préférence des jeunes, alors que le vin domine chez les plus âgés.

Parmi les 15-75 ans, 14,8 % déclarent avoir connu au moins une ivresse au cours des 12 derniers mois (22,4 % des hommes *vs* 7,5 % des femmes) tandis que 3,8 % des hommes et 0,6 % des femmes déclarent des ivresses régulières (10 et plus sur la période).

Jeunes : une consommation de week-end et des ivresses plus nombreuses

Plus de 4 individus sur 10 (41,4 %) déclarent avoir bu de l'alcool le samedi précédant l'enquête. Souvent plus importante en quantité que celle de la semaine, cette consommation concerne davantage les jeunes : les hommes de 20-25 ans déclarent avoir bu en moyenne 3,3 verres la veille lorsqu'ils ont bu de l'alcool, contre 5,0 verres le samedi (ces moyennes étant respectivement de 2,0 et 2,7 verres chez les femmes du même âge). Au-delà de 45 ans, les consommations du samedi soir et de la veille ne diffèrent plus en quantité. Si 8,6 % des 20-25 ans déclarent des ivresses régulières, ce comportement devient rare chez les plus âgés (moins de 0,5 % au-delà de 45 ans). Les données Escapad 2002 corroborent ces résultats : à 17 ans, les usages quotidiens (1,0 %) ou réguliers (10 fois et plus au cours du mois : 6,1 % des filles et 18,8 % des garçons) sont beaucoup plus rares que chez les adultes, mais les ivresses sont plus répandues, puisque 55,8 % des garçons et 38,2 % des filles ont été ivres au cours de l'année et 10,1 % et 2,5 % l'ont été 10 fois ou plus [3].

Risque maximal d'usage problématique entre 45 et 54 ans, suivant le test DETA[1]

Il est difficile de brosser un tableau de l'usage problématique à l'aide de ces indicateurs : le baromètre propose cependant de repérer les personnes présentant un risque d'usage problématique d'alcool, mesuré selon le test DETA : 14,0 % des hommes et 4,1 % des femmes de 15-75 ans présenteraient un tel risque, surtout entre 45 et 54 ans (19,4 % des hommes et 5,5 % des femmes). En revanche, seuls 1,1 % des hommes et 0,3 % des femmes disent avoir eu besoin d'alcool pour se sentir en forme le matin, ce qui peut être considéré comme un signe de dépendance.

Divergences entre les types de données

Les cartographies régionales (figures 1 à 4) obtenues à partir des déclarations individuelles de consommation (qu'il s'agisse de cartes obtenues à partir des indicateurs présentés pris séparément ou au contraire tous pris en compte simultanément) s'accordent mal avec celles provenant des données de mortalité dues à l'alcool ou des données de budget des ménages (revenus, montant et part des dépenses d'achat d'alcool par unité de consommation) alors que ces dernières concordent souvent mieux entre elles [2]. La divergence est par exemple criante dans le Nord (où l'usage déclaré est faible mais la mortalité très élevée, et où les revenus sont faibles et les dépenses d'achat d'alcool très importantes selon les données de l'enquête Budget des ménages de 1995), ainsi que dans le Sud-Ouest (où la situation est inverse, surtout en ce qui concerne la mortalité)[2]. Quant à l'usage problématique évalué par le DETA, il est répandu de façon homogène sur le territoire. L'échantillon 2002-2003 d'Escapad (27 000 individus de 17 ans) permet de retrouver certaines de ces tendances : l'usage régulier est plus répandu dans le sud, sur la façade atlantique du pays et plus rare dans une pénétrante partant du Nord jusqu'à l'Île-de-France. Les ivresses régulières sont plus fréquentes en Rhône-Alpes, Aquitaine, Pays-de-la-Loire et surtout en Bretagne, où elles sont deux fois plus répandues que dans le reste de la France.

