

Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé // Alcohol consumption, behaviors and consequences on health in France

Coordination scientifique // Scientific coordination

Viet Nguyen-Thanh & Romain Guignard, Santé publique France, Saint-Maurice, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Alcool et réduction des risques
// Alcohol and risk reduction.....p. 88

François Bourdillon

Directeur général, Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

La consommation d'alcool chez les adultes
en France en 2017
// Alcohol consumption in adults in France in 2017p. 89

Jean-Baptiste Richard et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

La mortalité attribuable à l'alcool en France
en 2015
// Alcohol-attributable mortality in France in 2015.....p. 97

Christophe Bonaldi et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Consommation et approvisionnement
en alcool à 17 ans en France :
résultats de l'enquête ESCAPAD 2017
// Alcohol use and purchasing of alcoholic
beverages among adolescents aged 17
in France: Results from the 2017 ESCAPAD
Surveyp. 109

Antoine Philippon et coll.

Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT),
Paris, France

FOCUS // Focus

Perceptions et comportements vis-à-vis
de l'alcool à l'adolescence : connaître
les contextes et les motivations d'usage
pour agir efficacement
// Perceptions and behaviors towards alcohol
in adolescence: Knowing the contexts
and motivations of use to act effectively.....p. 116

Ivana Obradovic et coll.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT),
Paris, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnachel-Messai
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Isabelle Bonmarin, Santé publique France ; Sandrine Danet, HCAAM ; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, CIRE Occitanie ; Bertrand Gagnière, Santé publique France, CIRE Bretagne ; Isabelle Grémy, OFS Île-de-France ; Françoise Hamers, Santé publique France ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Sylvie Rey, Drees ; Annabel Rigou, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

ALCOOL ET RÉDUCTION DES RISQUES

// ALCOHOL AND RISK REDUCTION

François Bourdillon

Directeur général, Santé publique France, Saint-Maurice, France

Les comportements des Français vis-à-vis de l'alcool, leurs modes de consommation, les risques pour la santé et leur perception, l'impact sur la mortalité, tout comme les modes d'approvisionnement des jeunes de 17 ans auxquels la vente d'alcool est interdite, forment un ensemble de connaissances qui permettent de fonder les stratégies de prévention des consommations excessives d'alcool et d'adapter au mieux les interventions et actions de prévention. C'est le mérite de ce BEH consacré à l'alcool que d'aborder ces multiples questions.

Ainsi, nous constatons :

- **une consommation d'alcool en France qui reste, en 2017, à un niveau élevé et relativement stable par rapport aux années précédentes** : la quantité d'alcool pur consommée par habitant de plus de 15 ans est équivalente à celle de 2013 (11,7 litres).
- **une très grande hétérogénéité des modes de consommation, notamment selon l'âge et le sexe** (JB Richard et coll.). Ainsi,
 - **les consommations quotidiennes d'alcool s'observent essentiellement chez les 65-75 ans (26%)** ; elles ne sont que 2,3% chez les 18-24 ans. En moyenne, 10% des 18-75 ans déclarent consommer de l'alcool chaque jour et les hommes trois fois plus que les femmes ;
 - **à l'inverse, les ivresses régulières** (au moins dix ivresses au cours des 12 derniers mois) **s'observent principalement chez les jeunes de 18 à 24 ans** et concernent 19,4% d'entre eux en 2017, contre moins de 1% des plus de 55 ans.

Les données de l'enquête Escapad (OFDT) chez les jeunes mineurs de 17 ans (A Philippon et coll.) confirment les données sur l'ivresse ; ils étaient 16,4% à déclarer avoir connu trois alcoolisations ponctuelles importantes dans le mois précédant l'enquête. Les mêmes jeunes mineurs interrogés dans le cadre de l'enquête Escapad n'éprouvent aucune difficulté à s'approvisionner en alcool ; ceux qui ont déclaré avoir bu des boissons alcoolisées dans le mois les ont achetées en magasin pour 91% d'entre eux ; ils sont même 77,5% à en avoir consommé dans un débit de boisson. L'interdiction de vente aux mineurs peut donc être considérée comme non respectée.

- **qu'il existe une frange de très gros buveurs** : 10% des 18-75 ans boivent à eux seuls 58% de l'alcool consommé.

- **que l'impact très élevé de l'alcool sur la mortalité se confirme**. C Bonaldi et C Hill ont actualisé les fractions de mortalité attribuables à l'alcool qui dataient de 2009. Ils estiment à 41 000 le nombre de décès attribuables à l'alcool en France en 2015 : 30 000 chez l'homme et 11 000 chez la femme. L'alcool serait responsable en France de 7% des décès. C'est plus que ce qui est observé dans nombre d'autres pays européens.

Le fardeau sanitaire global lié à la consommation d'alcool est en effet très important, comme le confirme une récente étude mondiale parue dans la prestigieuse revue médicale anglaise *The Lancet*, intégrant 195 pays¹. Les minimes et très sélectifs effets protecteurs de l'alcool sont réduits à néant par ses effets délétères. Les auteurs montrent que boire de l'alcool quotidiennement, même en petite quantité, n'est pas sans risque pour la santé. Pour résumer les résultats de l'étude, l'une de ses auteurs, le Pr E. Gakidou, conclut : *Less is better, none is best*.

Il est donc nécessaire de réduire la consommation d'alcool pour en limiter les risques sanitaires et les dommages sociaux. Mais comment concilier le fait que la consommation occasionnelle d'alcool soit, pour une majorité de Français, synonyme de plaisir et de convivialité alors que ses usages sont à l'origine d'une très forte morbidité et mortalité dans notre pays et partout où il est consommé dans le monde ?

Développer une stratégie de réduction de risques

La solution de réconciliation est d'aborder la consommation d'alcool selon une stratégie de réduction des risques. Un travail d'expertise scientifique réalisé sous l'égide de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (INCa), rendu public en mai 2017, ouvre la voie². Après avoir analysé les risques, les experts ont estimé qu'il fallait trouver un compromis entre les risques attribuables à l'alcool au sein d'une population donnée et le risque acceptable pour un individu qui choisit d'en consommer en connaissance de cause. Sur la base de ce ratio « risque/plaisir », ils ont fixé des repères pour la consommation. Ils recommandent ainsi aux personnes choisissant de consommer de l'alcool de ne pas dépasser deux verres par jour avec au moins deux jours par semaine sans consommation, ce qui peut se traduire par : « *Pour votre santé, maximum deux verres par jour, et pas tous les jours* ».

Ces repères sont d'autant plus attendus qu'ils s'inscrivent dans une tendance à la régulation constatée au sein de la population française. Ainsi, parmi les consommateurs d'alcool, le pourcentage de ceux qui consomment au moins un verre par jour est passé de 24% en 1992 à 10% en 2017. I Obradovic et MA Douchet montrent bien, dans leur focus sur l'étude Aramis, comment les jeunes développent des stratégies d'auto-réduction de risques et des systèmes de régulation solidaire ; jeunes qui sont demandeurs de repères...

Les Français ont donc déjà amorcé une synthèse raisonnable, conciliant plaisir et consommation à moindre risque. Promouvoir ces nouveaux repères de façon concordante, quel qu'en soit l'émetteur – pouvoirs publics, producteurs, industriels, débiteurs... – serait une bonne manière de leur montrer qu'ils ont fait le bon choix : le choix d'une consommation à moindre risque. ■

Références

[1] GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.

[2] Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 149 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-France-organise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca>

Citer cet article

Bourdillon F. Éditorial. Alcool et réduction des risques. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(5-6):88-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_0.html

ARTICLE // Article

LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ADULTES EN FRANCE EN 2017

// ALCOHOL CONSUMPTION IN ADULTS IN FRANCE IN 2017

Jean-Baptiste Richard¹ (jean-baptiste.richard@santepubliquefrance.fr), Raphaël Andler¹, Chloé Cogordan¹, Stanislas Spilka^{2,3}, Viêt Nguyen-Thanh¹, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017*

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), Saint-Denis La Plaine, France

³ CESP, Faculté de médecine, Université Paris Sud ; Faculté de médecine UVSQ ; Inserm ; Université Paris-Saclay, Villejuif, France

* Groupe Baromètre de Santé publique France 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert.

