

N° 192 • septembre 2002

*D'après l'enquête réalisée en 2000 auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé, un risque d'alcoolisation excessive a pu être repéré chez environ un cinquième des patients ayant recours, pour quelque raison que ce soit, au système de soins un jour donné (18 % en médecine de ville et 20 % en établissement de santé). Les hommes représentent environ les trois quarts des patients ainsi classés à risque d'alcoolisation excessive.*

*Chez les hospitalisés un jour donné, l'alcoolisation excessive concernerait près de la moitié des hommes âgés de 35 à 54 ans contre une femme sur cinq du même âge. Chez les généralistes libéraux, elle concerne deux hommes âgés de 35 à 64 ans sur cinq.*

*En ville comme à l'hôpital, les proportions de patients diagnostiqués comme étant en situation d'alcoolisation excessive sont aussi nettement plus élevées chez ceux qui connaissent une situation de chômage ou de précarité, chez ceux qui déclarent vivre seuls sans enfants, qui ont eu au moins un arrêt de travail dans les douze mois précédents ou qui déclarent avoir eu, dans l'année écoulée, un accident à l'origine d'une hospitalisation d'au moins 24 heures. Enfin, les patients en invalidité ou en longue maladie comme ceux bénéficiant de l'allocation d'adulte handicapé apparaissent également comme présentant des risques supérieurs à la moyenne.*

*Les disparités régionales sont en outre confirmées avec des proportions de patients estimés comme à risque d'alcoolisation excessive plus élevées en Bretagne et dans le Nord-Pas-de-Calais et plus faibles en Aquitaine mais elles sont, par rapport aux caractéristiques socio-démographiques, de portée relativement réduite.*

**Marie-Claude MOUQUET**

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées  
DREES

**Hervé VILLET**

ORS Haute-Normandie

Avec la collaboration de **Gérard BADÉYAN**, en poste à la DREES lors de la réalisation de l'enquête, d'**Alain TRUGEON** et de **Danièle FONTAINE** (FNORS).

Nos remerciements aux membres de l'équipe projet, aux ORS et à la FNORS, aux DRASS, ainsi qu'aux établissements et aux professionnels de santé pour leur participation active à l'enquête.

## Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné

La consommation d'alcool a fortement diminué en France depuis la fin des années cinquante mais son niveau y reste l'un des plus importants d'Europe, de même que la mortalité liée à une consommation excessive et régulière d'alcool. Les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique<sup>1</sup> ont, ainsi, été à l'origine, en 1999, de 17 750 décès chez les hommes et 4 650 chez les femmes survenus pour la majeure partie d'entre eux avant 65 ans. En outre, les conséquences de l'alcoolisation excessive dépassent largement ses effets directs sur la mortalité comme sur les maladies directement liées à l'imprégnation éthylique chronique. Pour mieux les apprécier au-delà de ces pathologies directement dues à l'alcoolisme, car il n'y a eu jusque là que des études ponctuelles ou localisées, la DREES et la DGS ont initié en 2000, une enquête, réalisée par les DRASS et les ORS, sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins un jour

1. Tumeur maligne des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx ou de l'œsophage, psychose alcoolique, alcoolisme chronique, cirrhose du foie.



donné<sup>2</sup> (encadré 1). Cette enquête, réalisée auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé, estime que 20 % des patients présents dans un établissement de santé un jour donné et 18 % des patients vus par les médecins généralistes libéraux en consultation ou en visite présentent un risque d'alcoolisation excessive (tableau 1). Ce risque est estimé à partir de la combinaison de trois éléments : les réponses recueillies au questionnaire DETA relatives à la perception

du patient de sa consommation éventuelle d'alcool, les réponses aux trois questions sur la consommation d'alcool issues du questionnaire AUDIT, et enfin l'avis du médecin traitant (encadré 2). Selon cette méthode, un patient est considéré « sans risque » s'il l'est au vu du résultat de chacun des trois types de questionnement, « à risque » s'il l'est dans au moins un des trois. Ceci permet de mieux prendre en compte d'éventuelles situations d'alcoolisation excessive lorsque le recours aux soins est

motivé par d'autres pathologies que celles directement liées à l'alcool. Cette méthode qui vise à pallier les effets de sous-déclaration par le patient en cas d'alcoolisation excessive, conduit toutefois à des estimations plus élevées que celles qui résulteraient de l'emploi d'un seul indicateur (encadré 2). Elle permet, en outre, de repérer, parmi les patients en situation d'alcoolisation excessive, ceux qui présentent une dépendance à l'alcool. Les risques de dépendance ainsi repérés concernent 7 % des personnes hospitalisées un jour donné et 5 % des patients des médecins généralistes (tableau 1).

Cette enquête donne donc une image de la prévalence des problèmes d'alcool parmi les usagers du système de soins un jour donné même si les pathologies pour lesquelles ils sont pris en charge ne sont pas directement associées à une consommation excessive d'alcool. On ne peut par contre en déduire une estimation de la prévalence des situations d'alcoolisation excessive dans la population générale dans la mesure où l'enquête ne permet pas de savoir en quoi les problèmes d'alcool repérés ont induit un usage différencié du système de soins.

### **Environ un cinquième de l'activité du système de soins concerne des patients présentant un risque d'alcoolisation excessive**

La proportion de patients classés à risque d'alcoolisation excessive varie selon le lieu des soins. C'est en psychiatrie qu'elle est la plus élevée avec un tiers des

2. La population étudiée est celle des personnes ayant recours un jour donné au système de soins. Il ne s'agit donc pas d'une étude représentative de la file active sur une période donnée, mois, semestre ou année. En termes d'étude de population, l'enquête un jour donné sur-représente les patients ayant une durée de séjour plus longue que la moyenne ou fréquentant plus souvent le médecin. On peut penser que les patients atteints de pathologies chroniques en rapport avec l'alcool se trouvent dans ce cas. Dans l'interprétation des résultats il y a aura donc lieu de ne pas confondre la prévalence constatée des problèmes d'alcool parmi les patients présents un jour donné et la prévalence parmi les usagers de l'hôpital ou de la médecine de ville en général.

## **E•1**

### **L'enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins**

*Les données existantes en matière d'alcool sont à la fois nombreuses et partielles.*

*La consommation et la vente, la mortalité, l'accidentologie font l'objet d'observations régulières, bien que souvent imparfaites ou incomplètes, en particulier pour la connaissance des variations géographiques. La morbidité et les recours aux soins ont, quant à eux, surtout donné lieu à des études ponctuelles le plus souvent localisées<sup>1</sup>.*

*Le manque de données générales, comparables entre les régions, sur les conséquences en termes de morbidité d'une consommation excessive d'alcool est particulièrement notable. C'est pourquoi la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont lancé une enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins, patients hospitalisés et consultants de praticiens libéraux. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a participé au financement de cette enquête.*

*Cette enquête, réalisée à la fin de l'année 2000, par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) pour la partie hospitalière et les Observatoires régionaux de la santé (ORS) pour la partie ambulatoire poursuivait trois objectifs :*

- mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans des populations ayant recours au système de soins
- étudier le lien entre motifs de recours aux soins et consommation excessive d'alcool
- estimer les niveaux et les modalités de prise en charge de ces patients ayant une consommation excessive d'alcool.

