

Atlas régional des consommations d'alcool 2005

Données INPES/OFDT

FRANÇOIS BECK
STÉPHANE LEGLEYE
OLIVIER LE NÉZET
STANISLAS SPILKA

Préface de
PHILIPPE LAMOUREUX ET JEAN-MICHEL COSTES



ÉLÉMENTS DE MÉTHODE
ET DONNÉES DE CADRAGE

Méthodologie et présentation des résultats

Ce chapitre présente dans un premier temps la méthodologie des deux enquêtes mobilisées : *Escapad* et le *Baromètre santé*. Il précise ensuite les procédures de standardisation, de redressements et de tests statis-

tiques utilisés dans l'ouvrage. Il donne enfin une grille de lecture des tableaux, détaille les régressions logistiques auxquelles il a fallu recourir et s'attarde sur les précautions et limites d'interprétation.

MÉTHODOLOGIE DES ENQUÊTES

Escapad

Grâce à une collaboration de l'OFDT avec la Direction du service national (DSN), l'enquête *Escapad* se déroule lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) dans les 300 centres JAPD disponibles. Elle est effectuée à une période de l'année déterminée de façon à empiéter un minimum sur les vacances scolaires. Il s'agit donc d'un sondage exhaustif : tous les individus présents à une période donnée sont interrogés [6, 21].

Dans toute la France, les garçons et les filles qui participent à la JAPD répondent ainsi à un questionnaire anonyme autoadministré centré sur leur consommation de substances psychoactives. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et sont pour une grande part encore scolarisés dans l'enseignement secondaire, même si certains d'entre eux sont actifs, en apprentissage ou en études supérieures.

Le taux de participation aux JAPD est de l'ordre de 90 %, sachant que ce ratio (nombre de présents sur nombre de convocations) reste en deçà de la réalité. En effet, les appelés sont convoqués par la direction du service national suite à leur recensement en mairie

l'année de leur 16^e anniversaire et trois dates de convocation leur sont proposées. Or, chaque appelé peut choisir de refuser sans préjudice une première, puis une deuxième convocation. La JAPD est de fait quasi obligatoire puisque les participants se voient remettre un certificat dont la présentation est nécessaire à l'inscription aux examens ou contrôles soumis à l'autorité publique (permis de conduire, baccalauréat, examens universitaires, etc.). Le taux de couverture d'une génération de naissance est ainsi proche de 100 % au bout de deux années.

Le taux de participation à l'enquête est quant à lui supérieur à 98 %. Le soin apporté à la présentation de l'enquête (notamment l'assurance de sa déconnection avec le dispositif de la JAPD), la brièveté et la mise en page attractive du questionnaire, l'annonce de la distribution des résultats de l'année passée à l'issue du déroulement de l'enquête (passation), et enfin, les garanties de confidentialité et d'anonymat sont autant d'éléments qui procurent un sentiment de confiance aux appelés, propice au remplissage dans de bonnes conditions selon les rapports des responsables civils et militaires chargés d'assurer la passation.

L'enquête a eu lieu en 2000, 2001, 2002, 2003 et 2005 au plan national¹. Elle a été étendue aux départements d'outre-mer (Dom) en 2001 et aux collectivités d'outre-mer (Com : Polynésie française et Nouvelle-Calédonie) en 2003. En 2005, la période de passation a été étendue de mars à juin afin de garantir un effectif conséquent pour l'analyse dans toutes les régions. La collecte a consisté à interroger tous les adolescents présents tous les jours de la période dans les centres n'effectuant pas d'initiation au secourisme (soit plus de la moitié d'entre eux chaque jour, les centres désignés pouvant varier d'un jour à l'autre). De nombreuses petites régions ont été volontairement suréchantillonnées (en prolongeant la période pendant laquelle l'enquête a été soumise aux appelés) afin d'obtenir partout des effectifs suffisants pour une analyse régionale robuste.

En tout, plus de 37 000 individus ont été interrogés sur les 800 000 appelés annuels, soit un taux de sondage de 4,6 %. Les sondés sont âgés de 16 à 23 ans; la majorité a 17 ans.

Après contrôle de la qualité des données et filtrage sur l'âge (conservation des individus ayant 17 ans exactement au moment de la passation, le mois de naissance étant renseigné dans 98,0 % des cas), on dénombre 29 393

questionnaires exploitables en métropole, remplis à 50 % par des garçons, à 50 % par des filles, âgés de 17 ans en âge exact² au moment de l'enquête. Dans les Dom et les Com, les dispositions particulières d'organisation de la JAPD (faiblesse des effectifs par classe d'âge et calendrier de convocation un peu plus tardif) conduisent à retenir 4 122 jeunes âgés de 17 et 18 ans en âge exact.

L'enquête *Escapad* a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis), le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du label, ainsi que l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Les exercices 2002 et 2003 d'*Escapad* ont également été mobilisés conjointement pour fournir des évolutions régionales robustes : les seuls effectifs régionaux de l'enquête 2003 étaient en effet insuffisants pour certaines régions. Les chiffres provenant des estimations 2002/2003 ont déjà fait l'objet d'une publication dans l'*Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français* paru en 2005 [4]. Le lecteur pourra s'y reporter pour de plus amples détails concernant la méthodologie.

Baromètre santé 2005

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'INPES mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes intitulées *Baromètre santé*, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français [2, 16]. Ces enquêtes sont réalisées suivant un sondage à deux degrés (ménage puis individu) à l'aide du système de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement à partir de l'annuaire, le dernier chiffre étant incrémenté de 1, ce qui permet d'interroger les ménages en liste rouge. L'annuaire inversé est utilisé pour envoyer aux ménages sur liste blanche une lettre-annonce mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre (les listes rouges se la voient proposer *a posteriori*). Si personne ne répond au téléphone ou si la ligne est occupée, le numéro est recomposé automatiquement jusqu'à douze fois à des horaires et des jours différents, la machine raccrochant à chaque fois après 8 sonneries. Pour être éligible, un ménage doit comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans parlant le français. Au sein du foyer, l'individu sélectionné est celui dont l'anniversaire est le plus proche. En cas d'indisponibilité, un rendez-vous téléphonique est proposé et, en cas de refus de participation, le ménage est abandonné sans remplacement. L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Cnil.

En 2005, pour faire face à l'abandon récent du téléphone filaire au profit du mobile, un échantillon de 4 061 individus issus de ménages ne possédant qu'un téléphone mobile a été interrogé en plus des 26 500 individus possédant une ligne fixe à leur domicile [14]. La passation du questionnaire a été assurée par la société Atoo. Elle durait en

1. En 2004, seule une enquête spécifique Paris intra muros a été menée [5].
2. C'est-à-dire qu'ils viennent de fêter leur 17^e anniversaire : il s'agit donc de l'âge au sens courant du terme (on parle aussi d'âge révolu).

moyenne quarante minutes pour les personnes interrogées sur téléphone fixe et un peu plus d'un quart d'heure pour les personnes interrogées sur téléphone portable. Une société de surveillance, l'Organisme de conformité du recueil des données (OCRD), était présente tous les jours de l'enquête afin de vérifier la bonne passation du questionnaire, conformément au cahier des charges de l'institut de sondage.

Au terme de l'enquête, les données ont été pondérées par la probabilité de tirage au sein du ménage (pour compenser le fait qu'au sein d'un ménage nombreux, un individu a moins de chance d'être tiré au sort) et calées sur les données du dernier recensement de la population (1999). Les taux de refus observés à la fin de l'enquête ont été de 34,7 % pour les individus dont le numéro était

inscrit sur liste blanche et de 45,2 % pour ceux dont le numéro était inscrit sur liste rouge. Si l'on ajoute à ces refus les abandons en cours de questionnaire, ils atteignent respectivement 39,9 % et 50,6 %, soit un taux de refus global de 42,1 % pour l'ensemble des lignes fixes. Pour les individus issus de ménages ne possédant qu'un téléphone mobile, un taux de refus de 40 % a été observé, auquel il faut ajouter les 3 % correspondant aux individus ayant abandonné l'enquête en cours d'entretien. L'échantillon comprend finalement 30 514 individus de 12 à 75 ans, mais seules les réponses des 29 431 individus âgés de 15 à 75 ans ont été retenues pour l'analyse, dans la mesure où toutes les questions relatives à l'alcoolisation n'ont pas été posées aux 12-14 ans.