Soumis le 24.09.2018 // Date of submission: 09.24.2018

Résumé // Abstract

Introduction – L'alcool est responsable de problèmes sanitaires et sociaux à court et long terme. Le recueil par enquêtes des consommations individuelles d'alcool permet de documenter et de suivre les usages d'alcool dans différents groupes de population. Cet article propose une mise à jour des connaissances sur les niveaux et les modes de consommation d'alcool de la population adulte résidant en France métropolitaine.

Méthodes – Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête probabiliste transversale menée par téléphone auprès d'un échantillon de 25 319 personnes résidant en France métropolitaine, parlant le français et âgées de 18 à 75 ans. La méthode repose sur la génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile. Le taux de participation à cette enquête menée entre janvier et juillet 2017 était de 48,5%.

Résultats – En 2017, 87% des 18-75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année ; 21% déclaraient avoir connu une ivresse dans l'année, 10% étaient des consommateurs quotidiens et 5% consommaient six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines. La consommation d'alcool apparaît de plus en plus masculine à mesure que la fréquence de consommation augmente. Elle évolue avec l'avancée en âge, avec une diminution du nombre de verres consommés associée à une augmentation du nombre de jours de consommations. L'hétérogénéité existe également en ce qui concerne la quantité d'alcool bue : à eux seuls 10% des 18-75 ans consommaient 58% de la quantité d'alcool consommée déclarée.

Conclusion – En 2017, la consommation d'alcool restait courante et à un niveau relativement stable par rapport aux années précédentes. Chez les moins de 25 ans, les tendances récentes montrent une stabilité des alcoolisations excessives, ceci faisant suite à une décennie d'augmentation, notamment des ivresses régulières. La répétition des Baromètres et des enquêtes menées auprès des adolescents permet de suivre les tendances de consommation d'alcool et de décrire la diversité de ses usages.

Introduction – Alcohol is responsible for health and social issues in the short and long term. Survey data based on self-reports on alcohol consumption are useful to monitor and identify drinking patterns among different population groups. This study aims to update key indicators of alcohol levels of consumption and drinking patterns among the French adult population.

Methods – The 2017 Health Barometer is a random telephone cross-sectional survey among a sample of 25,319 persons aged 18-75 years-old living in metropolitan France and speaking French. Survey methodology relies on random digit dialing of landline and cellular phone numbers. Data collection was carried out between January and July 2017. The response rate was 48.5%.

Results – In 2017, 87% of 18-75-years-old reported consuming alcohol at least once during the past twelve months; 21% reported having been drunk during the past twelve months; 10% reported daily alcohol use; and 5% reported weekly heavy episodic drinking (six drinks or more on one occasion). Men were consistently more likely than women to drink alcohol, all the more since drinking frequency increased. Drinking pattern also differed between age groups: frequency of alcohol drinking tended to increase with age, whereas mean quantity per drinking day tended to decrease. There is also a heterogeneity regarding the quantity of alcohol drunk: 10% of the 18-75-year-olds drank 58% of the alcohol consumed in the past 12 months.

Conclusion – In 2017, alcohol consumption was common and remained stable compared to previous years. Among young adults (under 25 years-old), recent trends show a stability of heavy episodic drinking, following a decade of increases, especially regular drunkenness. The repetition of Health Barometer surveys and surveys dedicated to adolescents are necessary to monitor alcohol consumption and to describe associated drinking patterns.

Mots-clés : Alcool, Consommation, Enquête en population générale, Adulte
// Keywords: Alcohol, Consumption, General population survey, Adults

Introduction

Malgré une diminution régulière du volume d'alcool consommé depuis 50 ans, passé de 26,0 litres d'alcool pur en moyenne par habitant âgé de 15 ans et plus en 1961 à 11,7 litres en 2017 (la baisse étant presque exclusivement due à la diminution de la consommation de vin et notamment à table¹), la consommation de boissons alcoolisées reste profondément ancrée dans les pratiques culturelles françaises : en 2016, 47 millions de Français (parmi les 11-75 ans) avaient déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, 43 millions au cours des 12 derniers mois². Pourtant, la consommation d'alcool a des conséquences sociales et sanitaires majeures³. Au niveau mondial, elle était en 2016 le premier facteur de risque de mortalité prématurée et d'incapacité parmi les 15-49 ans⁴. En Europe, elle est l'un des plus importants facteurs de risque de morbidité, avec l'hypertension artérielle, le tabac et le surpoids⁵, et elle représente en France la deuxième cause de mortalité évitable après le tabagisme⁶.

La mesure et le suivi des niveaux de consommation d'alcool de la population sont des éléments importants de l'épidémiologie, notamment pour l'estimation de la contribution de l'alcool à la mortalité ainsi que pour l'évaluation et l'orientation des politiques publiques et des actions de prévention. Cette mesure est obtenue, d'une part, au travers de la quantité d'alcool mise en vente, estimée à partir des recettes fiscales perçues sur l'alcool et dont un suivi est réalisé depuis 1961 et, d'autre part, grâce au recueil de la consommation déclarée au niveau individuel dans des enquêtes conduites depuis plusieurs décennies, en population générale ou parmi les adolescents. Les données de vente fournissent un indicateur fiable, disponible rapidement et régulièrement, sujet à des biais limités et identifiés

(achats liés au tourisme par exemple). Toutefois, il est le reflet d'une consommation moyenne à l'échelle de la population et n'autorise pas la caractérisation de profils ou de modes de consommations d'alcool. À l'inverse, le recueil par enquêtes permet de documenter les usages d'alcool dans différents groupes de population et d'identifier leurs déterminants, mais il se heurte à plusieurs biais difficiles à quantifier : sous-déclaration des consommations, biais de désirabilité sociale et biais de mémoire, ces trois biais étant en outre fortement intriqués ; biais de non-réponse, pouvant être partiellement corrigé par les méthodes de redressement des données ; difficultés de mesure des niveaux de consommation. Comparées aux données de vente, les données d'enquête conduisent ainsi à une sous-estimation importante de la consommation d'alcool, d'un facteur souvent compris entre 2 et 3⁷. Ces constats ne sont pas propres à la France et une étude américaine a montré, malgré les écarts de mesure, une forte corrélation entre les estimations annuelles de consommation d'alcool obtenues par ces deux sources d'information sur une période de 13 ans⁸. Ces données se révèlent ainsi complémentaires pour assurer un suivi complet des volumes et des modes de consommation au sein d'une population, et un tel dispositif semble d'autant plus nécessaire qu'au-delà de la quantité d'alcool consommée, le mode de consommation agit comme un facteur supplémentaire associé à la survenue de certaines maladies cardiovasculaires, de traumatismes intentionnels ou non-intentionnels. La description de ces modes combine généralement les informations suivantes : quantité d'alcool consommée par occasion, consommation épisodique importante, dont le seuil est souvent fixé à six verres ou plus en une même occasion, épisode d'ivresse, consommation quotidienne, consommation lors de repas, consommation dans les lieux publics⁹.

Parmi les outils de surveillance des habitudes de consommation d'alcool, le Baromètre de Santé publique France est un dispositif d'enquêtes périodiques mis en place depuis 1992. Depuis près de trente ans, ces enquêtes de surveillance, complétées par celles menées en population adolescente¹⁰, permettent de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions de la population résidant en France vis-à-vis de sa santé. Les données du Baromètre 2017 permettent de mettre à jour les connaissances sur les niveaux et les modes de consommation d'alcool de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine, d'en suivre les évolutions et d'en étudier les déterminants. Une attention particulière sera accordée aux jeunes adultes, pour lesquels les dernières observations, datant de 2014, avaient montré des évolutions significatives¹¹.

Matériel et méthodes

Sources de données

Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête probabiliste transversale menée par téléphone auprès d'un échantillon de la population résidant en France métropolitaine, parlant le français et âgée de 18 à 75 ans. La méthode repose sur la génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile. La réalisation de l'enquête, via un système de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati), a été confiée à l'institut Ipsos. Le terrain de l'enquête téléphonique s'est déroulé du 5 janvier au 18 juillet 2017. Le taux de participation était de 48,5% et la passation du questionnaire a duré en moyenne 31 minutes. Au total, 25 319 personnes ont participé à l'enquête. Les objectifs, le protocole et les précisions méthodologiques sont détaillés par ailleurs¹².