*Les résultats, représentatifs au niveau national comme régional, permettent en outre d'apporter un éclairage complémentaire pour les programmes régionaux de santé centrés sur ce thème.*

*Le champ de l'enquête couvre, d'une part, les médecins généralistes libéraux et, d'autre part, l'hospitalisation en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation à l'exclusion des urgences, des services réservés aux enfants et des soins de longue durée. L'enquête couvre à la fois les secteurs public et privé et concerne les patients âgés de 16 ans ou plus.*

*Les échantillons constitués pour cette enquête totalisent 1 844 médecins et 50 372 patients en médecine libérale, 916 établissements et 33 795 patients en milieu hospitalier.*

*En médecine libérale l'enquête couvre toutes les régions France entière. Dans son versant hospitalier, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane n'ont pas réalisé l'enquête. En outre, pour l'Auvergne ont été repris les questionnaires collectés dans l'enquête réalisée en 1998 dans cette région. En conséquence, les résultats agrégés présentés ici, comparant personnes hospitalisées et personnes vues par les médecins généralistes libéraux, ne concernent que la France métropolitaine.*

*La standardisation des données du volet médecin de ville et la constitution du fichier national ont été prises en charge par un groupe de travail associant la FNORS et les ORS d'Auvergne, du Centre, de Haute-Normandie, de Picardie et de Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

*La constitution du fichier national du volet hospitalier et la définition de ses axes d'exploitation ont été réalisées dans le cadre d'un groupe associant la DREES et les DRASS de Poitou-Charentes, Aquitaine, Basse-Normandie, Midi-Pyrénées, La Réunion, Lorraine, Centre, Franche-Comté, Nord - Pas-de-Calais et Île-de-France.*

1. On peut citer l'enquête nationale sur les hospitalisés conduite par le CREDES en 1991-1992, l'enquête sur les patients vus en médecine générale réalisée en 1990 en Picardie, l'enquête en médecine libérale et dans tous les établissements de soins effectuée dans le département de l'Yonne en 1994, une enquête en 1995 dans l'ensemble des établissements de santé du département des Yvelines et l'enquête concernant les établissements de soins de courte durée MCO, de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation et les médecins généralistes et psychiatres libéraux en 1998 en Auvergne.



hospitalisés un jour donné et en gynécologie-obstétrique qu'elle est la plus faible avec 4 % (tableau 1). Dans les autres disciplines d'hospitalisation et dans les cabinets de ville, l'alcoolisation excessive concerne 17 à 20 % des patients. Ces chiffres ne sont cependant pas directement comparables car les caractéristiques

démographiques des patients diffèrent sensiblement selon le lieu des soins : une majorité de femmes en soins de suite et réadaptation ou vues à domicile par les médecins généralistes, plutôt des hommes en psychiatrie où les patients âgés de 35 à 64 ans sont, en outre, majoritaires. Or ce sont chez les hommes de cette

tranche d'âge que l'alcoolisme est le plus fréquent. Pour faire la part de ces différences de structure des patients, on calcule un « taux comparatif » pour une structure d'âge identique à celle d'une population de référence<sup>3</sup>. Ainsi standardisé, le risque d'alcoolisation excessive apparaît équivalent dans les services de

3. Pour cela on a additionné l'ensemble des hospitalisés un jour donné et un sixième des patients vus une semaine donnée par les médecins généralistes répartis en tranches décennales avec comme 1<sup>re</sup> tranche les 16-24 ans et comme dernière tranche les 85 ans ou plus.

**T 01** caractéristiques sociales et médicales des patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000

	Hôpital - Présents un jour donné					Médecins généralistes - Patients vus une semaine donnée				
	Part dans l'ensemble des patients (1)	Proportion de patients à risque d'alcoolisation excessive (2)	Proportion de patients dépendants à l'alcool	Proportion d'hommes	Proportion de patients âgés de 35 à 64 ans	Part dans l'ensemble des patients (1) (3)	Proportion de patients à risque d'alcoolisation excessive (2)	Proportion de patients dépendants à l'alcool	Proportion d'hommes	Proportion de patients âgés de 35 à 64 ans
en %										
<b>Lieu des soins</b>										
Médecine	30,8	20,2	7,3	51,5	33,8	///	///	///	///	///
Chirurgie	23,1	17,0	3,2	50,8	40,3	///	///	///	///	///
Gynécologie-obstétrique	5,4	4,0	0,4	///	24,0	///	///	///	///	///
Soins de suite et réadaptation	23,3	17,9	6,8	41,2	25,8	///	///	///	///	///
Psychiatrie	17,4	33,2	16,0	55,7	60,0	///	///	///	///	///
Consultation	///	///	///	///	///	76,5	18,2	4,4	43,6	49,2
Visite	///	///	///	///	///	19,4	17,5	7,0	34,4	29,2
<b>Situation par rapport à l'emploi</b>										
Emploi stable	16,9	25,2	8,9	50,0	69,6	36,8	19,7	3,8	47,5	68,3
Emploi précaire (4)	2,1	40,3	17,5	55,4	45,3	4,7	27,4	9,1	41,9	41,9
Chômeur	3,5	54,6	31,4	59,8	64,0	3,2	37,2	17,6	47,3	64,8
Retraité	44,0	13,1	3,3	45,2	12,5	37,0	15,8	4,6	45,5	20,4
Au foyer	4,9	12,1	4,1	4,0	48,6	8,8	8,8	3,2	1,8	56,8
<b>Domicile</b>										
Domicile précaire ou sans abri	4,8	42,5	22,5	66,7	57,3	1,2	45,5	26,0	58,2	46,0
<b>RMI et CMU</b>										
Bénéficiaire du revenu minimum d'insertion (RMI)	2,6	57,3	33,7	58,8	68,1	3,2	40,9	20,9	43,2	62,8
Autre bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU)	4,3	33,8	15,3	55,8	48,4	3,3	26,2	10,5	41,5	50,1
<b>Situation familiale</b>										
Seul sans enfants	29,5	23,9	10,4	43,6	34,5	22,1	18,2	6,2	33,2	29,6
Seul avec enfants	5,5	18,2	8,4	26,6	33,0	3,2	17,7	5,3	11,7	62,5
En couple sans enfants	24,0	18,8	5,2	54,1	35,0	39,9	19,1	5,2	48,6	44,3
En couple avec enfants	16,5	19,5	5,7	48,4	55,3	24,0	18,3	3,9	43,2	69,1
<b>Antécédents médicaux</b>										
Bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé (AAH)	8,9	26,8	10,4	60,8	66,4	2,1	32,5	16,5	50,3	68,6
Patient en invalidité ou longue maladie	24,9	23,3	8,5	54,5	47,6	10,6	26,0	10,2	49,6	45,9
Bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD)	42,5	20,9	7,0	50,9	38,3	21,6	21,3	7,8	47,3	35,3
Patient hospitalisé au moins 24 heures dans les 12 derniers mois en raison d'un accident	8,8	25,4	10,7	49,4	34,9	4,3	35,0	17,1	52,8	47,4
Patient ayant eu au moins un arrêt de travail prescrit dans les 12 derniers mois	10,8	34,5	14,8	52,6	68,0	10,6	28,8	9,0	47,6	66,7
<b>Ensemble des patients</b>										
Nombre de patients	333 300	20,3	7,4	46,8	37,4	5 135 000	18,2	5,0	41,8	45,3

(1) La part de ces patients dans l'ensemble des personnes ayant recours au système de soins un jour donné représente une valeur minimale car les non-réponses (12 à 33 % dans l'enquête hospitalière et 0,5 à 10 % dans celle auprès des généralistes libéraux selon la variable) ont été décomptées comme une modalité.

(2) Inclut les patients dépendants à l'alcool.

(3) Le type d'acte n'a pas été mentionné pour 4,1 % des consultants des généralistes libéraux.

(4) Contrat à durée déterminée, intérim, stage.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES-BESP, DRASS, FNORS et ORS, enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins.

psychiatrie, de soins de suite et réadaptation et de médecine. Il reste inférieur en chirurgie et très bas en gynécologie-obstétrique. En ville il devient plus élevé pour les patients vus à domicile que pour ceux consultant en cabinet.