STANDARDISATIONS ET REDRESSEMENTS UTILISÉS

Dans le *Baromètre santé 2005*, l'échantillon national est redressé par grande région UDA³ (et non par région administrative), de sorte que, pour l'analyse régionale, il a été nécessaire de redresser les données régionales sur la structure démographique propre de la région telle qu'elle avait été décrite par les dernières données démographiques fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2003.

L'âge compte parmi les déterminants principaux des consommations d'alcool [3, 20]. Or les populations des régions sont inégalement avancées en âge. Ainsi, l'âge moyen dans l'échantillon de l'Île-de-France est de 38,4 ans contre 45,5 ans en Poitou-Charentes, et 42,2 ans sur l'ensemble de la métropole. Une comparaison simple montre que la région Poitou-Charentes présente un taux de consommateurs quotidiens supérieur à celui du reste de la France. Cette constatation est juste mais descriptive : la surconsommation observée peut être due à une particularité régionale de consommation (« effet région ») autant qu'à la vieillesse relative de la région comparativement au reste du pays (« effet âge »). Pour limiter cet éventuel effet de l'âge dans l'appréciation d'une différence régionale, il faut avoir recours à des données standardisées. La standardisation consiste à caler la structure démographique de toutes les régions sur une structure de référence, en l'occurrence ici la structure de l'échantillon national. Elle a été utilisée pour la comparaison de chaque région avec le reste de la France.

Comme nous l'avons vu, en 2005, le plan de sondage d'*Escapad* a reposé sur un suréchantillonnage de nombreuses petites régions métropolitaines (par simple extension de la période pendant laquelle a été menée l'enquête) de façon à disposer d'effectifs suffisants pour une analyse départementale et régionale. Cela a conduit à redresser les données afin de rendre à tous les départements leur vrai poids démographique⁴. Si l'âge est fixé par le protocole d'enquête, un redressement a toutefois été nécessaire pour assurer une meilleure représentativité tant régionale que nationale. Ainsi, les poids démographiques et les *sex ratios* (rapports hommes/femmes) des départements ont été calés sur les dernières données démographiques de l'Insee.

Pour le *Baromètre santé*, la standardisation nationale comme le redressement régional ont été faits sur le sexe et sur les tranches d'âge suivantes : 15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-64 ans, 65-75 ans. Cela est vrai pour le *Baromètre santé 2005* mais également pour celui mené en 2000.

Dans le cas du *Baromètre santé*, les effectifs bruts, régionalisés et standardisés sont identiques. Dans le cas d'*Escapad*, les effectifs peuvent varier considérablement pour des régions sous- ou suréchantillonnées puisque le redressement permet une représentativité à la fois régionale et nationale.

Les **tableaux II et III** récapitulent les *sex ratios* et les âges moyens obtenus par région sur les données brutes et redressées (standardisées), ainsi que l'impact de ces redressements sur la mesure régionale et nationale de l'usage régulier d'alcool dans le *Baromètre santé*. Ils sont suivis des **tableaux IV et V** qui présentent, pour les deux enquêtes, les niveaux de précision des valeurs dans chaque région.

3. Les régions UDA (Union des annonceurs) regroupent la Région parisienne, le Bassin parisien ouest (Centre, Haute-Normandie, Basse-Normandie), le Bassin parisien est (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie), le Nord (Nord - Pas-de-Calais), l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes), l'Est (Alsace, Lorraine, Franche-Comté), le Sud-Ouest (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées), le Centre-Est (Auvergne, Rhône-Alpes) et la Méditerranée (Corse, Languedoc-Roussillon, Provence - Alpes - Côte d'Azur).

4. Dans les quelques cas où les effectifs étaient insuffisants, le poids des autres départements de la région a été augmenté de façon compensatoire pour restituer le poids démographique de la région.

TABLEAU I

Effectifs régionaux des enquêtes mobilisées

	Baromètre santé 2005 (15-75 ans)	Baromètre santé 2000 (15-75 ans)	Escapad 2005 (17 ans en métropole, 17-18 ans outre-mer)	Escapad 2002/2003 (17 ans en métropole, 17-18 ans outre-mer)
Alsace	879	450	978	1 204
Aquitaine	1 626	709	966	1 076
Auvergne	752	358	928	1 000
Basse-Normandie	654	343	960	902
Bourgogne	859	366	985	1 081
Bretagne	1 764	784	2 730	1 475
Centre	1 097	548	1 690	1 366
Champagne-Ardenne	535	320	843	834
Corse ¹	131	64	540	200
Franche-Comté	589	310	957	847
Haute-Normandie	737	397	889	684
Île-de-France	4 285	1 992	2 570	2 484
Languedoc-Roussillon	1 383	511	957	1 133
Limousin	401	182	916	545
Lorraine	845	564	1 864	1 448
Midi-Pyrénées	1 494	602	1 793	1 390
Nord - Pas-de-Calais	2 133	891	2 011	1 755
Paca	2 381	915	1 835	1 487
Pays de la Loire	1 783	828	1 232	1 905
Picardie	846	370	967	1 081
Poitou-Charentes	927	368	1 008	1 136
Rhône-Alpes	3 053	1 270	1 774	2 499
Total métropole	29 154	13 142	29 393	27 532
Guadeloupe	-	-	901	1 026
Guyane	-	-	280	279
Martinique	-	-	892	890
Réunion	-	-	922	798
Nouvelle-Calédonie	-	-	701	605
Polynésie française	-	-	426	357

1. Aucune statistique n'est fournie pour la population adulte.

TESTS UTILISÉS

Le test utilisé pour la comparaison de pourcentages dans les tableaux des fiches régionales (comparaison entre la prévalence mesurée dans la région et celle mesurée dans le reste de la France) ou dans les cartes de taux standardisés est le test de comparaison de proportions⁵. Lorsque les effectifs étaient insuffisants, c'est le test du Chi² avec la correction de Yates qui a été utilisé⁶, et si le nombre d'individus était encore plus faible, aucun test n'a été effectué⁷.

Le test de comparaison de moyenne est le test t classique.

Il convient de préciser que la taille des échantillons comparés influe directement sur la puissance statistique des tests. Dans le cas d'*Escapad*, dans la mesure où certaines régions ont été suréchantillonnées, les effectifs redressés peuvent différer nettement des effectifs bruts ; afin de ne pas biaiser la comparaison, les tests ont été effectués à partir des pourcentages redressés mais avec des effectifs bruts. L'ensemble des calculs a ainsi été opéré à l'aide du logiciel Excel et non du logiciel statistique SAS.

Dans le cas du *Baromètre santé 2005*, les effectifs bruts,

régionalisés et standardisés sont identiques : aucune précaution particulière n'a été prise car ce n'était pas nécessaire.

Pour la comparaison, au sein d'une région ou dans l'ensemble de la métropole, des prévalences entre hommes et femmes (garçons et filles), la même procédure a été utilisée.

Notons que la comparaison des *sex ratios* mesurés au sein de la région et dans le reste de la France n'a pas été faite : plus exactement, la différence entre les deux n'a jamais été testée⁸. Des écarts de *sex ratios* entre une région et le reste de la France sont parfois cependant commentés. Cette comparaison a été faite avec prudence, lorsque la différence est importante, et corroborée par plusieurs mesures sur des indicateurs similaires, et possède donc une certaine robustesse et très probablement un sens et une réalité sociologique⁹.