Variables

Ces analyses reposent sur les réponses obtenues aux questions suivantes, incluant les trois premières question de l'*Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)^{13,14} :

- « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu du vin, de la bière, des alcools forts, d'autres alcools comme du cidre, champagne, porto... ?* » Tous les jours / 4 à 6 fois par semaine / 2 ou 3 fois par semaine / 1 fois par semaine / 2 ou 3 fois par mois / 1 fois par mois ou moins souvent / Jamais.
- « *Les jours où vous buvez, combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?* »
- « *À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres de boissons alcoolisées ou plus en une même occasion ?* Jamais / Moins d'une fois par mois / Une fois par mois / Une fois par semaine / Tous les jours ou presque.
- « *Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?* »

À partir de ces questions, les indicateurs suivants ont été utilisés :

- sur la base du nombre d'ivresses déclarées au cours des 12 derniers mois : Au moins une fois au cours de la vie / Au moins une fois (ivresse année) / Trois fois (ivresses répétées) / 10 fois (ivresses régulières). Ces regroupements ne sont pas exclusifs ; ils ont été conçus en partenariat avec l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), permettant une comparaison entre les enquêtes Baromètres de Santé publique France et Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense), et font l'objet d'un suivi de long terme ;
- alcoolisation ponctuelle importante (API) : épisode de consommation d'au moins six verres en une occasion (indicateur présent depuis 2005) : Au moins une fois par an / Au moins une fois par mois / Au moins une fois par semaine. Ces regroupements, non exclusifs, correspondent aux modalités de réponse proposées dans le questionnaire ;
- sur la base du nombre de jours de consommation d'alcool par an, une fréquence maximale déclarée pour la consommation des différents types d'alcool au cours des 12 derniers mois a été calculée en appliquant le recodage suivant : Tous les jours (365) / 4 à 6 fois par semaine (260, soit 52 fois 5 jours par semaine) / 2 ou 3 fois par semaine (130, soit 52 fois 2,5 jours par semaine) / 1 fois par semaine (52) / 2 ou 3 fois par mois (30, soit 12 fois 2,5 jours par mois) / 1 fois par mois ou moins souvent (12) / Jamais (0) ;
- nombre de verres de boissons alcoolisées par an = nombre de jours de consommation d'alcool par an multiplié par le nombre moyen de verres bus en une occasion.

Analyses

Les données ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées par calage sur marges. Celles-ci ont été produites à partir de l'Enquête emploi 2016 de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) pour les variables suivantes : sexe croisé avec âge en tranches décennales, région, taille d'unité urbaine, taille du foyer et niveau de diplôme de la population résidant en France métropolitaine. Les comparaisons de pourcentages ont été testées au moyen du Chi2 d'indépendance de Pearson, avec correction du second ordre de Rao-Scott pour tenir compte du plan de sondage ; seules les différences significatives au seuil de 5% sont mentionnées. Afin de ne pas alourdir la présentation des résultats, les intervalles de confiance ne sont pas présentés. À titre indicatif, concernant l'estimation de la consommation quotidienne d'alcool, l'effet plan (DEFT) est de 1,2 et l'erreur standard de 0,23. L'ensemble des estimateurs présentés et des précisions correspondantes peuvent être fournis sur demande.

Résultats

Niveaux de consommation d'alcool en 2017 parmi les 18-75 ans

En 2017, 86,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois, et 40,0% au moins une fois par semaine. La consommation d'alcool était plus courante chez les hommes et l'écart entre sexes était d'autant plus marqué que la fréquence de consommation augmentait. Ainsi, 29,8% des hommes consommaient de l'alcool entre une et trois fois par semaine contre 20,3% des femmes, et ils étaient trois fois plus nombreux à consommer de l'alcool quatre à six fois par semaine (7,6% vs 2,6%) ou tous les jours (15,2% vs 5,1%). De plus, la consommation moyenne un jour type était de 2,8 verres parmi les hommes contre 1,8 parmi les femmes. Les prévalences des API étaient de 35,2% dans l'année et de 4,6% au moins une fois par semaine, les sex-ratios correspondants étant de 2,3 et 4,7. Enfin, 63,4% des 18-75 ans déclaraient avoir été ivres au cours de leur vie, 20,7% au cours des 12 derniers mois et 4,1% au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois. Les sex-ratios observés pour les ivresses augmentaient avec le nombre d'épisodes déclarés, passant de 2,2 pour une ivresse dans l'année à 3,6 pour des ivresses régulières (tableau). Par ailleurs, la distribution du volume total d'alcool consommé n'était pas uniforme : près de la moitié de la population (49%) ne buvait que 3% du volume total consommé dans l'année, tandis que les 10% de personnes les plus consommatrices consommaient 58% du volume total (figure 1).

Tableau

Usages d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le sexe parmi les 18-75 ans

	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois				
Abstinent vie	5,4%	3,9%	6,9%	0,6
Abstinent année	8,1%	6,7%	9,4%	0,7
Moins d'une fois par mois	27,2%	17,7%	36,2%	0,5
Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	19,3%	19,1%	19,5%	1,0
Une à trois fois par semaine	25,0%	29,8%	20,3%	1,5
Quatre à six fois par semaine	5,1%	7,6%	2,6%	2,9
Tous les jours	10,0%	15,2%	5,1%	3,0
Nombre de verres consommés un jour de consommation*	2,3	2,8	1,8	1,6
Nombre de jours de consommation d'alcool / an*	98	129	66	2,0
Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes**				
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	35,2%	49,6%	21,4%	2,3
Au moins une fois par mois	16,2%	25,2%	7,6%	3,3
Au moins une fois par semaine	4,6%	7,6%	1,6%	4,7
Ivresses**				
Au moins une fois au cours la vie	63,4%	78,5%	49,1%	1,6
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	20,7%	28,6%	13,2%	2,2
Au moins trois fois au cours des 12 derniers mois	9,7%	14,5%	5,1%	2,8
Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois	4,1%	6,5%	1,8%	3,6

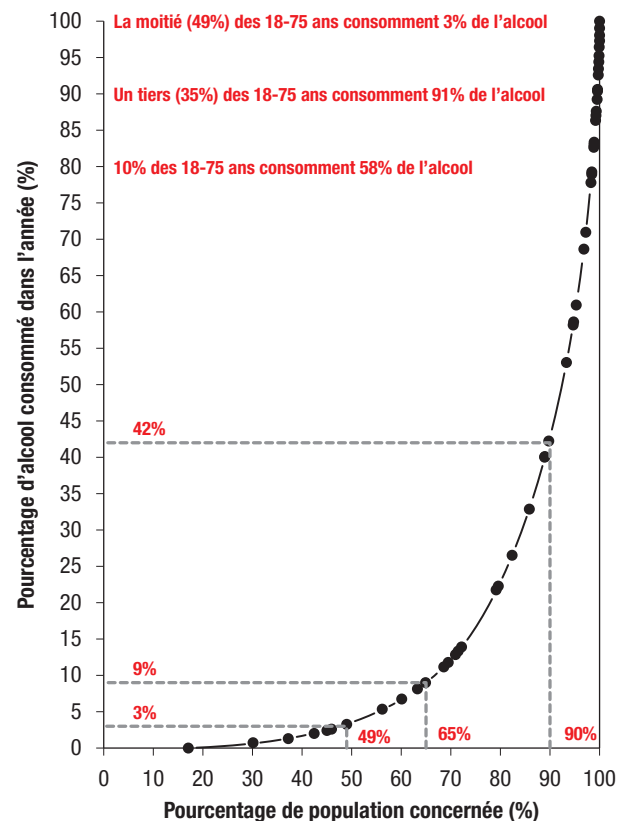
* Parmi les consommateurs d'alcool dans l'année.