---

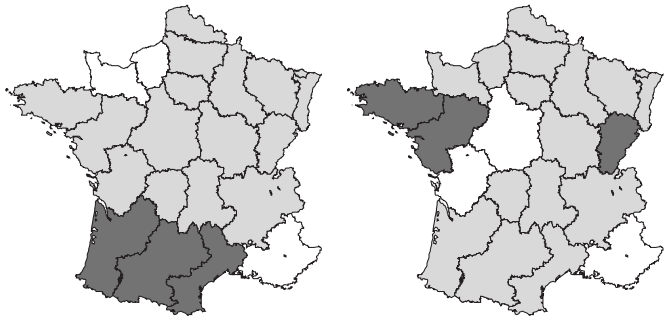
[1] DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ? Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? A partir de deux réponses positives, le risque de consommation excessive et/ou d'une éventuelle alcoolo-dépendance passée(s) ou présente(s) est jugé élevé.

[2] Muriel Boin, de l'ORS Centre a présenté en novembre 2003 une actualisation nationale, régionale et cantonale des données de mortalité dues à l'alcool lors d'une présentation à l'IREB (Institut de recherche et d'études sur les boissons) qui corrobore les données présentées ici et illustre très bien le phénomène.

Figure 1

Usage quotidien d'alcool et ivresses régulières chez les 15-75 ans, 2000



Usage quotidien d'alcool au cours de l'année

Ivresses régulières (10 et plus au cours de l'année)

Prévalence significativement inférieure au reste de la France

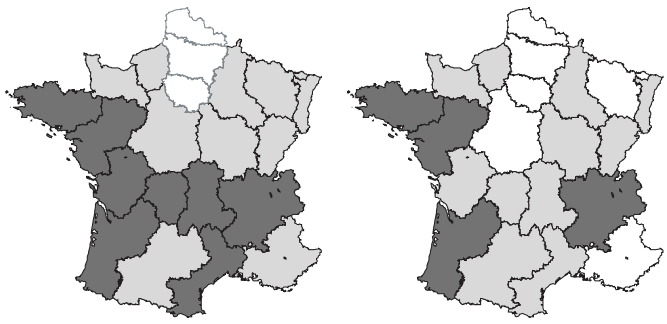
Prévalence non significativement différente

Prévalence significativement supérieure (test du Chi2, $p < 0,1$)

Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Figure 2

Usage régulier d'alcool et ivresses régulières à 17 ans, 2002-2003



Usage régulier d'alcool (10 et plus par mois)

Ivresses régulières (10 et plus au cours de l'année)

Prévalence significativement inférieure au reste de la France

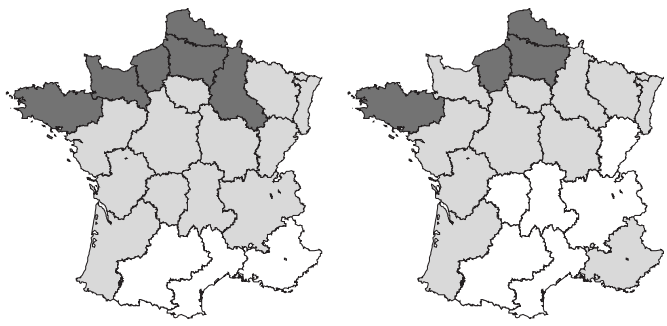
Prévalence non significativement différente

Prévalence significativement supérieure (test du Chi2, $p < 0,1$)

Source : Escapad 2002-2003, OFDT

Figure 3

Taux de mortalité due à l'alcool



Hommes

Femmes

Prévalence significativement inférieure au reste de la France

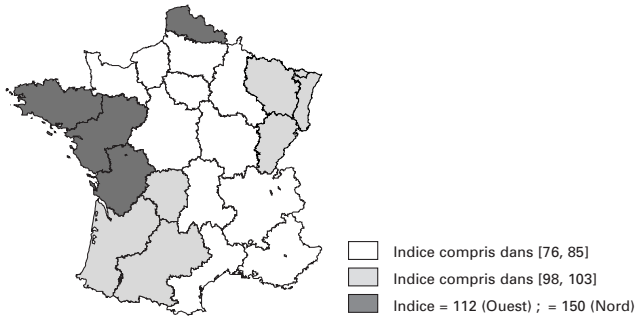
Prévalence non significativement différente

Prévalence significativement supérieure (test du Chi2, $p < 0,1$)

Source : Inserm CepiDc, 1998 (Drogues et Dépendances, 2002)

Figure 4

Part des dépenses des ménages consacrées à l'achat d'alcool dans les Zones économiques et d'aménagement du territoire (ZEAT), 1995