Dans les tableaux des fiches régionales adultes, les chiffres régionaux présentés pour 2000 et 2005 ont été obtenus suite à un redressement régional sur les données Insee 2003. Les résultats des tests d'évolution reposent sur les données redressées et les effectifs bruts.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les symboles *, **, *** désignent les degrés de significativité des tests utilisés. Ils indiquent que l'écart testé est significatif respectivement aux seuils $p = 0,05$, $p = 0,01$, $p = 0,001$. S'il n'y a aucune étoile, l'écart est considéré comme non significatif et noté « ns » : autrement dit, malgré leur différence apparente, les pourcentages (ou moyennes) en cause doivent être considérés comme trop peu différents pour que l'écart qui existe entre eux puisse être commenté sans risque d'erreur.

À l'exception des moyennes (nombre de verres bus la veille de l'enquête ou âge moyen lors de la première ivresse), les niveaux des différents indicateurs sont donnés sans décimale. Ainsi, une prévalence strictement inférieure à 0,5 sera notée « 0 » dans un tableau. Ce choix permet de rappeler que les chiffres obtenus sont des estimations assorties d'une précision dépendant notamment de la taille de l'échantillon.

Dans les tableaux des fiches régionales adultes, dont un exemple est présenté ci-dessous [tableau VI], les chiffres régionaux présentés pour 2000 et 2005 diffèrent très légèrement des chiffres bruts ainsi que des chiffres standardisés nationalement, présentés dans l'analyse cartographique des 15-75 ans. Les données concernant la métropole sont pour leur part redressées et calées sur la structure nationale Insee. Les résultats des tests de comparaison entre les données régionales et celles de la métropole pour 2005 sont représentés dans la colonne « Métropole 2005/Ensemble », à droite du chiffre. Ces tests se fondent sur les pourcentages standardisés sur la base nationale pour la région comme pour le reste de la métropole et non sur les pourcentages redressés présentés dans le tableau. Ils

tiennent compte, par ailleurs, des effectifs bruts. Les résultats des tests d'évolution sont présentés dans la colonne « Bretagne 2000/Ensemble » à droite du chiffre.

Dans les tableaux exposant la structure des échantillons du point de vue sociodémographique, les pourcentages sont régionalisés, mais la comparaison porte sur les taux standardisés nationalement.

Dans les tableaux de données à 17 ans, dont un exemple est présenté ci-dessous [tableau VII], tous les chiffres présentés sont obtenus à partir d'un redressement régional sur les données Insee départementales 2003. L'ensemble des comparaisons se fonde sur ces pourcentages mais utilise les effectifs bruts.

Dans les tableaux, les comparaisons entre les sexes figurent, le cas échéant, dans les colonnes « *sex ratio* ». Celui-ci est calculé comme le ratio de la prévalence mesurée parmi les hommes et de celle mesurée parmi les femmes figurant dans les colonnes « hommes » et « femmes ».

Afin d'illustrer la lecture des tableaux issus des fiches régionales, prenons la troisième ligne du tableau VI :

5. Ce test est asymptotiquement équivalent au Chi² pour de grands effectifs, ce qui est le cas ici.

6. C'est-à-dire lorsque, dans les tableaux croisés à quatre cases, une des cases contenait entre 3 et 5 individus.

7. Ces cas sont rares et mentionnés par « ND » dans les tableaux, ce qui signifie « non déterminé ».

8. Il est toutefois possible de le faire de façon approchée en recourant à un test d'hétérogénéité d'*odds ratios*.

9. Il peut parfois arriver que les effectifs des femmes rendent le calcul impossible (division par zéro, indiqué par « ND ») ou le résultat très peu vraisemblable (supérieur à 10, par exemple, alors noté « > 10 »), ce qui est une conséquence de la limite des enquêtes en population générale pour l'observation des comportements rares.

- 1,6*** : l'écart entre le niveau d'usage hebdomadaire des Bretons et celui des Bretonnes est très significatif ;
- 67%*** : l'usage hebdomadaire des Bretons est à la baisse entre 2000 et 2005 (67 % versus 54 % en 2005, $p < 0,001$) ;
- 48,6 %*** : le niveau d'usage hebdomadaire apparaît

nettement supérieur en Bretagne (54 %) à ce qu'il est dans le reste de la métropole ;

- 1,7*** : sur l'ensemble de la métropole, l'écart entre le niveau d'usage hebdomadaire des hommes et celui des femmes est très significatif.

TABLEAU VI

Fréquences de consommation d'alcool parmi les 15-75 ans

	Bretagne (2005)				Bretagne (2000)	Métropole (2005)	
	Hommes	Femmes	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Ensemble	Sex ratio
Expérimentation	96 %	95 %	95 %	1,0 ns	99 %***	92,5 %***	1,0***
Usage au cours de l'année	91 %	88 %	89 %	1,0 ns	95 %***	86,3 %**	1,1***
Usage au cours de la semaine	66 %	41 %	54 %	1,6***	67 %***	48,6 %***	1,7***
Usage régulier	33 %	13 %	23 %	2,5***		21,5 %ns	2,7***
Usage quotidien	20 %	8 %	14 %	2,5***	20 %*	14,4 %ns	2,8***
Nombre de verres bus la veille de l'enquête (moyenne)	2,8	1,6	2,4	***	2,5 ns	2,3 ns	***

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

Source : Baromètre 2005, INPES.

TABLEAU VII

Fréquences de consommation d'alcool à 17 ans

	Bretagne (2005)				Bretagne (2002/2003)	Métropole (2005)	
	Garçons (%)	Filles (%)	Ensemble (%)	Sex ratio	Ensemble (%)	Ensemble (%)	Sex ratio
Expérimentation	97	96	96	1,0 ns	97 ns	92,3***	1,0***
Usage au cours du mois	90	85	87	1,1***	87 ns	78,7***	1,1***
Usage régulier	17	7	12	2,3***	15**	12,0 ns	2,9***
Usage quotidien	2	1	1	2,1*	0**	1,2 ns	6,8***

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif.

Source : Escapad 2005, OFDT.

RÉGRESSIONS LOGISTIQUES

L'âge et le sexe sont des éléments fondamentaux à prendre en compte pour comparer les régions entre elles : la standardisation opérée dans les deux enquêtes assure donc le contrôle d'une partie importante des facteurs de confusion. Toutefois, d'autres éléments peuvent expliquer les écarts entre régions, tels que les inégalités sociales et économiques, le degré d'urbanisation, etc.

Afin de tenir compte de quelques éléments supplémentaires et de vérifier l'existence d'un effet résiduel lié à la résidence dans la région qui ne soit pas réductible aux variables sociodémographiques contrôlées, des régressions logistiques ont systématiquement été effectuées. Dans ces analyses, les effets sont exprimés à l'aide d'*odds ratios*, qui fournissent une mesure « toutes choses égales par ailleurs »¹⁰.

La nature des variables diffère suivant l'enquête.

Escapad

Dans le cas d'*Escapad*, le modèle s'écrit :

Indicateur = f (sexe, statut scolaire ou professionnel, redoublement, statut d'activité des parents, décohabitation, résidence dans la région),

où Indicateur symbolise le comportement modélisé, par exemple la consommation régulière d'alcool (variable pouvant prendre les valeurs oui/non), et où f () symbolise l'équation logistique.

- Le statut scolaire se décline en trois modalités : élèves de filière générale et technique (référence), élèves apprentis ou en formation alternée, actifs (occupés ou non).

- Le redoublement distingue les individus qui n'ont jamais redoublé (référence), ceux qui ont redoublé une fois et ceux qui ont redoublé deux fois.

- Le statut d'activité des parents distingue les familles dont au moins un des parents travaille (référence) de celles dont les deux parents sont inoccupés ou inactifs.