** Les modalités ne sont pas exclusives : 35,2% des 18-75 ans ont connu une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année, incluant les 16,2% qui en ont connu tous les mois.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Figure 1

Distribution de la quantité d'alcool consommée dans l'année parmi les 18-75 ans en France métropolitaine en 2017



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Différences de consommation selon l'âge

Les modes de consommation d'alcool varient fortement avec l'âge. Ainsi, alors que la part de personnes ayant bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois fluctuait relativement peu selon les classes d'âge (de 82,5% à 92,3%), la part de celles déclarant au moins une API était de 54,1% parmi les 18-24 ans puis décroissait régulièrement avec l'âge, atteignant 19,7% parmi les 65-75 ans. À l'inverse, ces derniers étaient 26,0% à déclarer une consommation quotidienne d'alcool contre 2,3% des 18-24 ans (figure 2a). Ces différences selon l'âge s'observent aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes (figures 2b, 2c). En outre, les jeunes consommaient moins souvent de l'alcool mais, lorsqu'ils le faisaient, en quantités plus importantes que les plus âgés. Parmi les 18-75 ans, les consommateurs d'alcool dans l'année buvaient

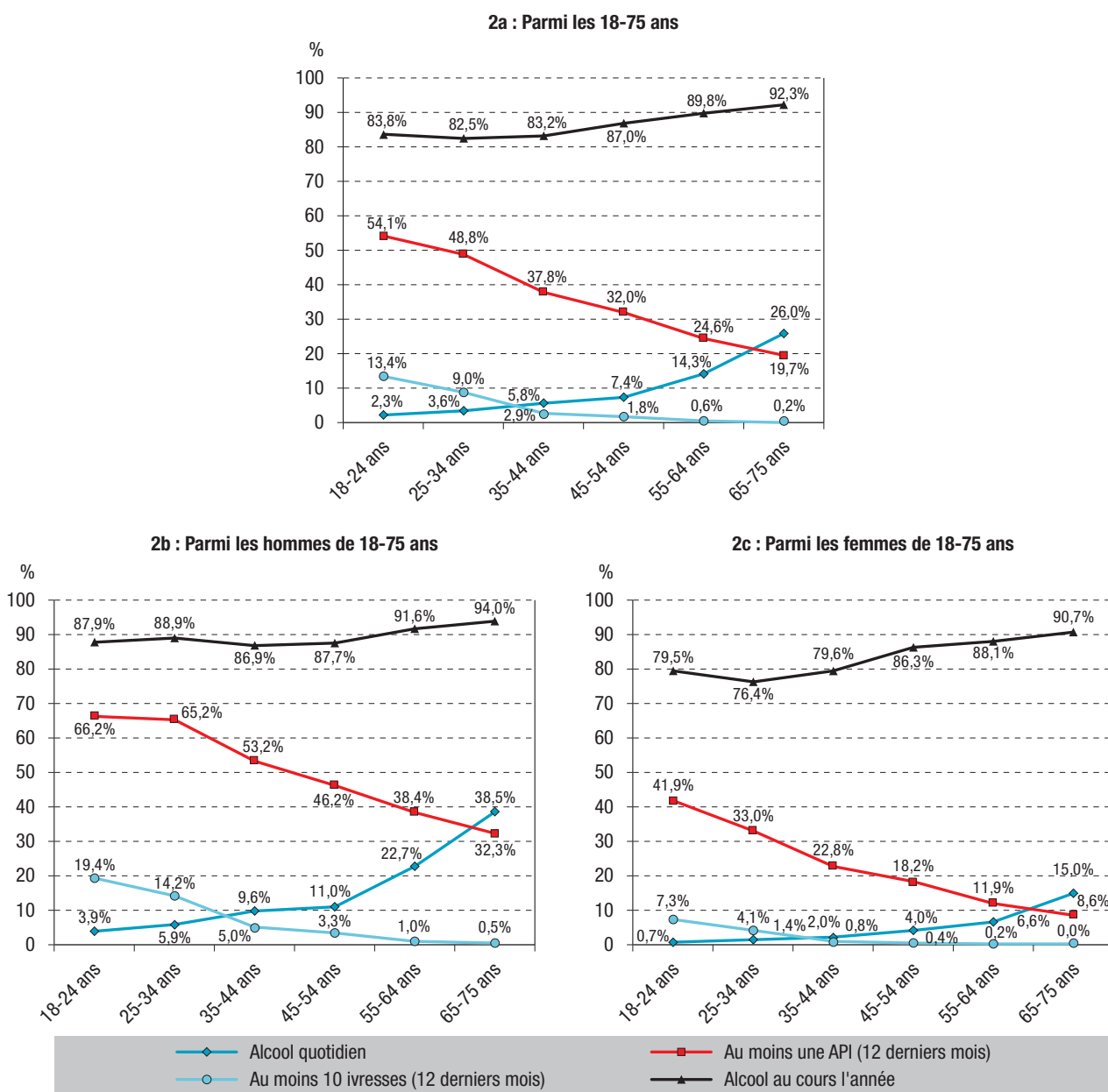
en moyenne 2,3 verres d'alcool 98 jours par an. La moyenne du nombre de verres d'alcool consommés par jour de consommation décroissait progressivement avec l'âge, de 3,3 verres parmi les 18-24 ans à 1,7 verre parmi les 65-75 ans. À l'inverse, le nombre de jours de consommation augmentait, passant de 67 jours de consommation parmi les plus jeunes à 152 jours parmi les plus âgés (figure 3).

Évolutions

Si, depuis une quarantaine d'années, la part d'abstinents dans l'année est restée stable autour de 15%, les modes de consommation d'alcool ont évolué avec le temps. La consommation quotidienne d'alcool, qui concernait environ 1 adulte sur 4 au début des années 1990, est désormais stable avec 1 adulte sur 10 qui déclare boire tous les jours depuis 2010 (figure 4a).

Figure 2

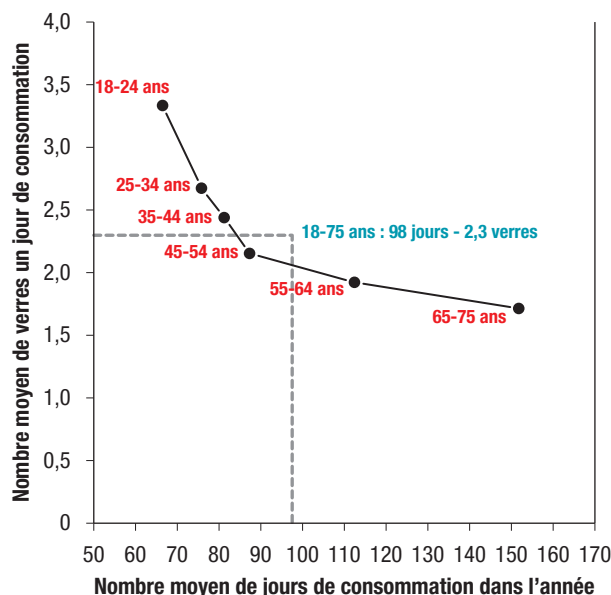
Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge en France métropolitaine, 2017



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.
API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 3

Distribution des moyennes du nombre de verres d'alcool consommés et du nombre de jours de consommation d'alcool selon l'âge, parmi les 18-75 ans ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. France métropolitaine, 2017



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Après avoir augmenté entre 2005 et 2014, la part des personnes déclarant au moins une API dans l'année a diminué significativement entre 2014 et 2017 (de 38,5% à 35,2%, $p < 0,001$). À l'inverse, la part des personnes déclarant au moins une ivresse dans l'année a augmenté significativement entre 2014 et 2017 (de 18,7% à 20,7%, $p < 0,001$), suivant une tendance à la hausse depuis le début des années 2000. La prévalence des ivresses régulières (au moins 10 dans l'année) est restée stable entre 2014 et 2017. Les évolutions observées sont de même nature parmi les hommes (figure 4b) et les femmes (figure 4c).

Parmi les 18-24 ans, hommes comme femmes, qu'il s'agisse de la part de personnes déclarant au moins une API par semaine ou de la part de celles déclarant au moins 10 ivresses au cours de l'année, aucune évolution significative n'est mesurée entre 2014 et 2017, indiquant un fléchissement suite aux augmentations observées depuis 2005 (figure 5).