Source : Le budget des ménages en 1995, Insee résultats, 1997

DISCUSSION

Le décalage temporel important existant entre l'installation dans un usage chronique d'alcool et les maladies chroniques qui en découlent à long terme nuit à la comparabilité entre les données de consommation actuelles et les statistiques de morbidité ou de mortalité dues à l'alcool. Cependant, les cartes issues des enquêtes déclaratives auprès des jeunes et des adultes concordent assez bien, ce qui suggère que les différences régionales de comportements d'usage sont assez stables dans le temps et que les plus importants (usages quotidiens, ivresses régulières) devraient être corrélés à des conséquences négatives visibles. De l'autre côté, les cartes d'achat d'alcool [4] et de mortalité [5] concordent également : pourtant les deux ensembles de données divergent, notamment dans le Nord, où les usages semblent sous-déclarés comparativement aux dépenses d'achat et au taux de mortalité dus à l'alcool. Les données de budget des ménages et les statistiques de mortalité ne sont certes pas exemptes de biais (autoconsommation dans les régions productrices d'alcool, enregistrement du motif du décès, etc.), mais cette discordance pose la question de l'amélioration des indicateurs et de leur utilisation dans les enquêtes en population générale. Outre l'amélioration de la couverture de la population sensible, l'objectif des futures enquêtes pourrait être de cerner les rares personnes vulnérables, à risque, effectivement susceptibles à terme de pâtir ou de mourir de leur consommation d'alcool, car tous les buveurs quotidiens ne sont pas des buveurs à risque, pas plus que les individus ayant été ivres au cours de leur vie. Pour cela, l'amélioration peut porter sur quatre points.

D'abord, questionner plus précisément les contextes de consommation (heures, repas, apéritifs, quantités, types d'alcool, etc.) pour limiter les sous-déclarations de fréquence et de quantité. Deuxièmement, s'interroger sur la pertinence de l'indicateur d'ivresse : conséquence de l'intoxication éthylique chronique, l'ivresse est néanmoins subjective, plus fréquemment déclarée par les jeunes que les adultes et par les petits buveurs que les buveurs à risque, ces derniers étant plus accoutumés aux effets de l'alcool. Troisièmement, remplacer le DETA (sensible car interrogeant sur toute la vie sans tenir compte des contextes d'usage, il est aussi peu spécifique) par un test plus complet et fiable, par exemple l'AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test, en 11 questions). Enfin, sans doute faut-il nuancer les analyses en tenant également compte de certaines données économiques, sociales et culturelles (précarité, revenus, problèmes de santé et accès aux soins, représentations de l'alcool et de l'ivresse, etc.) susceptibles de modifier le caractère dommageable des usages pour les individus.

RÉFÉRENCES

[1] Legleye S., Menard C., Baudier F. Le Nezet O., « Alcool », in Baromètre Santé 99, tome 2, sous la direction de Guilbert P, Baudier F, Gaultier A. Editions du CFES, janvier 2002

[2] Legleye S, « Géographie des consommations d'alcool en France », Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2002, 50 : 547-99.

[3] Beck F., Legleye S. « Drogues et adolescence, Usages de drogues et contextes d'usages de 17 à 19 ans, évolutions récentes : Escapad 2002 », Rapport OFDT, 2003.

[4] Le budget des ménages en 1995, Insee Résultats, 1997

[5] Drogues et dépendances, Indicateurs et Tendances 2002, OFDT, janvier 2002

Directeur de la publication : Pr Gilles Brücker, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, f.rossollin@invs.sante.fr
Rédaction : Nolwenn Bodo, InVS, n.bodo@invs.sante.fr
Présidente du comité de lecture : Pr Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat, CClin Paris-Nord - **Comité de rédaction** : Dr Thierry Ancelle, InVS ; Dr Rosemary Ancelle-Park, InVS ; Dr Pierre Arwidson, Inpes ; Dr Jean-Pierre Aubert, médecin généraliste ; Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Eugénia Gomes do Esperito Santo, InVS ; Dr Catherine Ha, InVS ; Dr Magid Herida, InVS ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jougla, Inserm CépiDc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Laurence Mandereau-Bruno, InVS.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466
Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
Tarifs 2004 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)