- La décohabitation distingue les jeunes qui vivent avec leurs parents (référence) de ceux qui déclarent vivre ailleurs la plupart du temps (pour leurs études ou leur travail).

Notons que dans le cas de l'analyse de la consommation d'un type de boisson particulier, l'analyse logis-

10. Il va sans dire que seuls les éléments pris en compte dans ces analyses, détaillés plus loin, sont considérés comme étant « égaux par ailleurs ».

tique permet de dépasser la simple modélisation de la fréquence de consommation pour proposer de modéliser une inclination (ou une préférence) pour un type donné de boisson alcoolique. En effet, il existe une corrélation entre la fréquence de consommation d'alcool en général et la fréquence de consommation de n'importe quel type d'alcool en particulier. Prenons un exemple : c'est naturellement parmi les individus qui boivent le plus fréquemment que se recrutent le plus facilement les individus qui boivent le plus fréquemment de la bière ; c'est donc dans les régions où la consommation quotidienne est la plus répandue que la consommation au moins hebdomadaire de bière a tendance à être plus courante. Les représentations cartographiques des deux consommations risquent donc d'être redondantes du point de vue informationnel. Pour s'affranchir de ce lien dans l'explication de la consommation au moins hebdomadaire de bière (dans la partie gauche de l'équation), il suffit d'introduire dans le modèle précédent la fréquence de consommation d'alcool (tous types de boissons confondus) au cours de l'année (ou du mois pour *Escapad*) parmi les variables d'ajustement (dans la partie droite de l'équation) et de restreindre l'analyse aux personnes qui ont bu de l'alcool au cours de cette période. Dans ce cas, l'effet associé à la résidence dans la région sur la consommation au moins hebdomadaire de bière est mesuré à fréquence de consommation d'alcool contrôlée, ce qui peut bien être interprété comme une sorte de préférence relative pour la bière. C'est ce choix qui a été effectué dans les cartographies des deux enquêtes.

Baromètre santé 2005

Pour chaque indicateur de consommation et chaque région une régression a été effectuée, dont le modèle peut se décrire comme suit :

Indicateur = f(sexe, âge, statut d'activité, niveau d'études, taille de l'agglomération de résidence, équipement téléphonique, résidence dans la région), où Indicateur symbolise le comportement modélisé, par exemple la consommation quotidienne d'alcool au cours de l'année (variable pouvant prendre les valeurs oui/non), et où f () symbolise l'équation logistique.

Ces variables sont renseignées par chaque individu interrogé dans le *Baromètre santé*. L'âge a été introduit comme une variable continue, mais toutes les autres variables sont catégorielles :

- le sexe prend les femmes comme référence ;

- le statut d'activité distingue les actifs occupés (référence), les chômeurs et les inactifs (étudiants, retraités et autres inactifs) ;
- le niveau d'études distingue, suivant le plus haut diplôme possédé, les personnes n'ayant pas le niveau bac (référence), celles qui ont le bac mais pas de diplôme supérieur et les titulaires d'un diplôme universitaire ;
- la taille de l'agglomération de résidence comprend trois catégories : les agglomérations de moins de 20 000 habitants, celles de 20 000 à 200 000 habitants (référence), celles de plus de 200 000 habitants ;
- enfin, l'équipement téléphonique distingue les personnes sur liste blanche/orange (référence), celles sur liste rouge et celles ayant renoncé au téléphone fixe pour un téléphone mobile.

Remarques sur les modèles

Précisons enfin que les choix opérés résultent des connaissances acquises dans le champ de l'épidémiologie de la consommation d'alcool et en particulier de l'analyse des précédentes vagues d'*Escapad* et du *Baromètre santé*. Ils tiennent également compte d'un certain nombre de contraintes de validité et de robustesse de la modélisation : en particulier, ils visent à minimiser les risques d'interaction entre les variables et à assurer le caractère suffisant des effectifs qui permet la fiabilité des calculs. Puisqu'il s'agit de choix, nécessairement, d'autres analyses auraient été possibles. Néanmoins, les auteurs ont testé différentes solutions (plusieurs choix de variables, plusieurs codages) et toutes donnent des résultats très largement concordants : seules certaines conclusions concernant un petit nombre de régions sont susceptibles d'être infirmées, les *odds ratios* se révélant alors significatifs ou non de justesse suivant le codage. Pour le choix des variables, les auteurs se sont appuyés sur la littérature scientifique et leurs précédentes analyses concernant les facteurs associés à la consommation d'alcool, ainsi que sur les indicateurs statistiques classiques d'adéquation des modèles.

Dans le *Baromètre santé*, le modèle initial a été défini pour la consommation quotidienne d'alcool ; dans *Escapad*, c'est la consommation régulière qui a été retenue. Après un diagnostic de la qualité de l'ajustement de la robustesse des modèles sur quelques régions contrastées du point de vue des effectifs et des structures socioéconomiques (Île-de-France, Limousin, Aquitaine, Nord - Pas-de-Calais), il a été décidé que cet unique modèle serait appliqué à tous les indicateurs pour toutes les régions.

erronées¹¹ ; de la même manière, une carte d'un indicateur donné de 21 comparaisons en compte en moyenne une.

Cette limitation résulte d'un choix pragmatique : l'étude présentée est avant tout descriptive et ne vise pas à tester un grand nombre d'hypothèses avec une marge d'erreur infinitésimale. Abaisser le seuil de significativité interdirait de commenter des différences certainement porteuses de sens sur le plan humain (certaines étant connues par ailleurs) au profit illusoire d'une prise de risque quasi nulle pour l'ensemble des conclusions statistiques. La conséquence d'une erreur de jugement isolée dans la comparaison d'une région au reste de la métropole est d'ailleurs d'importance négligeable et ne remet pas en cause le portrait global de la situation qui est dressé. Par ailleurs, ce choix est tout à fait classique dans ce genre d'études.

Le recours à des taux standardisés et des analyses logistiques multivariées permet d'assurer une certaine homogénéité et comparabilité des entités géographiques du point de vue du sexe, de l'âge, mais aussi d'autres variables socio-démographiques ou géographiques et urbaines. Toutefois, ces procédés n'apportent pas d'explication en soi des différences observées. Ils ne fournissent que des compa-

raisons « toutes choses égales par ailleurs » et suggèrent des interprétations plus qu'ils ne fournissent de clefs pour comprendre la réalité et les mécanismes qui peuvent rendre compte des résultats. Pour les appréhender, il faut disposer d'informations exogènes supplémentaires, dont la nature varie. Il peut s'agir de la corroboration des conclusions actuelles par des résultats antérieurs, ou encore de la connaissance de particularités culturelles et sociologiques régionales provenant d'études historiques, ethnographiques, ou de témoignages d'observateurs locaux.

Cet atlas prétend donc uniquement fournir des éléments de représentation de la diversité des modes de consommation d'alcool sur le territoire. Il est susceptible d'aider les chercheurs à mieux comprendre les spécificités de la consommation d'alcool dans notre pays et les pouvoirs publics à mieux la prévenir ou l'encadrer dans ses manifestations excessives ou nocives.

11. Cette approximation grossière ne tient pas compte de la liaison entre les variables, qui ne rend pas indépendants les tests au sein d'un même tableau d'une fiche régionale... mais permet d'illustrer utilement le phénomène.