Discussion

Ces résultats rappellent que l'usage d'alcool demeure en 2017 une pratique courante en France : 86,6% des personnes âgées de 18 à 75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année, une personne sur cinq déclare avoir connu une ivresse dans l'année, 10% sont des consommateurs quotidiens, 5% consomment six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines. Cette étude souligne également la grande hétérogénéité des habitudes de consommations, qu'elles soient appréhendées par la fréquence des consommations

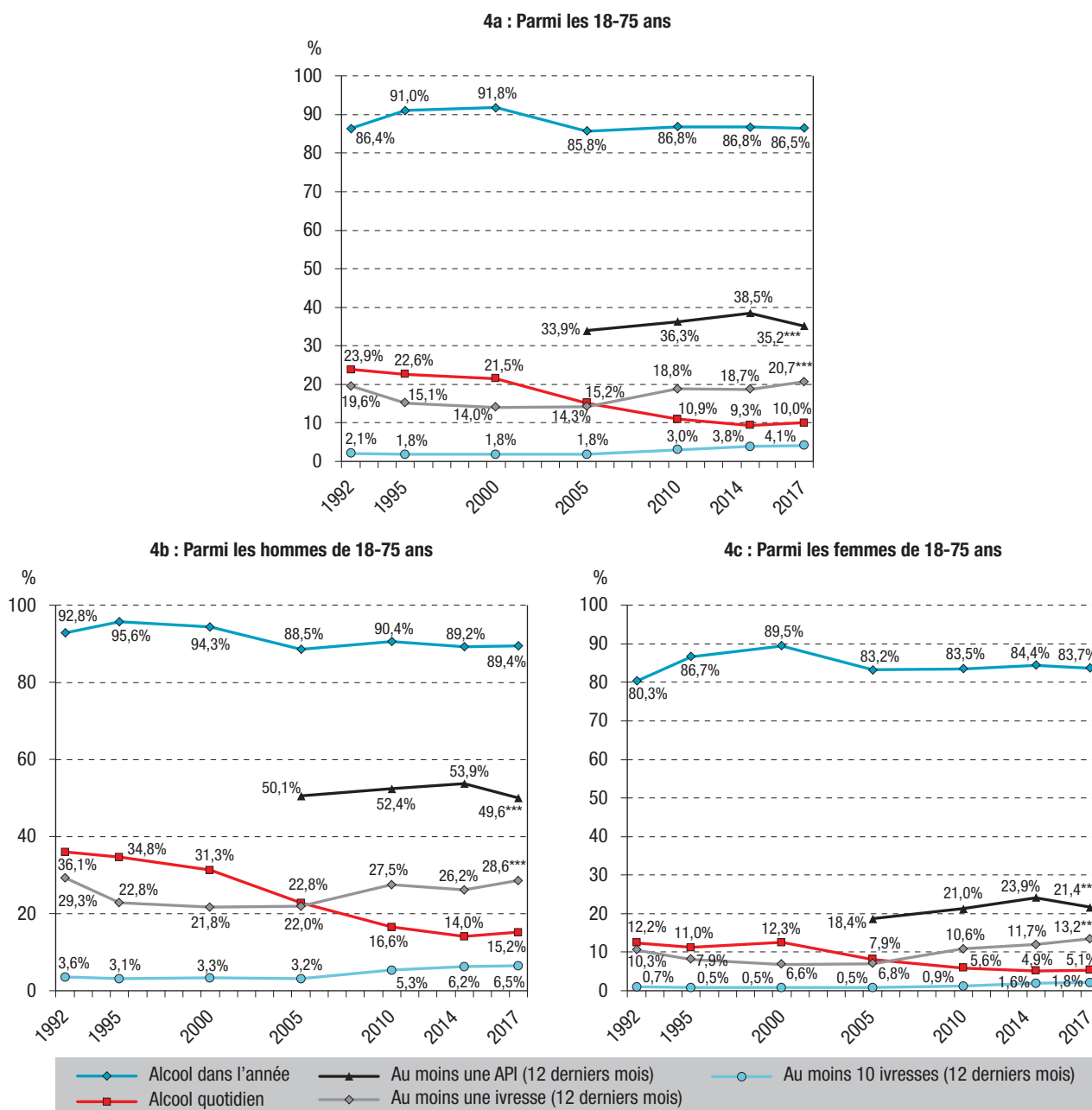
de boissons alcoolisées, le nombre moyen de verres consommés par jour ou la fréquence d'épisodes d'API. La consommation d'alcool apparaît de plus en plus masculine à mesure que la fréquence de consommation augmente, les hommes étant ainsi trois fois plus nombreux que les femmes à boire de l'alcool quotidiennement. Ce résultat s'observe également pour les épisodes de consommations ponctuelles intenses (API ou ivresse), qui concernent d'autant plus les hommes que leur fréquence augmente. Ces consommations sont également très dépendantes de l'âge, et on observe clairement une évolution du mode de consommation avec l'avancée en âge, se caractérisant par une diminution du nombre de verres consommés associée à une augmentation du nombre de jours de consommations. L'hétérogénéité existe également en ce qui concerne la quantité d'alcool bue : à eux seuls 10% des 18-75 ans consomment 58% de la quantité d'alcool consommée déclarée.

Les ventes annuelles d'alcool pur en France ont fortement diminué depuis plus de cinquante ans, mais cette tendance a nettement ralenti depuis une dizaine d'années et, en 2017, la quantité d'alcool pur consommée par habitant de 15 ans et plus était au même niveau qu'en 2013 (11,7 litres d'alcool pur/habitant)¹⁵. Les résultats des enquêtes déclaratives menées depuis 20 ans montrent une tendance similaire. La part des 18-75 ans consommant de l'alcool quotidiennement est passée de 24% en 1992 à 11% en 2010, 9% en 2014 et 10% en 2017. Parallèlement à cette tendance, les ivresses semblent être plus fréquentes, en particulier par rapport aux années 2000. La proportion de personnes déclarant une ivresse dans l'année était de 21% en 2017, contre 19% en 2014 et 14% en 2005 ; la proportion de personnes en déclarant au moins 10 atteignait 4% en 2017, contre moins de 2% avant 2005. Ces tendances peuvent être resituées dans le cadre d'une évolution des volumes et modalités de consommation d'alcool au niveau européen, marquée par un rapprochement entre les pays. Entre 1970 et 2010, les volumes d'alcool consommé ont en effet diminué dans le Sud de l'Europe, alors qu'ils augmentaient dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord ; un rapport récent de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) souligne la proximité actuelle entre l'Espagne, la France ou le Royaume-Uni, tant pour la consommation d'alcool par habitant que pour la fréquence des épisodes de consommation d'alcool importante^{11,16}.

En revanche, la part des personnes ayant connu une API dans l'année apparaît en baisse en 2017 (35%) par rapport à 2014 (38%), après une décennie d'augmentation. Ces évolutions, qui semblent contradictoires, peuvent s'expliquer en partie par la confrontation entre une mesure objective d'une part (avoir consommé au moins six verres en une occasion), subjective d'autre part (l'état d'ivresse, sachant qu'aucune définition n'est donnée dans la formulation de la question et que les représentations de l'ivresse ont pu évoluer).

Figure 4

Évolution des indicateurs de consommation d'alcool entre 1992 et 2017 en France métropolitaine



*, **, *** : évolution significative entre 2014 et 2017, aux seuils de 5%, 1% et 0,1%.

Sources : Baromètres de Santé publique France 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.

API : alcoolisation ponctuelle importante.