En ville comme à l'hôpital, le poids des pathologies mentales est, naturellement, plus élevé chez les patients classés comme à risque d'alcoolisation excessive avec, pour eux, des recours aux soins motivés plus fréquemment par un trouble psychique, une tentative de suicide, l'abus ou la dépendance aux substances psycho-actives. Certaines affections somatiques apparaissent également plus fréquemment chez ces patients : pathologies digestives non tumorales, insomnie ou troubles du sommeil, affections neurologiques, notamment pour les patients dépendants à l'alcool, et troubles métaboliques ou nutritionnels. Enfin, les problèmes d'ordre social avec l'entourage, la famille ou le milieu profession-

nel sont beaucoup plus souvent cités pour les patients repérés comme présentant une dépendance à l'alcool.

En conséquence, si les patients hospitalisés un jour donné en médecine ou en soins de suite et réadaptation présentent assez fréquemment des troubles psychiques (respectivement 7,2 % en médecine et 10,9 % en soins de suite et réadaptation), c'est en partie parce que ces services accueillent une proportion élevée de patients à risque d'alcoolisation excessive.

### **L'alcoolisation excessive concerne très majoritairement les hommes...**

Un diagnostic d'alcoolisation excessive est porté pour environ le tiers des hommes contre 9 % des femmes (tableau 2). La dépendance à l'alcool est plus souvent diagnostiquée chez les hommes hospitalisés que chez ceux vus en ville (12 % contre 8,6 %), alors que peu

de différences existent pour les femmes entre la ville et l'hôpital. Les hommes, bien que minoritaires parmi l'ensemble des patients ayant recours au système de soins aussi bien à l'hôpital qu'en ville, représentent ainsi environ les trois quarts des patients classés comme à risque d'alcoolisation excessive (tableau 2).

À âge identique à celui de la population de référence, les hommes conservent un risque d'alcoolisation excessive trois fois plus élevé que celui qui apparaît chez les femmes à l'hôpital et trois fois et demi en ville.

### **... avec un risque maximum entre 35 et 64 ans pour les deux sexes**

En ville comme à l'hôpital, le risque d'alcoolisation excessive est maximum entre 35 et 64 ans, pour les hommes comme pour les femmes (graphique 1). En effet, six patients sur dix diagnostiqués comme en situation d'alcoolisation

## **E•2**

### **Le diagnostic d'alcoolisation excessive**

*Les diagnostics d'alcoolisation excessive et de dépendance sont établis à partir de trois sources différentes : le questionnaire DETA, trois questions de consommation issues du questionnaire AUDIT et l'avis du médecin traitant.*

*Le questionnaire DETA a pour but d'évaluer la conscience qu'a le patient de sa consommation de boissons alcoolisées et de son excès éventuel à partir de quatre questions libellées, dans l'enquête, de la manière suivante :*

- Au cours de votre vie :*
- Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
  - Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?
  - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
  - Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool le matin pour vous sentir en forme ?

*Le patient est considéré, dans le DETA, comme étant à risque d'alcoolisation excessive s'il donne au moins deux réponses positives.*

*AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un questionnaire de dépistage des consommateurs d'alcool à problèmes, à usage des médecins généralistes. Il a été mis au point par un groupe d'alcoolologues sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il comporte dix questions permettant d'évaluer les risques encourus par la personne interrogée de par sa consommation d'alcool. Les trois questions retenues pour l'enquête, interrogent le patient sur sa consommation d'alcool au cours des douze derniers mois. Les deux premières portent sur sa consommation régulière (fréquence et quantité) ; la troisième l'interroge sur la fréquence des ivresses occasionnelles (au moins six verres bus lors d'une occasion particulière).*

*L'existence d'un problème du patient avec l'alcool est enfin appréciée à travers deux questions renseignées par le médecin traitant :*

- Le patient a-t-il un problème avec l'alcool ?
- Existe-t-il des signes de dépendance physique ?

*L'évaluation du risque d'alcoolisation excessive du patient, comme celle de sa dépendance vis-à-vis de l'alcool, sont effectués en combinant les réponses à ces trois types de questionnement. Cette méthode permet ainsi de*

*répartir les personnes ayant recours au système de soins en trois groupes : les patients sans risque ; les patients à risque sans dépendance ; les patients alcoolo-dépendants (tableau a).*

*Les deux derniers groupes relèvent dans l'étude des « patients à risque d'alcoolisation excessive ».*

*La proportion de patients à risque d'alcoolisation excessive est minimale si l'on ne prend en compte qu'un seul critère d'évaluation parmi les trois. Plusieurs facteurs peuvent, en effet, expliquer les écarts entre les différents indicateurs. En premier lieu, ils se réfèrent à des périodes de temps différentes (la vie entière pour le test DETA, les douze mois précédents pour la consommation d'alcool, le moment présent pour l'avis du médecin) pouvant induire un mauvais repérage des patients en alcoolisation excessive. Des effets de déclaration peuvent également intervenir comme par exemple une sous-estimation par le patient de sa quantité d'alcool consommée. Quand, en combinant les trois critères, environ 20 % des patients hospitalisés un jour donné peuvent être considérés à risque d'alcoolisation excessive, le seul questionnement du patient sur sa consommation d'alcool donne 9 % de patients classés à risque contre un peu plus de 10 % pour l'avis du médecin et près de 13 % avec le questionnaire DETA (tableau b).*

*C'est ainsi qu'environ 8 % des patients hospitalisés un jour donné classés à risque d'alcoolisation excessive pour l'avis du médecin apparaissent sans risque à travers leurs réponses aux questions du test DETA ou sur leur consommation d'alcool. Inversement, 38 % d'entre eux, classés à risque d'après leurs réponses aux questions du test DETA ou sur leur consommation d'alcool sont sans risque de l'avis du médecin.*

*En ville, c'est également le questionnaire DETA qui donne le résultat le plus élevé avec 11,5 % de patients classés à risque contre 10,5 % pour le questionnement du patient sur sa consommation d'alcool et 9 % de l'avis du médecin. Là encore, ce sont près de 7 % des patients vus qui sont classés à risque d'alcoolisation excessive d'après l'avis du médecin alors qu'ils sont classés sans risque de par leurs réponses aux questions du test DETA ou sur leur consommation d'alcool, et près de 47 % qui sont classés à risque d'après leurs réponses aux questions du test DETA ou sur leur consommation d'alcool et sont sans risque repéré par le médecin traitant.*

encadré 2 ●●●

●●● encadré 2

tableau a – procédure de classement en profil vis-à-vis de l'alcool

	Profil		
	sans risque (1)	à risque sans dépendance (2)	à risque avec dépendance
<b>DETA</b>	Patient n'ayant jamais eu de problème avec l'alcool au cours de sa vie	Patient ayant actuellement ou ayant eu dans le passé un problème avec l'alcool	
	<b>ET</b>	<b>OU</b>	
<b>Consommation d'alcool dans les douze mois précédents (AUDIT)</b>	Abstinent <b>ou</b> ayant une consommation quotidienne inférieure à 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes et une consommation excessive occasionnelle nulle ou inférieure à 1 fois par mois <b>ou</b> consommant de l'alcool au plus 6 fois par semaine et ayant une consommation excessive occasionnelle nulle ou inférieure à 1 fois par mois	Ayant une consommation quotidienne d'au moins 5 verres pour les hommes et d'au moins 3 verres pour les femmes <b>ou</b> ayant une consommation quotidienne inférieure à 5 verres pour les hommes et 3 verres pour les femmes et une consommation excessive occasionnelle comprise entre au moins une fois par mois et presque tous les jours <b>ou</b> consommant de l'alcool au plus 6 fois par semaine et ayant une consommation excessive occasionnelle comprise entre au moins une fois par mois et presque tous les jours	
<b>Avis du médecin</b>	<b>ET</b> Pas de problème avec l'alcool	<b>OU</b> Problème avec l'alcool	
<b>Dépendance</b>		<b>ET</b> Réponse négative à la 4 <sup>e</sup> question DETA et consommation actuelle quotidienne inférieure à 7 verres et pas de signes de dépendance physique notés par le médecin	Réponse positive à la 4 <sup>e</sup> question DETA <b>ou</b> consommation actuelle quotidienne d'au moins 7 verres <b>ou</b> signes de dépendance physique notés par le médecin

1. Inclut les patients pour lesquels on a deux réponses négatives et une réponse inconnue et les patients non répondants au DETA et à l'AUDIT mais pour lesquels le médecin dit qu'il n'y a pas de problème avec l'alcool.