PRÉCAUTIONS ET LIMITES D'INTERPRÉTATION

À l'instar de ce qui est pratiqué dans toutes les études épidémiologiques descriptives ou analytiques de ce type, aucune procédure de correction des significativités pour comparaisons multiples n'a été suivie : le seuil de significativité retenu est toujours 5 %, en analyse bivariée comme multivariée. La conséquence de ce choix classique mérite toutefois d'être rappelée : environ 5 % des conclusions des tests statistiques significatifs sont erronées du simple

fait de l'échantillonnage. Cela a des conséquences importantes : chaque résultat significatif commenté a ainsi 5 % de chances d'être faux en réalité (ce qui signifie que si l'enquête en cause était répétée à l'identique 100 fois au même moment, 5 conclusions sur le test en question seraient fausses). Globalement, une fiche régionale qui comporte 42 tests de comparaison de la région au reste de la métropole contient donc en moyenne deux conclusions

Indicateurs et définitions

L'étude des consommations d'alcool nécessite le recours à des indicateurs illustrant au mieux la diversité des modes de consommation. Il peut s'agir de mesures de fréquence, d'intensité de la consommation, voire de mesures des usages à risque ou problématiques, mais aussi de fréquence des ivresses. Il est délicat de synthétiser tous ces éléments en un petit nombre d'indicateurs. L'idéal eut été de disposer des mêmes mesures dans les deux enquêtes mobilisées. Néanmoins, leurs contraintes propres et les natures de leurs publics cibles obligent à des choix, ne serait-ce que parce que les prévalences mesurées seraient trop faibles dans certains cas. Le *Baromètre santé 2005* comporte par exemple des questions sur l'expérimenta-

tion et la fréquence de consommation des différents types de boissons alcoolisées bues dans les douze mois précédant l'enquête, tandis que c'est directement la fréquence de consommation dans les trente derniers jours qui est renseignée dans *Escapad*. Cette différence peut avoir des répercussions importantes.

Le présent chapitre résume les définitions des différents indicateurs retenus dans cet atlas et propose quelques remarques sur leur utilisation et leur portée. Le lecteur est invité à se reporter aux extraits de questionnaires figurant en annexe pour connaître la formulation précise des questions utilisées dans les deux enquêtes.

DÉFINITION DES INDICATEURS UTILISÉS

Indicateurs de la fréquence de consommation

Les indicateurs de la fréquence de consommation utilisés sont :

- l'expérimentation, qui désigne le fait d'avoir déjà bu une boisson alcoolique au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations,
- l'usage actuel, qui désigne l'usage au cours des douze derniers mois,
- l'usage récent, qui désigne l'usage au cours des trente derniers jours ; cet indicateur est également utilisé pour les fréquences des différents types de boissons alcoolisées consommées,

- l'usage régulier, qui désigne le fait de déclarer avoir bu au moins dix fois au cours des trente derniers jours dans *Escapad*, ou au moins trois fois par semaine (soit environ douze fois par mois) au cours des douze derniers mois dans le *Baromètre santé*,

- l'usage quotidien, qui désigne le fait d'avoir bu quotidiennement au cours des trente derniers jours dans *Escapad*, et quotidiennement au cours des douze derniers mois dans le *Baromètre santé*.

Le *Baromètre santé* offre enfin la possibilité de calculer le nombre de verres d'alcool bus par les consommateurs la veille de l'enquête.

Remarque : dans le *Baromètre santé*, la fréquence de

consommation est calculée à partir des fréquences de consommation des quatre différents types d'alcool : vin (blanc, rouge, rosé), bière, alcools forts et « autres alcools » (cidre, champagne, porto, etc.). Dans *Escapad*, elle est issue d'une réponse globale portant sur tous les types d'alcool à la fois (voir les questionnaires en annexe). Enfin, l'expression « consommation régulière » a un sens différent dans les deux enquêtes : elle implique une régularité plus importante dans le *Baromètre santé* (où elle se rapporte aux douze derniers mois) que dans *Escapad* (où elle ne se rapporte qu'aux trente derniers jours). Ce point n'est pas problématique dans la mesure où la comparaison entre les deux n'est jamais faite (elle n'aurait de toute façon pas grand sens compte tenu des différences d'âge des deux populations).

Indicateurs de l'ivresse alcoolique

Les indicateurs de l'ivresse alcoolique sont :

- l'ivresse au cours de la vie,
- l'ivresse au cours de l'année,
- l'ivresse répétée, qui désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois,
- l'ivresse régulière, qui désigne le fait d'avoir été ivre au moins dix fois au cours des douze derniers mois.

Remarque : la définition de l'ivresse alcoolique est laissée à l'appréciation du répondant. Elle peut donc varier considérablement suivant le sexe, l'âge et la culture de consommation. Les questions et les indicateurs qui s'y rapportent sont strictement identiques dans les deux enquêtes.

DÉFINITION DES TESTS DETA ET AUDIT-C

Le repérage précoce des usages à risque a été mis en place dans le cadre d'interventions brèves en alcoologie [12, 24]. Il repose sur des outils standardisés utilisés comme aide au diagnostic lors de l'entretien clinique (ou destinés à normaliser les interrogations cliniques et les descriptions de cas qui s'ensuivent). Pour repérer les buveurs excessifs, les tests disponibles s'avèrent nombreux, en particulier en langue anglaise.

Le test utilisé depuis 1995 dans les *Baromètres santé* est le test Deta¹ [23, 27]. Il se compose de quatre questions portant sur la vie entière : « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? », « Votre entourage vous a-t-il déjà 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 ? » Le risque de problème passé ou présent avec l'alcool (le problème passé ayant une forte valeur prédictive pour l'évaluation des risques ou problèmes actuels) est jugé élevé dès l'obtention de deux réponses positives. Avec le Deta, il s'agit d'explorer brièvement les conséquences psychosociales de l'usage d'alcool et leurs perceptions par le buveur et non de décrire la consommation par une approche en volume ou en fréquence ; ce test vise à repérer les problèmes consécutifs à la consommation, dont le risque de dépendance. Cet indicateur est très

Indicateurs des usages à risque

Les indicateurs de fréquence de consommation ne permettent pas de qualifier la consommation de problématique ou d'abusives. D'autres indicateurs sont nécessaires :

- la consommation d'au moins cinq (*Escapad*) ou six (*Baromètre santé*) verres en une seule occasion, qui est mesurée par sa fréquence au cours de l'année dans le *Baromètre santé* et par sa fréquence au cours des trente derniers jours dans *Escapad*. Cet indicateur décrit un comportement proche du *binge drinking* anglo-saxon, qui correspond à un usage compulsif de boissons alcoolisées.
- le repérage des consommations à risque chronique ou de dépendance suivant le test *Audit-C* dans le *Baromètre santé*,
- le repérage des consommations à risque suivant le test Deta dans le *Baromètre santé*,
- la conduite d'un deux-roues motorisé après l'ingestion de plus d'un verre d'alcool, ainsi que les accidents qui peuvent s'ensuivre, au cours des douze derniers mois, dans *Escapad*.

Indicateurs des contextes d'usages

L'enquête *Escapad* permet, en outre, de documenter le contexte de la dernière consommation d'alcool au cours des trente derniers jours en rapportant le lieu (débit de boisson, discothèque et lieu public ouvert, etc.) ou les éventuelles personnes présentes (parents, frères ou sœurs, amis).

utile pour étudier l'évolution du nombre de positifs au test dans le temps [1, 22]. La validité de la version américaine en population générale a toutefois été remise en question [7]. Un des défauts de ce test est qu'il propose en effet comme référence temporelle la vie entière et peut de ce fait repérer d'anciens usagers à risque qui n'ont, au moment de l'enquête, aucun problème avec l'alcool. Un autre défaut est qu'il fait dépendre en partie l'usage à risque de l'appréciation de l'entourage, élément qui peut s'avérer extrêmement fluctuant en fonction du milieu social de la personne interrogée. Dans le *Baromètre santé 2005*, il n'a été utilisé, aléatoirement, qu'auprès de la moitié de l'échantillon.