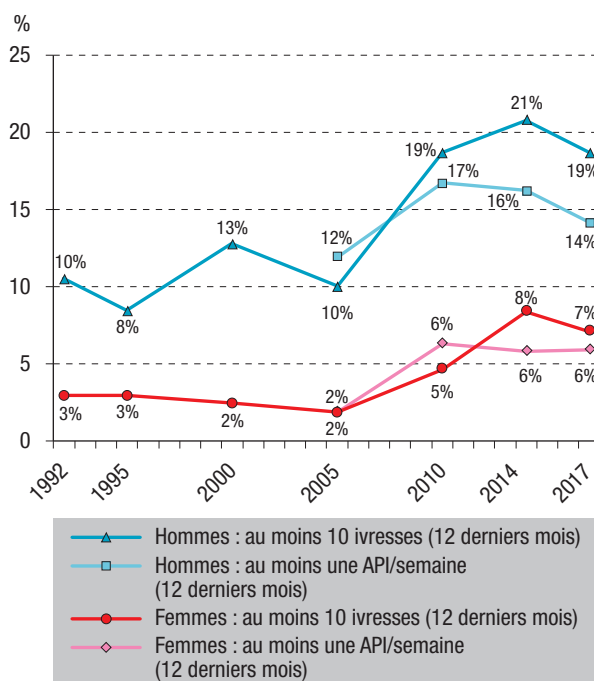
Elles peuvent également refléter la difficulté à décrire précisément les épisodes de consommations ponctuelles et importantes d'alcool. Ce constat est partagé au niveau international. L'utilisation de questionnaires spécifiques permettrait de mesurer plus précisément la fréquence de survenue de ces épisodes, de la quantité d'alcool consommée et, plus globalement, de renforcer la capacité à recueillir des indicateurs de consommations d'alcool reposant sur une même méthodologie et comparables d'un pays à l'autre^{17,18}.

Parmi les jeunes adultes âgés de moins de 25 ans, les tendances récentes montrent une stabilité des

alcoolisations excessives (les usages réguliers, encore limités à ces âges, n'ont pas été présentés), ceci faisant suite à une décennie d'augmentation, notamment des ivresses régulières, entre 2005 et 2014. Ces résultats sont en partie concordants avec les évolutions de consommation d'alcool mesurées par l'enquête Escapad parmi les jeunes de 17 ans, qui montrent entre 2014 et 2017 une diminution de l'ensemble des indicateurs liés à la consommation d'alcool (usages réguliers, expérimentation de l'ivresse, alcoolisations ponctuelles importantes)¹⁹.

Figure 5

Évolution des indicateurs de consommation d'alcool parmi les 18-24 ans en France métropolitaine, 1992-2017



Sources : Baromètres de Santé publique France 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.

API : alcoolisation ponctuelle importante.

Conclusion et perspectives

La répétition des enquêtes Baromètres santé permet de suivre les tendances de consommation d'alcool et de décrire la diversité des usages. En 2017, la consommation d'alcool était courante et demeurait à un niveau relativement stable par rapport aux années précédentes, hormis la proportion de personnes déclarant au moins une ivresse dans l'année qui apparaît en légère hausse. Des analyses complémentaires pourront utilement être menées afin d'enrichir ces premiers résultats. Le questionnaire alcool posé dans le Baromètre de Santé publique France 2017 permettra notamment de documenter plus précisément les facteurs associés aux différents modes de consommation, y compris l'abstinence et les inégalités sociales et territoriales. La consommation d'alcool pourra également être étudiée au regard d'autres thématiques abordées dans cette enquête (santé mentale, polyconsommations) ou sous l'angle d'usages de populations spécifiques, à l'image des analyses récentes concernant les consommations des femmes pendant la grossesse²⁰. Parmi les plus jeunes, les résultats de l'enquête EnCLASS (Enquête nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances) menée en 2018 auprès des élèves de collège et lycée, permettront de compléter ces observations. ■

Références

[1] Besson D. Boissons alcoolisées: 40 ans de baisse de consommation. *Insee Première*. 2004;(966):1-4. <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/309/1/ip966.pdf>

[2] OFDT. Drogues, Chiffres clés –7^e édition. Saint-Denis: OFDT, 2017.1-8. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>

[3] Inserm (dir.). Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Rapport. Paris: Les éditions Inserm, 2003, XXII– 536 p. – (Expertise collective). <http://hdl.handle.net/10608/154>

[4] GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-35.

[5] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60. Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9867):628. Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9874):1276.

[6] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):588-93.

[7] Arwidson P, Léon C, Guillemont J. Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005. *Bull Epidemiol Hebdomadaire*. 2006;(34-35):255-8. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INP00009771

[8] Nelson DE, Naimi TS, Brewer RD, Roeder J. US state alcohol sales compared to survey data, 1993-2006. *Addiction*. 2010;105(9):1589-96.

[9] Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*. 2003;98(9):1209-28.

[10] Beck F, ed. Jeunes et addictions. Saint-Denis: OFDT, 2016. 208 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/jeunes-et-addictions/>

[11] Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. 2015;(32):1-6. https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf___internet_recherche/683/PLE/doc00003224__PDF.txt

[12] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice: Santé publique France, 2018. 24 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>

[13] Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.

[14] Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998;158(16):1789-95.

[15] OFDT. Ventes d'alcool. [Internet]. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/ventes-d-alcool/>

[16] Poznyak V, Rekke D (eds). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO, 2018. 450 p. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/ghs_2018/en/

[17] Nugawela MD, Langley T, Szatkowski L, Lewis S. Measuring alcohol consumption in population surveys: A review of international guidelines and comparison with surveys in England. *Alcohol Alcohol*. 2016;51(1):84-92.

[18] Moskalewicz J, Room R, Thom B (eds). Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. RARHA Reducing Alcohol related Harm, 2017. 368 p. <http://www.rarha.eu/Pages/default.aspx>

[19] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, *et al.* Les drogues à 17 ans : analyses de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances (OFDT). 2018;(123):1-8. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>

[20] Andler R, Guignard R, Spilka S, Le Nézet O, Pasquereau A, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France. Rev Mal Respir. 2018;35:673-85.

Citer cet article

Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):89-97. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html

> ARTICLE // Article

LA MORTALITÉ ATTRIBUABLE À L'ALCOOL EN FRANCE EN 2015

// ALCOHOL-ATTRIBUTABLE MORTALITY IN FRANCE IN 2015

Christophe Bonaldi¹ (christophe.bonaldi@santepubliquefrance.fr), Catherine Hill^{2,3,4}

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Service de biostatistiques et d'épidémiologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

³ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Inserm U1018, Villejuif, France

⁴ Université Paris-Sud, Orsay, France

Soumis le 08.10.2018 // Date of submission: 10.08.2018

Résumé // Abstract

Objectif – Cette étude actualise l'estimation de la mortalité attribuable à la consommation d'alcool en France métropolitaine en 2015, dernière année pour laquelle les données de mortalité sont disponibles.

Méthode – La méthode repose sur la même approche que celle proposée par Guérin et coll. pour estimer la mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. À partir de données d'enquêtes et de ventes, on estime la distribution de la consommation d'alcool dans la population par sexe, âge et niveau de consommation. Pour chaque cause de décès dont le risque est modifié par la consommation d'alcool, des fonctions de risque sont extraites de méta-analyses récentes. En combinant ces risques avec les prévalences de consommation, on peut calculer les fractions de mortalité attribuables à l'alcool pour chaque cause. Ces fractions multipliées par les nombres de décès enregistrés correspondants permettent d'estimer le nombre de décès attribuables à l'alcool.

Résultats – En 2015, 41 000 décès sont estimés être attribuables à l'alcool, dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes, soit respectivement 11% et 4% de la mortalité des adultes de 15 ans et plus. Ceci inclut 16 000 décès par cancers, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.). La fraction attribuable pour l'ensemble des pathologies associées à l'alcool représente jusqu'à 15% des décès chez les 35-64 ans contre moins de 8% pour les autres âges. Hors causes externes, un peu moins de 500 décès (1% des décès attribuables à l'alcool hors causes externes) sont attribuables à une consommation modérée entre 7 et 18 grammes d'alcool pur par jour, et 90% du total des décès sont liés à des consommations supérieures à 53 g/j.

Conclusion – Bien que la consommation d'alcool ait beaucoup diminué en France depuis la fin des années 1950, on estime que 7% des décès chez les plus de 15 ans sont attribuables à l'alcool sur un total de 580 000 décès en 2015. L'impact sanitaire de la consommation d'alcool en France reste donc considérable. Ces résultats soulignent l'importance des politiques de santé publique visant à réduire la consommation d'alcool en France.

Aim – This study updates the estimation of alcohol-attributable mortality in metropolitan France for 2015, last year for which mortality data is available.