2. Inclut les patients sevrés et abstinentes c'est-à-dire les patients ayant donné une réponse positive à la quatrième question DETA mais négatifs d'après tous les autres critères.

tableau b – diagnostic d'alcoolisation excessive des patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000 (en %)

	Hôpital - Présents un jour donné			Médecins généralistes - Patients vus une semaine donnée				
	Patients sans risque d'alcoolisation excessive	Patients à risque d'alcoolisation excessive dépendants ou non	Ensemble des patients	Patients sans risque d'alcoolisation excessive	Patients à risque d'alcoolisation excessive dépendants ou non	Ensemble des patients classés	Patients inclassables (1)	Ensemble des patients
<b>Résultat du test DETA</b>								
Problème avec l'alcool passé ou présent	0,0	12,9	12,9	0,0	11,5	11,5	0,0	11,5
Patient réputé indemne	60,5	4,3	64,8	78,3	5,9	84,2	0,1	84,3
Patient inclassable	19,2	3,1	22,3	1,4	0,3	1,7	2,5	4,2
<b>Usage déclaré d'alcool (AUDIT)</b>								
Non-usage	19,2	1,7	20,9	19,8	1,1	20,9	0,1	21,0
Usage sans risque	41,2	5,5	46,7	57,7	5,6	63,3	0,0	63,4
Usage ponctuel à risque	0,0	5,4	5,4	0,0	5,8	5,8	0,0	5,8
Usage régulier à risque	0,0	3,7	3,7	0,0	4,7	4,7	0,0	4,7
Patient inclassable	19,3	4,1	23,4	2,1	0,4	2,6	2,5	5,1
<b>Problème avec l'alcool selon le médecin</b>								
Oui	0,0	10,4	10,4	0,0	8,7	8,7	0,0	8,7
Non	68,2	7,0	75,3	77,6	8,3	85,8	0,0	85,8
NSP / NR	11,4	2,9	14,3	2,1	0,7	2,8	2,6	5,4
<b>Total</b>	<b>79,7</b>	<b>20,3</b>	<b>100,0</b>	<b>79,7</b>	<b>17,7</b>	<b>97,4</b>	<b>2,6</b>	<b>100,0</b>
<b>Nombre de patients</b>			<b>333 300</b>					<b>5 274 500</b>

(1) Ce pourcentage représente les patients ayant refusé de répondre à l'enquête ou dans l'incapacité de le faire ; n'ont donc été retenus, pour l'étude, que les patients ayant accepté de répondre ce qui donne une proportion de 18,2 % de patients à risque contre 17,7 % si l'on retient l'ensemble des patients vus; cette modalité ne subsiste pas dans l'enquête hospitalière car les patients inclassables (10 % des hospitalisés un jour donné) se sont vus attribuer un profil face à l'alcool selon un algorithme d'affectation reposant sur la région et la discipline d'hospitalisation, le sexe et l'âge.

Lecture : 5,5 % des patients hospitalisés un jour donné ayant déclaré une consommation d'alcool sans risque pour leur santé par leurs réponses au questionnaire AUDIT ont été classés comme à risque d'alcoolisation excessive d'après leurs réponses au test DETA ou selon l'avis du médecin traitant, selon la procédure décrite dans le tableau a.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES-BESP, DRASS, FNORS et ORS, enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins.

**T 02** caractéristiques démographiques des patients âgés de 16 ans ou plus  
ayant recours au système de soins en 2000

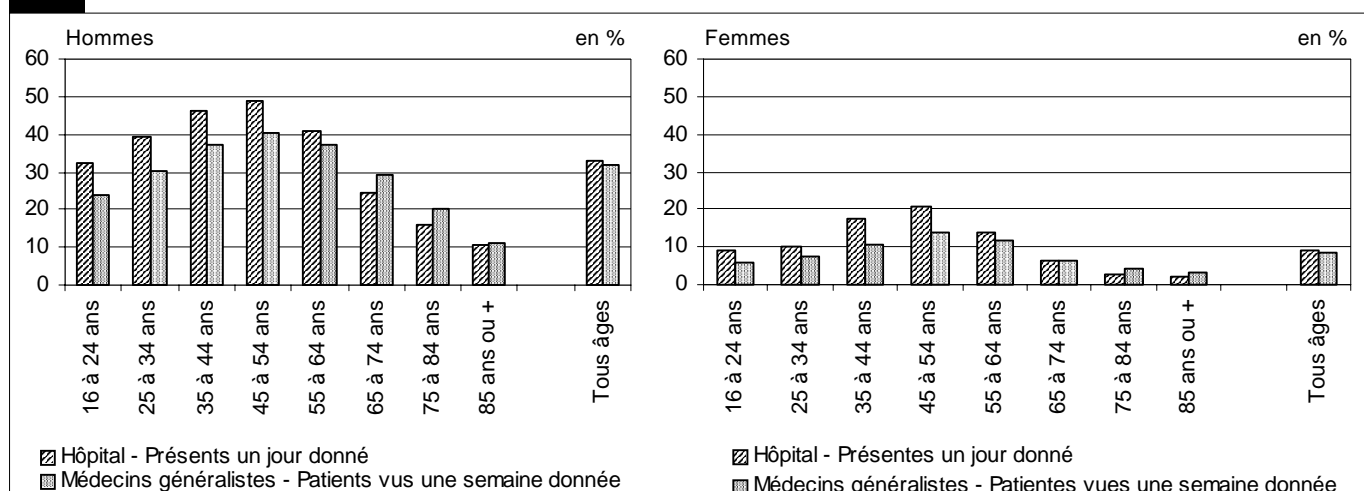
	Hôpital - Présents un jour donné			Médecins généralistes - Patients vus une semaine donnée		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de patients	156 100	177 200	333 300	2 146 400	2 988 600	5 135 000
Proportion de patients à risque d'alcoolisation excessive (1) (en %)	33,2	9,0	20,3	31,7	8,5	18,2
dont proportion de patients dépendants à l'alcool (en %)	12,0	3,3	7,4	8,6	2,3	5,0
<b>Répartition par sexe (en %)</b>						
Ensemble des patients	46,8	53,2	100,0	41,8	58,2	100,0
Patients à risque d'alcoolisation excessive (1)	76,6	23,4	100,0	72,8	27,2	100,0
dont patients dépendants à l'alcool	76,5	23,5	100,0	72,7	27,3	100,0
<b>Âge moyen (en années)</b>						
Ensemble des patients	58,0	61,7	60,0	52,7	52,8	52,8
Patients à risque d'alcoolisation excessive (1)	52,0	50,0	51,6	51,2	50,2	51,0
Patients dépendants à l'alcool	49,9	49,0	49,7	53,6	52,3	53,2
<b>Proportion de patients âgés de 35 à 64 ans (en %)</b>						
Ensemble des patients	44,1	31,7	37,4	47,6	43,6	45,3
Patients à risque d'alcoolisation excessive (1)	60,7	61,4	60,8	57,3	61,8	58,5
dont patients dépendants à l'alcool	73,4	70,5	72,7	65,2	74,3	67,7

(1) Inclut les patients dépendants à l'alcool.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES-BESP, DRASS, FNORS et ORS, enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins.