La référence internationale est l'*Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit)* élaboré en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [28]. En principe, le test *Audit* repère les buveurs excessifs à l'aide d'un score obtenu en additionnant les réponses à dix questions. En pratique, ce test en dix questions s'avère souvent trop long, qu'il soit posé lors d'une intervention brève ou lors d'une enquête en population générale. Une version courte de ce test a été retenue dans le cadre du *Baromètre santé 2005*. En effet, afin de soulager les

1. Diminuer, entourage, trop, alcool. Il s'agit de la traduction du test américain *Cage*.

individus les moins concernés, l'*Audit-C*, se résumant aux trois premières questions, est parfois proposé [10]. Il s'agit de recueillir la fréquence des jours de consommation au cours des douze derniers mois, le nombre de verres bus un jour typique de consommation, et la fréquence de consommation d'au moins six verres en une seule occasion (qui repère les comportements d'alcoolisations massives ponctuelles). L'*Audit-C* repose donc sur une approche fréquence/quantité qui permet une estimation des volumes d'alcool purs ingérés par semaine et donc l'évaluation des risques encourus pour la santé par une alcoolisation chronique. En principe, un score de trois ou plus est signe d'une forte probabilité de consommation excessive, abusive, ou de dépendance, quel que soit le sexe. Il convient toutefois de garder à l'esprit que ce test ne vise pas à repérer la dépendance proprement dite : il décrit la consommation d'alcool et non ses conséquences.

Deux modifications ont été apportées au questionnaire original. D'abord, l'interrogation a été détaillée par type d'alcool (vin, bière, alcools forts et « autres alcools », tels que le champagne, le cidre, les vins mousseux, etc.), les fréquences étudiées résultant de la prise en compte simultanée de ces quatre déclarations par produit. Cette distinction facilite les efforts de mémoire et augmente la qualité des réponses ; de plus, elle assure la comparabilité avec les *Baromètres santé* antérieurs, notamment pour la documentation des modes de consommations. Ensuite, la dernière modalité initiale de la question de fréquence de consommation a été détaillée : « 4 jours et plus par semaine » a été scindé en « 4 à 6 jours par semaine » d'un côté et « tous les jours » de l'autre. Ce changement assure à peu de frais la comparabilité avec les *Baromètres santé* antérieurs et l'économie d'une question portant sur l'usage quotidien au cours des douze derniers mois.

Enfin, l'algorithme de repérage original de l'*Audit-C* n'a pas été retenu. Plutôt que la définition d'un seuil binaire

AUTRES INDICATEURS UTILISÉS (STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES, ADMINISTRATIVES ET SANITAIRES)

Les indicateurs utilisés dans les textes de présentation générale des régions proviennent de sources extérieures aux deux enquêtes exploitées. Leur nature et leur origine sont diverses.

Pour la partie économique et sociodémographique, les statistiques proviennent de l'ouvrage *La France et ses régions*, publié par l'Insee en 2006 [17], qui rassemble des données administratives à caractère obligatoire et des données d'enquêtes économiques. Celles-ci décrivent donc bien la situation au moment des enquêtes déclaratives mobilisées dans cet atlas ; en revanche, elles ne sont souvent pas établies sur les mêmes tranches d'âge, ni suivant les mêmes définitions de population, etc.

Les statistiques décrivant les conséquences sanitaires de la consommation d'alcool sont issues du recueil de données locales Iliad de l'OFDT [26]. Elles comprennent des données de mortalité, de prises en charge médicales (soit dans des centres spécialisés en alcoologie,

repérant les buveurs excessifs, un autre algorithme a été retenu, plus complexe, défini par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) qui permet de distinguer six types de buveurs à partir d'un calcul du nombre de verres standard d'alcool ingérés par semaine [11]. Dans sa version complète, il repère six types de consommateurs en fonction de leur consommation au cours des douze derniers mois : les abstinentes (13,7 % des 15-75 ans), les buveurs occasionnels « sans risque » (34,4 %), les buveurs réguliers « sans risque » (13,0 %), les buveurs « à risque ponctuel » (26,6 %), les buveurs « à risque chronique » (7,6 %) et les buveurs « à risque de dépendance » (0,9 %)². Les buveurs occasionnels « sans risque » consomment un jour par semaine au maximum, boivent au total moins que les recommandations courantes (21 verres standard par semaine pour les hommes, 14 pour les femmes), et n'ont jamais bu six verres ou plus en une occasion au cours de l'année ; les buveurs réguliers « sans risque » consomment deux à trois fois par semaine ou tous les jours, mais moins que les recommandations courantes et ne boivent jamais six verres ou plus en une occasion ; les buveurs « à risque ponctuel » boivent moins que les recommandations courantes, mais boivent parfois six verres ou plus ; les buveurs « à risque chronique » boivent plus que les recommandations courantes, mais moins de quarante-huit verres au total et boivent au moins une fois par semaine six verres ou plus ; enfin les buveurs « à risque de dépendance » boivent plus de quarante-huit verres par semaine, ou six verres et plus quotidiennement. Au total, 53,5 % des hommes et 21,2 % des femmes présentent une consommation à risque, c'est-à-dire que les volumes d'alcool qu'ils ingèrent excèdent les recommandations de l'OMS et risquent de mettre leur santé en danger à court, moyen ou long terme.

Le seuil retenu ici repère les buveurs à risque chronique ou de dépendance, soit 8,5 % de la population âgée de 15 à 75 ans.

soit dans des services médicaux à la suite d'accidents corporels), mais aussi des données des services répressifs (interpellations pour ivresse sur la voie publique). Il y a donc des données exhaustives, des données résultant d'une offre de soins et des données résultant d'une activité policière.

2. 3,8 % de la population sont inclassables suivant le test, par absence de réponse à au moins une question.

BILAN GÉNÉRAL SUR LES INDICATEURS

Les mesures de fréquence ne permettent pas de porter un regard sur la quantité absorbée, la nocivité ou le caractère socialement indésirable de la consommation. Ainsi, la consommation quotidienne est par exemple très répandue parmi les générations les plus âgées de la population, mais leurs déclarations d'ivresses sont très rares et les quantités moyennes qu'elles déclarent boire sont faibles. Seuls les tests de repérage de l'usage problématique, et en particulier l'*Audit-C* pour l'usage à risque et le *Deta* pour le retentissement social de la consommation, permettent, dans une certaine mesure, de parvenir à une synthèse pouvant aider à porter un tel jugement.

Les chiffres proposés dans cet atlas rendent compte de différences régionales parfois imposantes mais gommant un certain nombre de spécificités. D'abord, l'unité géographique administrative qu'est la région masque des disparités plus fines : départementales, communales, rurales et urbaines, côtières et frontalières, etc. Ensuite, les chiffres décrivent ce qui peut être appelé une consommation

moyenne³, dans la mesure où ils résument la consommation de l'ensemble des buveurs de la région mais ne préjugent en rien de la répartition de ces déclarations dans la population régionale. Ils agrègent en effet des comportements individuels déclarés qui peuvent n'exister que dans certaines franges de la population ou être au contraire répartis de façon homogène dans celle-ci. Il ne permettent pas de savoir si, par exemple, les buveurs d'un certain type sont davantage concentrés dans telle tranche d'âge ou tel groupe social dans cette région que dans le reste du pays. Pour cela, d'autres analyses seraient nécessaires. Inversement toutefois, cette description à base de pourcentages ne fournit pas le portrait d'un consommateur moyen d'alcool résidant dans une région donnée.

³ Techniquement, un pourcentage est d'ailleurs une moyenne calculée sur une variable qui ne prend que les valeurs 0 et 1.

Principaux résultats nationaux

Ce chapitre résume les principaux éléments descriptifs de la consommation d'alcool en métropole : il rappelle les niveaux d'usages mesurés sur l'ensemble de la population et les grandes évolutions, ainsi que des descriptions de la consommation d'alcool selon certaines variables

sociodémographiques essentielles. Pour plus de détails, le lecteur est invité à se reporter à la fiche métropole (p. 94) ainsi qu'aux chapitres correspondants du *Baromètre santé 2005* [2] et du rapport *Escapad 2005* [21].