Method – The approach is based on the one proposed by Guérin et al. to estimate alcohol-attributable mortality in France for year 2009. Survey and sales data were used to estimate the distribution of alcohol consumption in the population by sex, age, and consumption level. For each cause of death with risk modified by alcohol

consumption, risk functions were extracted from recent meta-analyses. Combining the risks with the prevalence of consumption, alcohol-attributable fractions of mortality were calculated for each cause; these fractions were multiplied by the corresponding recorded number of deaths to obtain the number of deaths attributable to alcohol.

Results – In 2015, 41,000 deaths were estimated to be attributable to alcohol consumption, 30,000 deaths among men and 11,000 deaths among women, representing respectively 11% and 4% of the mortality of men and women aged 15 and over. This includes 16,000 deaths from cancer, 9,900 deaths from a cardiovascular disease, 6,800 deaths from a digestive disease, 5,400 deaths from an external cause (accident or suicide) and more than 3,000 from other diseases (mental illnesses, behavioral disorders, etc.). The attributable-fraction for all alcohol-related pathologies accounts for 15% of deaths among the 15-34 year-olds compared with 8% for ages 35+. Excluding external causes, a little less than 500 deaths (1% of all deaths attributable to alcohol excluding external causes) are attributable to consumption between 7 and 18 grams of pure alcohol per day, and 90% of all deaths are attributable to consumption of more than 53 g/d.

Conclusion – Although alcohol consumption has decreased significantly in France since the end of the 1950s, it is estimated that 7% of the 580 000 deaths in the population aged 15 and over are attributable to alcohol in 2015. The health impact of alcohol consumption in France remains considerable. These results highlight the importance of public health policies aimed at reducing alcohol consumption in France.

Mots-clés : Consommation d'alcool, Fraction attribuable, Causes de décès

// **Keywords:** Alcohol consumption, Attributable fraction, Cause of deaths

Introduction

La consommation d'alcool en France a beaucoup diminué depuis 80 ans : elle était de 65 grammes d'alcool pur par adulte (15 ans et plus) et par jour à la fin des années 1930, puis a baissé de 57 à 26 grammes par jour entre 1957 et 2013, et ne diminue plus depuis. La France reste parmi les pays les plus consommateurs d'alcool au monde, se situant au 6^e rang des pays les plus consommateurs d'alcool chez les 15 ans et plus parmi les 34 pays de l'OCDE¹. En 2017, la consommation moyenne était estimée à 26 grammes d'alcool pur par adulte et par jour par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)².

L'estimation de la mortalité attribuable à l'alcool permet de documenter l'impact sanitaire de la consommation de boisson alcoolisée dans la population, de caractériser la nécessité des actions de prévention et d'estimer les bénéfices potentiels d'une réduction de consommation. Des estimations ont été réalisées dans de nombreux pays³⁻¹¹, dont la France pour les années 1985¹², 1995¹³, 2006¹⁴ et 2009¹⁵, avec un nombre de décès attribuable variant de 33 000 (en 2006)¹⁴ à 52 000 (en 1985)¹². Si on se limite aux cancers en France, des estimations de la mortalité en 2000¹⁶ et de la morbidité en 2015¹⁷ ont été publiées.

L'objectif de ce travail est de proposer une mise à jour de l'estimation de la mortalité attribuable à l'alcool en 2015 (dernière année d'enregistrement de la mortalité en France à ce jour) globalement et par cause de décès, par sexe, classe d'âge et dose d'alcool, en s'appuyant sur la même approche que celle proposée pour la dernière estimation faite en 2009 par Guérin et coll.¹⁵

Méthodes

Si certaines causes de décès sont entièrement attribuables à l'alcool (maladies alcooliques du foie par

exemple), d'autres maladies ne sont que partiellement liées à la consommation d'alcool. Dans ce cas, pour estimer le nombre de décès attribuables à l'alcool, une approche par fraction attribuable a été utilisée. Pour estimer la fraction de décès attribuable à l'alcool, il est nécessaire de connaître la distribution de la consommation par sexe et classe d'âge dans la population, d'identifier l'ensemble des causes de décès dont l'alcool modifie le risque et de connaître la relation entre la dose d'alcool et le risque pour chacune de ces causes de décès. Le calcul de la fraction attribuable combine les données de consommation avec le risque relatif de décéder d'une maladie, en supposant un temps de latence de plus de 10 ans entre la consommation et le décès. L'estimation prend en compte les pathologies dont le risque est diminué par la consommation d'alcool, notamment pour la consommation de doses faibles.

Consommation d'alcool par sexe et âge

Un échantillon aléatoire de 20 178 personnes de 15 ans et plus résidant en France métropolitaine a été interrogé sur sa consommation d'alcool en 2002-2003 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Enquête Santé Insee 2002-2003)¹⁸. L'enquête recueillait la fréquence de la consommation d'alcool ainsi que la quantité consommée à chaque occasion, en termes de verres et selon le type de boisson consommée (vin, champagne, bières, spiritueux, apéritif, alcool fort, etc.). Ces données permettent d'estimer la distribution de la consommation d'alcool déclarée par sexe et par âge. On observe cependant une discordance importante entre la consommation moyenne d'alcool déclarée dans cette enquête et la consommation estimée par les statistiques de mise à disposition d'alcool, extrapolées des taxes perçues sur les ventes et d'une estimation du volume d'alcool échappant aux taxes. La consommation quotidienne déclarée était équivalente à 11 grammes d'alcool pur par adulte et par jour, à comparer aux 26 grammes

par adulte et par jour estimés à partir de l'alcool mis à disposition, rapportés par l'OFDT². Afin de corriger la sous-déclaration de la consommation, les consommations quotidiennes pour tous les âges et quel que soit le sexe ont donc été multipliées par un terme correctif égal à 2,4 correspondant au rapport entre la consommation estimée par les ventes et la consommation moyenne déclarée (26/11). La distribution de la consommation d'alcool dans la population et les quantités consommées après ajustement sur les ventes, par sexe, âge et pour cinq catégories de dose sont montrées dans le tableau 1. Les nombres de décès attribuables à l'alcool en 2015 ont été estimés sur la base de ces données de consommations ajustées.

Causes de décès associées à l'alcool

Décès dont l'alcool est une cause contributive

Les cancers dont l'alcool augmente le risque sont les cancers de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, du côlon et rectum, du foie, du larynx et du sein¹⁹. La consommation d'alcool contribue à augmenter le risque d'arythmie cardiaque²⁰, d'accident vasculaire cérébral hémorragique²¹ ou ischémique²² et de maladie hypertensive chez les hommes²². Il a été montré qu'une consommation inférieure à 19 grammes d'alcool pur par jour

diminue le risque de maladie hypertensive chez les femmes, mais le risque augmente ensuite pour les doses supérieures à cette valeur^{23,24}. L'alcool réduit le risque de cardiopathie ischémique²² chez les hommes et les femmes aux doses respectivement inférieures à 60 et 30 grammes d'alcool pur par jour, et le risque augmente aux doses plus élevées. La consommation d'alcool diminue le risque de cholélithiase²⁰ mais augmente le risque de pancréatite²⁵. Une consommation inférieure à 50 g d'alcool pur par jour pour les femmes et 60 g d'alcool pur par jour pour les hommes réduit le risque de diabète de type 2²⁶. La consommation d'alcool augmente le risque de décès des personnes épileptiques²⁷. Enfin, la consommation d'alcool est à l'origine de traumatismes dans une large variété de contextes : accidents de la route (impliquant un véhicule motorisé ou non et les piétons), chutes, blessures dans le cadre de pratiques sportives ou de loisirs, blessures auto-infligées (dont les tentatives de suicide) ou violences entre personnes²⁸. Les codes de la Classification internationale des maladies version 10 (CIM-10) permettant d'identifier l'ensemble de ces causes de décès dans la base de données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Institut national de la santé et de la recherche médicale) sont donnés dans le tableau 2.