**G 01** proportion de patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000  
présentant un risque d'alcoolisation excessive (1) selon le sexe et l'âge



(1) Inclut les patients dépendants à l'alcool.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES-BESP, DRASS, FNORS et ORS, enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins.

excessive et sept sur dix de ceux qui présentent une dépendance à l'alcool appartiennent à cette tranche d'âge qui regroupe, globalement, seulement quatre patients sur dix (tableau 2). Chez les hospitalisés un jour donné, l'alcoolisation excessive touche près de la moitié des hommes âgés de 35 à 54 ans et une femme

sur cinq du même âge. En médecine libérale, elle concerne deux hommes âgés de 35 à 64 ans sur cinq (graphique 1).

Les patients à risque d'alcoolisation excessive hospitalisés un jour donné sont plus jeunes que les autres hospitalisés, résultat à rapprocher des conséquences en termes de mortalité et de morbidité

de la consommation excessive et régulière d'alcool (un décès masculin survenu avant 65 ans sur huit et un décès prématuré féminin sur quatorze en 1999). En effet, pour les hommes âgés de 35 à 64 ans classés à risque d'alcoolisation excessive, l'hospitalisation est dans près d'un cas sur cinq directement motivée par

une pathologie liée à l'alcool<sup>4</sup>. Ces mêmes pathologies concernent près de trois hommes sur dix de la tranche d'âge lorsqu'ils sont en situation de dépendance par rapport à l'alcool, contre moins d'un sur dix de l'ensemble des hommes hospitalisés un jour donné.

### ***Un risque d'alcoolisation excessive plus élevé chez les patients en situation précaire...***

En ville comme à l'hôpital, l'alcoolisation excessive est nettement plus fréquente, quels que soient le sexe et l'âge, chez les patients chômeurs ou en emploi précaire (contrat à durée déterminée, intérim, stage) que chez ceux qui ont un emploi stable. Il en est de même chez les personnes vivant dans des logements précaires ou sans abri aussi bien que chez les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou de la couverture maladie universelle (CMU) [tableau 1]. Même si ces situations de précarité, qui peuvent d'ailleurs se cumuler, sont plus fréquemment associées à un risque d'alcoolisation excessive, l'enquête ne permet en aucun cas de déterminer si ce risque en est une cause ou une conséquence. Par exemple, à l'hôpital, le risque d'alcoolisation excessive est presque quatre fois plus important chez les patientes chômeuses âgées de 35 à 44 ans que chez celles du même âge en emploi stable.

Les patients titulaires d'un emploi stable sont également, pour les hommes de cette tranche d'âge, concernés par l'alcoolisation excessive. Plus du quart des hospitalisés un jour donné et près d'un cinquième des consultants des généralistes libéraux se voient, en effet, reconnaître un tel risque, les patients retraités et les personnes au foyer présentant des risques nettement plus faibles.

Comparées aux titulaires d'un emploi stable, les proportions de patients à risque, standardisées sur le sexe et l'âge, font apparaître un risque d'alcoolisation excessive nettement plus élevé pour les

patients chômeurs (2,5 fois plus élevé à l'hôpital et 2 fois en ville) et divisé par deux pour les patients inactifs au foyer.

### ***...et pour les patients vivant seuls ou sans enfants***

Près du quart des patients hospitalisés un jour donné qui déclarent vivre seuls sans enfants sont considérés d'après l'enquête comme à risque d'alcoolisation excessive (tableau 1). Près d'une personne sur cinq qui consulte en ville et vivant en couple sans enfants se trouve dans la même situation. Mais là encore, des caractéristiques spécifiques à chacune des situations familiales rendent difficile l'interprétation de ces résultats. Ainsi, plus de la moitié des hospitalisés déclarant vivre seuls avec ou sans enfants ou en couple sans enfants sont des retraités tandis que 42 % de ceux déclarant vivre en couple avec des enfants bénéficient d'un emploi stable.

### ***Des signes d'alerte : l'hospitalisation en raison d'un accident ou des arrêts de travail multiples***

Certains antécédents médicaux peuvent aussi être le signe d'un risque accru d'alcoolisation excessive. La proportion de patients à risque est ainsi très élevée chez les patients ayant déclaré au moins un arrêt de travail dans les douze mois précédents. Elle s'élève à près de 35 % à l'hôpital et de 29 % en ville (tableau 1). De même, chez les médecins généralistes, plus du tiers des patients déclarant avoir eu, dans l'année écoulée, un accident à l'origine d'une hospitalisation d'au moins 24 heures sont considérés comme en alcoolisation excessive. Enfin, les patients en invalidité ou en longue maladie comme ceux bénéficiant de l'allocation pour adulte handicapé présentent des risques d'alcoolisation supérieurs à la moyenne.

Mais dans ce cas il faut prendre en compte le fait que les arrêts de travail ou les hospitalisations consécutives à un accident concernent, naturellement, plus souvent des patients exerçant une activité professionnelle. En revanche, les autres situations (allocation pour adulte handicapé, invalidité ou longue maladie, exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée) sont relativement plus fréquentes chez les

patients empêchés, en raison de leur état de santé, d'avoir ce type d'activité.

Par ailleurs, l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) s'adresse à des personnes atteintes de maladies graves nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. La proportion de patients bénéficiant de ce type d'exonération est donc importante dans la population ayant recours aux soins : près de 43 % des hospitalisés un jour donné et de 22 % des personnes vues par les médecins généralistes (tableau 1).

### ***L'alcoolisation excessive est souvent associée à l'abus d'autres substances psycho-actives***

L'usage régulier du tabac et l'abus de psychotropes ou de drogues illégales sont plus fréquents chez les patients repérés comme en alcoolisation excessive. L'usage régulier ou excessif d'au moins un de ces produits concerne, en effet, moins de 20 % des patients classés sans risque d'alcoolisation excessive, environ 40 % de ceux classés à risque sans dépendance et 60 % des personnes considérées comme dépendantes à l'alcool. Le tabac demeure, de très loin, le produit le plus massivement consommé. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement augmente avec le risque d'alcoolisation excessive : d'environ 15 cigarettes en moyenne par jour pour les patients sans risque face à l'alcool mais fumeurs réguliers, cas d'environ 15 % d'entre eux, à plus d'un paquet quotidien pour les patients dépendants à l'alcool.

Comparé à celui des patients non fumeurs, le risque d'alcoolisation excessive standardisé sur le sexe et l'âge est environ cinq fois plus élevé pour les patients fumeurs réguliers et environ trois fois plus élevé pour les patients ex-fumeurs ou fumeurs occasionnels.

### ***La confirmation « toutes choses égales par ailleurs » d'un risque accru pour les hommes, les situations de précarité économique et le recours aux soins en psychiatrie***

L'analyse réalisée ici étudie, à travers un modèle LOGIT, l'influence spécifique, sur le risque d'être repéré en situation

4. Recours aux soins le jour de l'enquête motivé par les pathologies suivantes de la liste proposée dans le questionnaire : tumeur maligne des voies aériennes supérieures, tumeur maligne de l'œsophage, cirrhose hépatique, troubles de la personnalité et/ou du comportement liés à l'alcool.

d'alcoolisation excessive, des caractéristiques démographiques du patient, de sa situation sociale et familiale, de certains de ses antécédents médicaux, de la région de recours aux soins et des conditions dans lesquelles est effectué ce recours (disciplines de prise en charge pour l'hôpital et types d'actes en médecine de ville). L'usage du tabac, très lié à celui de l'alcool, n'est pas retenu dans ce modèle explicatif car les mêmes facteurs influent conjointement sur la consommation des deux produits.