PRINCIPAUX RÉSULTATS EN POPULATION ADULTE

Les consommations

Malgré une consommation en baisse depuis plusieurs décennies, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France : seules 8,4 % des personnes de 12 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu aucune boisson alcoolisée (vin, bière, alcools forts ou « autres alcools », comme le champagne, le cidre, le panaché, etc.). Au cours des douze derniers mois, 13,7 % des 12-75 ans disent avoir bu tous les jours, 32,7 % au moins une fois par semaine, 38,4 % moins d'une fois par mois, tandis que 15,2 % déclarent n'avoir pas bu d'alcool sur cette période. L'alcool le plus couramment consommé reste le vin (77,1 % des 12-75 ans déclarent en avoir bu au cours de l'année), devant les alcools forts (56,1 %) et la bière (53,1 %). Ces deux derniers types de boissons ont la préférence des jeunes, alors que c'est le vin qui domine chez les plus âgés.

Quelques facteurs associés

Les principaux facteurs associés à la consommation d'alcool sont le sexe et l'âge.

Hommes et femmes se distinguent nettement, et ce

d'autant plus que les fréquences de consommation déclarées sont importantes. Ainsi, les hommes sont proportionnellement presque deux fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine (21,7 % *versus* 11,8, $p < 0,001$) et la proportion de buveurs quotidiens est presque trois fois plus élevée parmi eux (20,3 % *versus* 7,3, $p < 0,001$).

La consommation d'alcool, surtout quotidienne, augmente avec l'âge et apparaît ainsi nettement plus répandue parmi les générations âgées : quasi nulle parmi les 15-19 ans, elle concerne près de 39 % des 65-75 ans.

Là encore, hommes et femmes divergent dans leurs comportements et l'écart entre la prévalence de la consommation quotidienne des hommes et des femmes est d'autant plus important que l'âge est élevé [figure 1]. Elle devient même le mode de consommation majoritaire des hommes de plus de 55 ans, ce qui n'est pas le cas parmi les femmes : chez ces dernières, la consommation mensuelle reste dominante.

Les ivresses et les consommations ponctuelles importantes sont en revanche plutôt l'apanage des jeunes générations, avec, là encore, un fort différentiel hommes/femmes.

Les ivresses alcooliques et les consommations importantes ou à risque pour la santé

Très répandue parmi les hommes (67,0 % d'entre eux disent avoir déjà été ivres au cours de leur vie *versus* 35,3 % des femmes, $p < 0,001$), l'ivresse alcoolique est surtout déclarée par les jeunes générations. Si globalement 14,4 % des personnes interrogées disent avoir été ivres au cours des douze derniers mois, cette proportion est trois fois plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes (21,6 % *versus* 7,5, $p < 0,001$) et elle culmine à 48,3 % parmi les hommes de 20-25 ans (contre un maximum de 20,1 % atteint entre 20 et 25 ans pour les femmes), pour décroître ensuite pour toutes les générations plus âgées. Ainsi, les jeunes sont peu nombreux à consommer de l'alcool quotidiennement, mais leur consommation les mène plus souvent à l'ivresse que celle des plus âgés [figure 2].

Une question permet de documenter les consommations importantes d'alcool, par le cumul d'au moins six verres au cours d'une même occasion de boire. Ce type de comportement n'est pas rare dans la mesure où un tiers des personnes interrogées en déclarent au moins un épisode au cours de l'année écoulée, 14,0 % au moins un par mois.

Là encore, les déclarations varient avec le sexe et l'âge, les hommes jeunes étant particulièrement concernés. Près de la moitié des hommes (48,1 %) rapportent un tel épisode au cours de l'année précédant l'enquête, 22,3 % au moins un par mois, contre respectivement 19,2 % et 5,9 % des femmes. Ces proportions culminent à 20-25 ans : 60,6 % des hommes de cette tranche d'âge (contre 30,2 % des femmes) en déclarent au moins un au cours de l'année écoulée, 34,7 % (contre 10,4 %) au moins un par mois.

De la même façon, 9,8 % des hommes et 4,0 % des femmes disent avoir déjà bu au point de ne plus se souvenir de ce qu'ils avaient fait la veille au moins une fois au cours de l'année écoulée ($p < 0,001$).

Enfin, les usages problématiques ou à risque à moyen ou long terme repérés par les tests *Audit-C* et *Deta* apparaissent nettement plus courants parmi les hommes. Ils deviennent globalement plus fréquents avec l'avancée en âge des hommes, bien que leur prévalence soit plus faible entre 26 et 44 ans, âge correspondant fréquemment à l'installation dans une vie familiale et professionnelle. Parmi les femmes, la prévalence est relativement stable sur toutes les générations observées. Ce point contraste avec l'augmentation de la fréquence des consommations avec l'âge [figure 1] ; il confirme que les femmes ont une

consommation plus modérée et moins souvent à risque que les hommes.

D'importantes différences suivant le statut scolaire et professionnel et le lieu de résidence

Les modes de consommation diffèrent fortement suivant le statut scolaire et professionnel. Les élèves et étudiants boivent moins fréquemment que les actifs du même âge, tandis que le chômage est lié à des usages plus fréquents et plus souvent à risque (selon le test *Audit-C*) ou associés à des ivresses alcooliques. La retraite ne semble pas être un facteur modifiant notablement les usages entre 60 et 65 ans.

Parmi les grandes catégories d'actifs occupant un emploi, les modes de consommation sont un peu plus homogènes : on distingue d'un côté les agriculteurs exploitants, dont les niveaux de consommation quotidienne ou à risque chronique ou de dépendance au sens de l'*Audit-C* sont très élevés, d'un autre les artisans, commerçants, cadres supérieurs et ouvriers, dont le profil est intermédiaire, et enfin, les professions intermédiaires et les employés, dont les niveaux d'usages sont nettement inférieurs toutes choses égales par ailleurs¹. Cependant, il apparaît parfois des différences, au sein d'une même

profession et catégorie sociale², suivant les types de métiers.

Il existe enfin un lien entre mode de consommation d'alcool et taille de l'agglomération urbaine de résidence : la proportion de buveurs réguliers parmi les résidents d'agglomérations de moins de 20 000 habitants atteint 23 %, contre 20 % parmi les résidents d'agglomérations de moins de 200 000 habitants et 16 % parmi ceux d'agglomérations de plus de 200 000 habitants.

Les évolutions depuis 2000

L'évolution des usages d'alcool est plutôt satisfaisante d'un point de vue de santé publique. La consommation quotidienne a nettement chuté entre 2000 et 2005 (passant de 20,3 % à 14,4 % pour la tranche d'âge 15-75 ans). Cependant, les niveaux d'ivresse n'ont que très légèrement baissé et la consommation problématique suivant le test *Deta* est restée stable. De plus, la chute de la consommation quotidienne se trouve très inégalement répartie dans la population. En effet, certains segments de la population, comme les chômeurs ou bien encore les ouvriers, semblent avoir moins profité de ces modifications de comportements que d'autres catégories, plus favorisées. Le statut face à l'emploi et les inégalités économiques pèsent lourdement sur les comportements de santé et notamment la consommation d'alcool.