Cette analyse prend arbitrairement comme référence une femme âgée de 25 à 34 ans ayant un emploi et un domicile stables, vivant en couple et avec des enfants en Bretagne, ne percevant aucun minimum social et n'ayant aucun antécédent médical. Pour cette situation de référence, le modèle estime la probabilité d'être en situation d'alcoolisation excessive à 8 % dans le cas d'une hospitalisation en chirurgie et à 6,6 % dans le cadre d'une consultation chez un médecin généraliste (tableau 3).

Elle atteste qu'à l'hôpital, la proportion la plus élevée de patients diagnostiqués en alcoolisation excessive s'observe en psychiatrie (probabilité multipliée par 1,7<sup>5</sup>). Viennent ensuite les services de médecine, puis ceux de soins de suite et réadaptation, de chirurgie et, loin derrière, ceux de gynécologie-obstétrique<sup>6</sup>. En ville, le risque d'alcoolisation excessive concerne alors davantage les patients visités à leur domicile.

L'analyse confirme aussi que les hommes ont un risque d'alcoolisation excessive beaucoup plus élevé que les femmes ayant les mêmes caractéristiques sociales et démographiques qu'eux, avec une probabilité multipliée, par exemple, par 3,4 à l'hôpital (tableau 3). Par rapport à la population des 25 à 34 ans, celle des 35 à 64 ans a également une probabilité nettement accrue d'alcoolisation excessive (par exemple, multipliée par 1,6 à l'hôpital pour la tranche des 45-54 ans) tandis qu'elle diminue de façon importante pour les patients plus âgés.

Les résultats du modèle confirment également le lien entre précarité et aggravation du risque d'alcoolisation excessive (multiplication par 2,4 pour les patients hospitalisés un jour donné chômeurs et par 2,2 pour ceux bénéficiaires du RMI) sans toutefois bien sûr permet-

tre d'interprétation en termes de causalité. Ils confirment, qu'en ville comme à l'hôpital, par rapport aux patients vivant en couple avec des enfants, les patients vivant seuls (avec ou sans enfants) ont un risque d'alcoolisation excessive plus élevé (multiplication par 1,5, par exemple, à l'hôpital).

La régression logistique confirme enfin qu'hospitalisés et patients des médecins généralistes voient leur probabilité d'alcoolisation excessive augmenter s'ils ont déclaré une hospitalisation en raison d'un accident ou au moins un arrêt de travail dans l'année écoulée. Par contre, le fait de bénéficier de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) ou de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou d'être en invalidité ou en longue maladie s'accompagne d'un risque plus élevé pour les patients vus en ville mais plus faible pour les hospitalisés.

On obtient des résultats similaires pour les seuls patients repérés comme dépendants à l'alcool (tableau 3). Toutefois l'effet lié au lieu des soins est alors beaucoup plus fort que dans les cas de l'ensemble des patients à risque d'alcoolisation excessive, mais l'alcoolodépendance représente sans doute plus souvent en elle-même un motif de recours aux soins. L'effet de l'âge est également plus fort pour les patients alcoolodépendants, avec un risque particulièrement élevé pour les tranches d'âges comprises entre 35 et 54 ans. De plus, en ville, seuls les patients âgés de 16 à 24 ans et de 85 ans ou plus ont un risque diminué par rapport aux 25-34 ans.

### ***Les patients alcoolodépendants bénéficient souvent d'une prise en charge spécifique***

La très grande majorité des patients classés dans l'enquête comme dépendants à l'alcool déclare bénéficier d'une prise en charge spécifique de ce problème. Une prise en charge passée, en cours ou proposée par un médecin généraliste ou par une structure spécialisée (centre de cure ambulatoire en alcoologie par exemple) ou dans le cadre d'une association d'anciens buveurs est ainsi mentionnée pour près des deux tiers des hospitalisés un jour donné repérés comme alcoolodépendants<sup>7</sup> et pour près de 90 % des pa-

tients dans le même cas vus par les généralistes libéraux.

En revanche, pour les patients qui sont considérés comme en abus d'alcool sans dépendance, une telle prise en charge est minoritaire : environ 20 % des hospitalisés un jour donné et 30 % des clients des médecins généralistes de ville.

Les médecins généralistes jouent un rôle très important dans la prise en charge spécifique des patients en alcoolisation excessive. En effet, parmi les patients vus en ville ayant été pris en charge au cours de leur vie, 95 % de ceux classés comme alcoolodépendants et 97 % de ceux considérés comme à risque sans dépendance ont reçu ces soins en médecine générale. Ces proportions atteignent respectivement 61 et 62 % pour les patients hospitalisés un jour donné. La prise en charge par une structure spécialisée ou une association d'anciens buveurs est, quant à elle, plus fréquente pour les patients alcoolodépendants que pour ceux classés à risque sans dépendance. Le recours à une structure spécialisée concerne ainsi près de 77 % des hospitalisés un jour donné considérés comme alcoolodépendants et 47 % de ceux vus par les médecins généralistes et le recours à une association d'anciens buveurs, respectivement 42 % et 37 % de ces mêmes patients<sup>8</sup>.

### ***Des disparités régionales confirmées***

Les proportions observées de patients à risque d'alcoolisation excessive, avec ou sans dépendance, varient d'une région à l'autre. En métropole, à l'hôpital, le risque

5. Cf. note de lecture du tableau 3.

6. Il faut prendre en compte dans ce résultat le fait que les unités d'alcoologie (incluses dans le champ de l'enquête) sont, selon les cas, rattachées à la médecine, aux soins de suite et réadaptation ou à la psychiatrie et jamais à la chirurgie ou à la gynécologie-obstétrique.

7. Cette valeur représente un minimum, car l'information manque pour environ 30 % des patients hospitalisés un jour donné.

8. La somme des différents type de prise en charge dépasse 100 % car un même patient peut avoir bénéficié de plusieurs d'entre-elles.



**T 03** effets des caractéristiques du patient  
sur le risque d'alcoolisation excessive ou de dépendance à l'alcool

	Ensemble des patients à risque d'alcoolisation excessive (1)		Patients dépendants à l'alcool		Ensemble des patients à risque d'alcoolisation excessive (1)		Patients dépendants à l'alcool	
	Hôpital - Présents un jour donné	Médecins généralistes - Patients vus une semaine donnée	Hôpital - Présents un jour donné	Médecins généralistes - Patients vus une semaine donnée	Hôpital - Présents un jour donné	Médecins généralistes - Patients vus une semaine donnée	Hôpital - Présents un jour donné	Médecins généralistes - Patients vus une semaine donnée
<b>Probabilité de la situation de référence (en %)</b>	<b>8,0</b>	<b>6,6</b>	<b>1,1</b>	<b>0,3</b>				
Rapports de probabilité relativement à la situation de référence								
DISCIPLINE D'HOSPITALISATION					HOSPITALISATION D'AU MOINS 24 HEURES DANS LES 12 DERNIERS MOIS EN RAISON			
Médecine	1,4	///	2,9	///	D'UN ACCIDENT			
<b>Chirurgie</b>	<b>référence</b>	///	<b>référence</b>	///	Oui	1,2	1,7	1,3 2,9
Gynécologie-Obstétrique	0,4	///	0,2	///	<b>Non</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b> <b>référence</b>
Soins de suite et réadaptation	1,4	///	2,7	///	NSP / NR	non significatif	non significatif	1,2 non significatif
Psychiatrie	1,7	///	4,1	///	AU MOINS UN ARRET DE TRAVAIL PRESCRIT DANS LES 12 DERNIERS MOIS			
TYPE D'ACTE					Oui	1,4	1,4	1,4 1,7
<b>Consultation</b>	///	<b>référence</b>	///	<b>référence</b>	<b>Non</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b> <b>référence</b>
Visite	///	1,3	///	2,0	NSP / NR	1,2	1,2	1,3 non significatif
SEXE					PATIENT EN INVALIDITE OU LONGUE MALADIE			
Homme	3,4	4,0	2,9	4,2	Oui	non significatif	1,2	non significatif non significatif
<b>Femme</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>Non</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b> <b>référence</b>
AGE					NSP / NR	non significatif	non significatif	non significatif 1,8
16 à 24 ans	0,8	0,7	0,5	0,4	EXONERATION DU TICKET MODERATEUR AU TITRE D'UNE AFFECTION DE LONGUE			
<b>25 à 34 ans</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	DUREE (ALD)			
35 à 44 ans	1,4	1,4	2,2	3,4	Oui	0,9	1,1	0,7 1,3
45 à 54 ans	1,6	1,7	2,4	3,9	<b>Non</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b> <b>référence</b>
55 à 64 ans	1,2	1,4	non significatif	3,4	NSP / NR	non significatif	non significatif	non significatif 1,8
65 à 74 ans	0,6	non significatif	0,5	1,9	REGION			
75 à 84 ans	0,3	0,5	non significatif	0,3	Alsace	0,7	0,7	non significatif non significatif
85 ans ou plus	0,2	0,3	0,1	0,3	Aquitaine	0,6	0,7	0,7 0,5
SITUATION PAR RAPPORT A L'EMPLOI					Auvergne	///	0,7	/// non significatif
<b>Emploi stable</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	Basse-Normandie	non significatif	0,8	non significatif non significatif
Emploi précaire	1,7	1,6	1,8	2,2	Bourgogne	0,8	0,7	non significatif non significatif
Chômeur	2,4	1,6	2,7	2,6	<b>Bretagne</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b> <b>référence</b>
Retraité	1,3	1,1	1,4	1,6	Centre	non significatif	0,7	non significatif non significatif
Au foyer	1,3	non significatif	1,3	1,8	Champagne-Ardenne	0,8	0,6	non significatif non significatif
Autre	non significatif	1,2	non significatif	2,0	Corse	non significatif	0,5	non significatif non significatif
NSP / NR	non significatif	1,4	non significatif	1,5	Franche-Comté	non significatif	0,7	non significatif non significatif
DOMICILE					Haute-Normandie	0,8	0,7	0,6 non significatif
<b>Domicile stable</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	Île-de-France	0,7	0,7	0,6 non significatif
Domicile précaire ou sans abri	1,3	1,7	1,4	2,9	Languedoc-Roussillon	0,8	0,7	non significatif non significatif
NSP / NR	0,8	non significatif	non significatif	non significatif	Limousin	0,8	0,6	non significatif non significatif
SITUATION FAMILIALE					Lorraine	0,7	0,6	0,6 non significatif
Seul sans enfants	1,5	1,4	1,9	2,0	Midi-Pyrénées	0,7	0,7	0,5 non significatif
Seul avec enfants	1,5	1,4	2,2	1,8	Nord - Pas-de-Calais	non significatif	non significatif	non significatif 1,5
En couple sans enfants	1,2	1,2	1,3	1,4	Pays de la Loire	non significatif	0,8	non significatif non significatif
<b>En couple avec enfants</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	Picardie	0,8	0,6	0,7 non significatif
Avec d'autres membres de sa famille ou en collectivité	non significatif	non significatif	non significatif	1,2	Poitou-Charentes	non significatif	0,7	non significatif non significatif
NSP / NR	1,3	non significatif	1,4	non significatif	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,7	0,7	0,7 0,7
REVENU MINIMUM D'INSERTION (RMI)					Rhône-Alpes	0,6	0,7	0,5 non significatif
ET COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)					Guadeloupe	///	0,6	/// non significatif
RMI avec ou sans CMU	2,2	2,0	2,4	2,4	Martinique	///	0,6	/// non significatif
CMU sans RMI	1,3	1,3	1,3	1,7	Guyane	///	0,5	/// non significatif
<b>Ni RMI ni CMU</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	La Réunion	non significatif	0,7	non significatif non significatif
NSP / NR	non significatif	non significatif	non significatif	non significatif	(1) Inclut les patients dépendants à l'alcool.			
ALLOCATION POUR ADULTE HANDICAPE (AAH)					N.B. : Les résultats obtenus dans les régressions logistiques sur les données hospitalières ne sont pas comparables à ceux obtenus sur les données en médecine de ville car ils diffèrent quant aux conditions de recours aux soins et au nombre de régions répondantes à l'enquête.			
Oui	0,7	non significatif	0,7	1,3				
<b>Non</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>	<b>référence</b>				
NSP / NR	non significatif	non significatif	1,3	non significatif				

Lecture : en Bretagne, une femme âgée de 25 à 34 ans, ayant un emploi et un domicile stable, vivant en couple et avec des enfants, ne percevant aucun minima social et n'ayant aucun antécédent médical parmi ceux recueillis dans l'enquête a, selon l'estimation du modèle, 8 % de chances d'être en situation d'alcoolisation excessive lorsqu'elle est hospitalisée en chirurgie ; cette probabilité est multipliée par 1,4 pour une femme ayant les mêmes caractéristiques hospitalisée en médecine.

Champ : France entière.

Sources : DREES-BESP, DRASS, FNORS et ORS, enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins.

le plus élevé apparaît en Bretagne, dans le Centre et le Nord-Pas-de-Calais avec environ un hospitalisé un jour donné sur quatre considéré comme en alcoolisation excessive. Le risque le plus faible est enregistré en Aquitaine avec moins d'un patient sur six. En ville, la Bretagne et le Nord - Pas-de-Calais sont les plus touchés avec plus d'un patient sur cinq classé à risque d'après l'enquête. La Corse avec moins d'un patient sur sept est la région la plus épargnée. Les variations entre régions des écarts en ville et à l'hôpital sont comparables. Dans les départements d'Outre-Mer, la situation apparaît surtout préoccupante à la Réunion où, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, les patients sont plus souvent classés à risque qu'en métropole.