FIGURE 1

Usage régulier et quotidien d'alcool et consommation ponctuelle importante suivant le sexe et l'âge (en pourcentage)

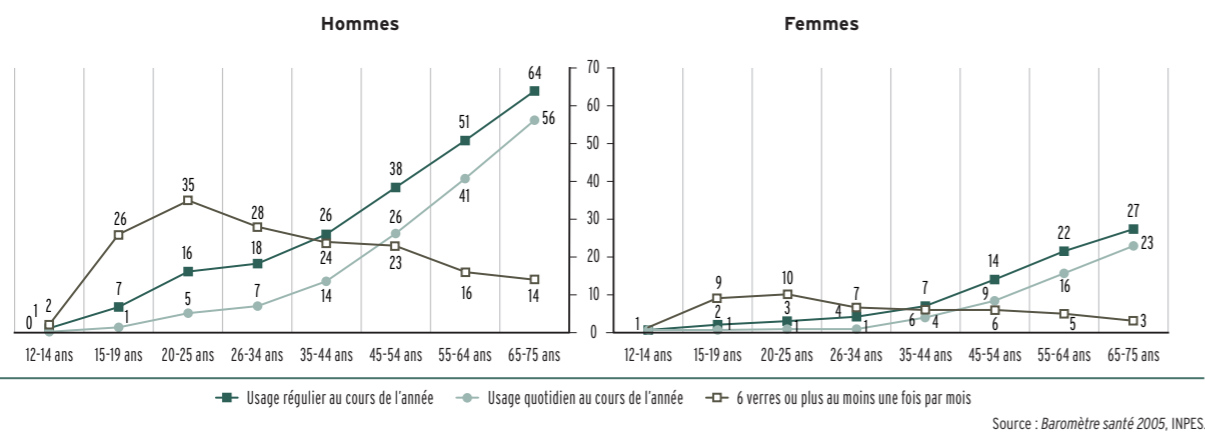
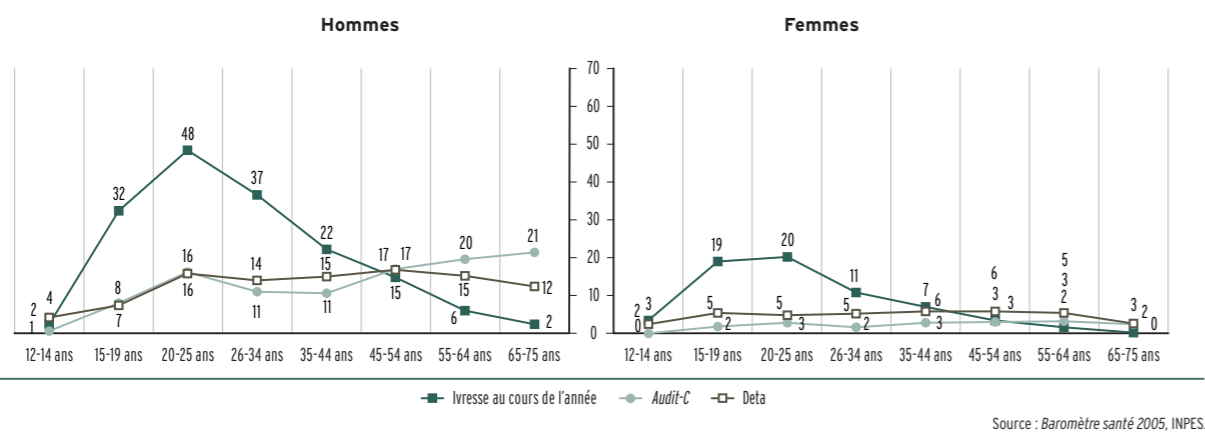


FIGURE 2

Ivresse alcoolique et usages à risque au sens des tests *Audit-C* et *Deta*, suivant le sexe et l'âge (en pourcentage)



PRINCIPAUX RÉSULTATS EN POPULATION ADOLESCENTE

Contrairement à ce qui est observé en population adulte, la consommation d'alcool des adolescents est restée globalement stable depuis l'année 2000. L'expérimentation est légèrement en baisse et la consommation régulière, après un petit pic en 2003 avec 14,5 % à 17 ans, est redescendue à 12,0 % en 2005, soit au niveau mesuré en 2000. En revanche, le niveau des ivresses alcooliques a crû durant la même période, en particulier entre 2003 et 2005, notamment celui des ivresses régulières (passant de 6,6 % à 9,6 %). Ce résultat suggère naturellement une modification des modes de consommation à l'adolescence que l'on pourrait qualifier de durcissement, avec une proportion plus importante de buveurs excessifs ou attirés par l'ivresse. Toutefois, à l'instar de ce qui a été observé en 2003 pour le niveau de la consommation régulière, cette évolution pourrait n'être que transitoire et s'effacer par la suite : les exercices suivants d'*Escapad* permettront de vérifier la pérennité de ce qui apparaît aujourd'hui comme une tendance nouvelle. L'expérimentation de la première ivresse ne semble d'ailleurs pas plus précoce en 2005 qu'en 2000 ou 2003 : elle a toujours lieu en moyenne à 15,4 ans pour les filles et 15,0 ans pour les garçons. Il n'est pas à exclure une plus grande acuité des méfaits de l'alcool ainsi qu'une plus grande sensibilité à la survenue de l'ivresse parmi les jeunes générations, consécutive notamment aux campagnes de prévention récentes et au durcissement de la répression de la conduite sous l'influence de produits psychoactifs, changement de perception et changement de mode de consommation pouvant d'ailleurs être concomitants et contribuer aux résultats observés.

L'enquête *Escapad* permet de documenter l'association de la consommation d'alcool avec des facteurs sociodémographiques comme le parcours scolaire ou le niveau de vie des parents, mais aussi avec des éléments de sociabilité [Tableau I].

Schématiquement, les jeunes de 17 ans dont le parcours scolaire est difficile (redoublement, inscription en apprentissage ou en formation alternée) ou qui sont déjà sortis du système scolaire sont plus souvent buveurs réguliers ou plus souvent ivres que les autres. Il en va de même pour les jeunes qui habitent hors du foyer parental pour leurs études ou leur travail, ou ceux dont seul un parent est présent à la maison. Cela peut s'expliquer par des opportunités de consommation plus nombreuses, notamment en raison d'un contrôle formel ou informel plus relâché du fait d'un éloignement relatif des adultes.

La même association s'observe, dans un cadre différent, avec l'intensité de la sociabilité : les jeunes qui déclarent sortir fréquemment avec leurs amis, dans des bars, dans des concerts ou lors de soirées dans des domiciles privés présentent des niveaux d'usage plus élevés.

En outre, l'association avec le milieu social familial montre également que les jeunes dont les parents occupent des positions sociales favorisées déclarent des consommations régulières ou des ivresses plus importantes.

1. L'analyse est ici effectuée dans une régression logistique contrôlant le sexe, l'âge, la taille de l'agglomération de résidence et l'équipement téléphonique.
2. Suivant la nomenclature de l'Insee.

TABLEAU I

Usages d'alcool à 17 ans selon quelques caractéristiques sociodémographiques (en pourcentage)

	%	Usage régulier	Ivresses répétées
Sexe			
Filles	48,9	6,1	18,3
Garçons	51,1	17,7***	33,4***
Situation			
Élèves, étudiants	84,2	10,5	24,3
En apprentissage	11,4	21,7	34,8
Non scolarisés (actifs occupés ou non)	4,4	17,1***	35,7***
Redoublement au cours de la scolarité			
Jamais	49,9	10,8	25,2
1 fois	41,4	13,6	27,3
2 fois et plus	8,7	12,3***	24,8***
Milieu social¹			
Très favorisé	10,6	13,1	31,2
Favorisé	27,8	12,3	28,1
Moyen	13,0	11,9	26,4
Modeste	41,7	12,2	24,5
Défavorisé	7,0	8,5***	19,4***
Parents vivent ensemble			
Oui	71,3	11,5	24,5
Non	28,7	13,4***	29,7***
Vie hors foyer familial			
Non	11,3	11,1	24,6
Oui	88,7	19,4***	36,9***

1. Évalué par la profession et catégorie sociale (PCS) la plus élevée du couple des parents, parmi onze catégories assorties d'exemples de professions, selon la répartition suivante : un milieu social défavorisé indique que les deux parents sont déclarés inoccupés par l'enfant; modeste, qu'ils sont au maximum ouvrier ou employé; moyen, qu'ils sont au plus profession intermédiaire; favorisé, que l'un seulement des parents est cadre, chef d'entreprise, artisan ou commerçant; très favorisé, que les deux le sont.

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.

Source : Escapad 2005, OFDT.