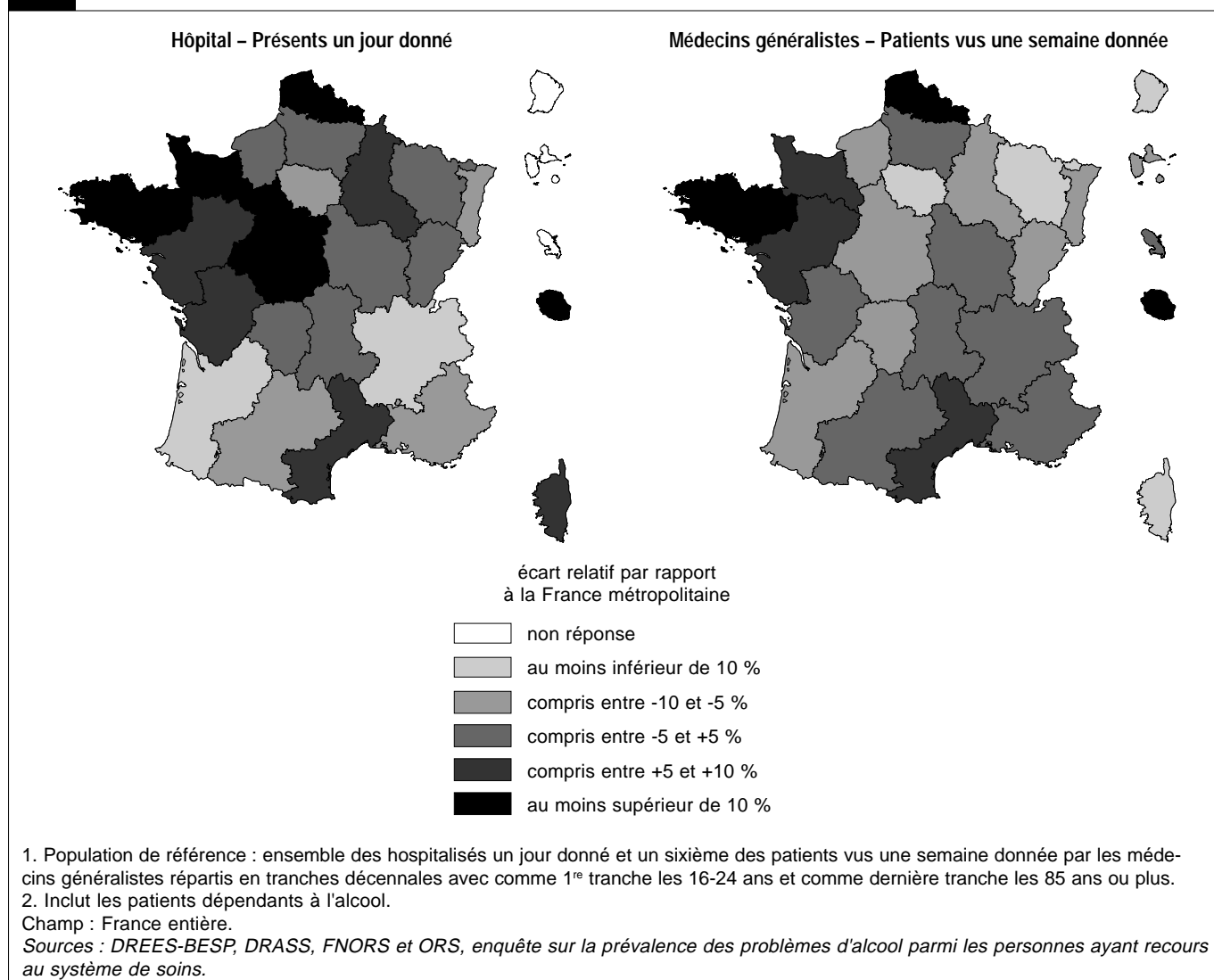
Si l'on tient compte, en standardisant les proportions de patients à risque, de

la répartition différente des populations régionales par sexe et âge, les écarts autour de la « proportion moyenne métropolitaine » de patients à risque vont de -13 à +34 % pour l'hôpital et de -20 à +33 % pour la ville. La variation reste, toutefois, assez modérée ( $\pm 10\%$ ) pour la très grande majorité des régions (cartes). Pour les patients hospitalisés un jour donné, on retrouve une opposition Nord-Sud qui rappelle celle de la mortalité par les pathologies liées à une consommation excessive et régulière d'alcool (Michel et Jouglu, 2002). En ville et à l'hôpital les régions où le risque d'alcoolisation excessive est le plus élevé appartiennent au quart Nord-Ouest, régions également en surmortalité pour les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique (cartes). Les régions

Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon qui sont, elles, en sous-mortalité pour ces pathologies, connaissent des proportions de patients à risque d'alcoolisation excessive voisines de la moyenne nationale aussi bien en ville qu'à l'hôpital, avec toutefois des proportions de dépendants plutôt supérieures à la moyenne. La région Aquitaine, dans laquelle la proportion de buveurs quotidiens et la prévalence des ivresses sont supérieures à celles des autres régions (OFDT, 2002), conserve, dans l'enquête des proportions inférieures, à sexe et âge identiques, aux moyennes nationales. Cela semble suggérer des habitudes de consommation spécifiques avec, en particulier, une fréquence plus grande d'usagers quotidiens modérés et une fréquence moins grande d'usagers réguliers

C.01

proportions standardisées (1) de patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000 présentant un risque d'alcoolisation excessive (2) selon la région et le mode de prise en charge



excessifs. Enfin, Rhône-Alpes, pour les hospitalisés, et l'Île-de-France, la Lorraine et la Corse, pour les patients vus en ville, connaissent des niveaux de risque d'alcoolisation excessive nettement inférieurs à ceux des autres régions.

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » permet, en outre, de tenir compte de l'influence spécifique des caractéristiques sociales des populations. Elle confirme (tableau 3) que c'est en Bretagne que le risque d'alcoolisation excessive est le plus élevé tant en ville qu'à l'hôpital. Mais, à l'hôpital, huit autres régions (le Centre, la Basse-Normandie, le Nord - Pas-de-Calais, la Franche-Comté, les Pays de la Loire, le Poitou-Charentes, la Corse et la Réunion) connaissent alors un risque identique à celui de la Bretagne, l'Aquitaine restant la région où le risque est le plus faible. En ville, la hiérarchie régionale observée reste la même. Il se confirme que les risques les plus élevés sont estimés pour la Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais, le risque le plus réduit étant localisé en Corse.

Si l'on restreint l'analyse aux seuls patients repérés dans l'enquête comme alcoolo-dépendants, à l'hôpital, seules huit régions ont, « toutes choses égales par ailleurs », un risque inférieur à celui observé en Bretagne tandis que pour les autres il n'est pas significativement différent. Les régions qui apparaissent dans la situation

la plus favorable sont Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées. Seules deux régions, l'Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, enregistrent en outre, pour les patients qui consultent en ville, une probabilité d'être alcoolo-dépendant significativement inférieure à celle de la Bretagne, tandis qu'elle est supérieure dans le Nord - Pas-de-Calais. ●

#### Pour en savoir plus

- MICHEL E. et JOUGLA E., « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 », *Études et Résultats* n° 153, janvier 2002, DREES.
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances 2002, 2002.*
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Expertise collective Alcool Effets sur la santé, septembre 2001.*
- MARESCA B., Le QUÉAU P., BADEYAN G., ROTBART G., « Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Évin », *Études et Résultats* n° 78, août 2000, DREES.
- GOT C. et WEILL J. (textes présentés par), « L'alcool à chiffres ouverts », 1997, Éditions Seli Arslan SA.

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet :** [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Tél. : 01 40 56 81 24

- un hebdomadaire :

### **Études et Résultats**

**consultable sur Internet**

*abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES*

*télécopies : 01 40 56 80 38*

*[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)*

- trois revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

*revue thématique*

*dernier numéro paru :*

« Éthique médicale et biomédicale » Débats, enjeux, pratiques  
n° 3, juillet-septembre 2002

### **Dossiers Solidarité et Santé**

*revue thématique*

*derniers numéros parus :*

« Comparaisons internationales », n° 3, juillet-septembre 2002

« La tarification à la pathologie – les leçons de l'expérience étrangère »,  
Actes du colloque du 7 et 8 juin 2001, Hors série, juillet 2002

### **Cahiers de recherche de la MiRe**

- des ouvrages annuels :

### **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales**

### **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

- et aussi...

### **Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998**

### **Indicateurs sociosanitaires**

### **comparaisons internationales - évolution 1980-1994**

(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

### **Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne**

### **STATISS, les régions françaises**

*Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS*

**consultable sur Internet :**

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)

Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

**Internet :** [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)