Tableau 1

Distribution de la consommation d'alcool en France métropolitaine, selon la classe de doses, par âge et par sexe, estimée à partir de l'enquête Santé Insee 2002-2003

		Grammes d'alcool pur par 24 heures							
Sexe	Âge (ans)	Moyenne déclarée dans l'enquête [étendue]					Total	Consommation moyenne (après ajustement*)	
		0,8 [<2,9]	5,3 [2,9-7,8[	11,4 [7,8-15[	19 [15-23[	48\35* [≥23]			
		Moyenne après ajustement* [étendue]							
		2 [<7]	12 [7-18[	26 [18-35[	44 [35-53[	111\81* [≥53]			
Hommes	15-24	49,7%	22,7%	11,3%	7,8%	8,5%	100%	20,9	
	25-34	36,1%	22,4%	15,8%	10,3%	15,4%	100%	29,8	
	35-44	28,5%	22,5%	16,9%	8,3%	23,7%	100%	39,3	
	45-54	26,1%	18,2%	13,1%	7,9%	34,8%	100%	48,7	
	55-64	24,4%	15,7%	12,5%	7,3%	40,0%	100%	56,1	
	65-74	28,6%	12,7%	11,6%	5,1%	42,0%	100%	52,3	
	75 +	37,2%	8,5%	13,3%	2,8%	38,2%	100%	41,7	
	Total	31,6%	19,0%	14,0%	7,8%	27,7%	100%	40,9	
Femmes	15-24	72,3%	16,6%	6,2%	3,0%	1,8%	100%	7,2	
	25-34	69,5%	18,9%	6,1%	2,5%	3,0%	100%	8,5	
	35-44	62,3%	21,3%	7,8%	3,2%	5,3%	100%	12,1	
	45-54	58,7%	19,0%	8,5%	4,0%	9,7%	100%	15,9	
	55-64	57,6%	17,6%	10,3%	3,1%	11,5%	100%	16,5	
	65-74	67,3%	11,8%	8,6%	2,3%	10,0%	100%	13,2	
	75 +	73,3%	6,9%	10,1%	1,2%	8,5%	100%	11,3	
	Total	64,6%	17,6%	8,0%	3,0%	6,9%	100%	12,2	
Deux sexes	Total	49,0%	18,2%	10,8%	5,2%	16,7%	100%	26,0	

* Moyenne déclarée par les hommes/femmes.

Consommation corrigée à partir de l'alcool mis à disposition.

Décès pour des causes entièrement attribuables à l'alcool

Les causes de décès suivantes, avec leurs codes CIM-10, sont entièrement attribuables à l'alcool : cardiomyopathie alcoolique (I42.6), varices œsophagiennes (I85), gastrite alcoolique (K29.2), maladie alcoolique du foie (K70), hépatite chronique (K73), fibrose et cirrhose du foie (sauf cirrhose biliaire, K74-[K74.3-.5]), encéphalopathie de Wernicke (E51.2), maladie mentale liée à l'alcool (F10), dégénérescence du système nerveux due à l'alcool (G31.2), polynévrite alcoolique (G62.1).

Fonctions de risque de décès selon la dose consommée

Nous avons identifié pour chaque cause de décès associée à l'alcool des fonctions décrivant la relation dose-réponse du RR, parues dans les méta-analyses les plus récentes^{19-22,24-28}. Ces fonctions du RR modélisent la relation continue entre la dose quotidienne d'alcool consommée et le risque de développer la pathologie, ajustée sur les principaux facteurs

de confusion. Ces relations peuvent s'exprimer au moyen d'une simple équation paramétrique comme pour les cancers mais, pour certaines maladies, la relation dose-réponse prend des formes beaucoup plus complexes qui peuvent dépendre de l'âge, du sexe et du niveau de consommation quotidienne (en gramme d'alcool pur). En dehors des causes externes, l'ensemble de ces relations dose-réponse est synthétisé en annexe de la publication de Rehm et coll.²⁴. Pour les causes externes, l'augmentation du risque de décès due à l'alcool dépend de l'alcoolisation aiguë plutôt que chronique. De plus, l'augmentation du risque ne concerne pas seulement la personne ayant bu de l'alcool, mais aussi les tiers impliqués dans un accident causé par cette personne alcoolisée. La relation dose-réponse pour le RR de décès d'une cause externe a été extrapolée du RR méta-analytique estimé par Corrao et coll. pour les traumatismes et violences²⁹. Cette estimation montrait que, globalement, le RR de décès associé à l'alcool pour une cause externe augmentait d'environ 5% pour une augmentation de 10 grammes par jour d'alcool pur consommé.

Tableau 2

Codes CIM-10 des causes de décès partiellement attribuables à l'alcool avec les références contenant les fonctions des risques relatifs utilisées pour l'estimation des fractions de décès attribuables à l'alcool

Cause de décès	CIM-10	Référence
Cancer	C00-C97	
Cavité buccale	C00-C08	
Pharynx	C09-C14	
Œsophage	C15	
Côlon et rectum	C18-C20	Bagnardi et coll. [19]
Foie	C22	
Larynx	C32	
Sein	C50	
Maladies cardiovasculaires	I00-I99	
Maladie hypertensive	I10-I15	Roerecke et coll. [23]
Cardiopathie ischémique	I20-I25	Rehm et coll. [22]
Arythmie cardiaque	I47-I49	Gutjahr et coll. [20]
AVC hémorragique*	I60-I62 + I69.0-2 + p_a (I64 + I69.4 + I69.8)	Patra et coll. [21]
AVC ischémique*	I63 + I69.3 + (1 - p_a) (I64 + I69.4 + I69.8)	Rehm et coll. [22]
Maladies digestives	K00-K93	
Cholélithiase	K80	Gutjahr et coll. [20]
Pancréatite	K85 + K86.0-1	Samokhvalov et coll. [25]
Causes externes	V01-Y98	Corrao et coll. [29]
Autres maladies		
Diabète de type 2 [#]	E11 + p_b E14	Baliunas et coll. [26]
Épilepsie et mal épileptique	G40-G41	Samokhvalov et coll. [27]
Cirrhose du foie (hommes)	K70.3-K74	Rehm et coll. [31]

* Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sans précision (codes I64, I69.4 et I69.8) ont été distribués au *pro rata* des accidents vasculaires spécifiés par sexe et classe d'âge avec p_a désignant la proportion des AVC hémorragiques. Globalement en 2015, 51% des décès de personnes de plus de 15 ans avec une cause initiale d'AVC spécifiés étaient des AVC hémorragiques.

[#] De la même façon, une partie des décès avec une cause initiale de diabète sucré « sans précision » (E14) a été comptabilisée en appliquant la part p_b des causes de décès avec diabète sucré non insulino-dépendant (E11) sur l'ensemble des causes indiquant un diabète sucré (E10-13), par sexe et classe d'âge. En 2015, globalement, les décès avec une cause initiale de diabète sucré non insulino-dépendant représentaient 67% de l'ensemble des décès avec un diabète sucré en cause initiale chez les 15 ans et plus.

Fraction attribuable à l'alcool

Décès dont l'alcool est une cause contributive

La fraction attribuable à l'alcool (FAA) pour une cause de décès donnée est la proportion des décès dus à la consommation d'alcool. La FAA a été estimée pour chaque cause, sexe et classe d'âge par l'égalité suivante dérivée de la formule de Levin³⁰ :

$$FAA = \frac{\sum_{i=1}^4 p_i (RR_i - 1)}{\sum_{i=1}^4 p_i (RR_i - 1) + 1}$$

où p_i est la proportion de la population dans la $i^{\text{ème}}$ catégorie de consommation d'alcool et RR_i est le risque relatif associé à la $i^{\text{ème}}$ catégorie de dose comparé à la consommation la plus modérée prise comme catégorie de référence (<7g/j d'alcool pur) et estimé par la valeur de la fonction de risque de décès au centre de la catégorie de dose. Cette formule indique que la FAA globale est la somme de la fraction attribuable pour chaque catégorie de consommation.

Pour les causes externes, les victimes des accidents n'étant pas nécessairement les personnes ayant consommé de l'alcool, nous n'avons pas produit d'estimations en fonction des doses consommées.

Causes de décès entièrement attribuables à l'alcool

Par définition, pour les causes entièrement attribuables à l'alcool, tous les décès sont dus à une consommation d'alcool (FAA=100%). Pour distribuer le nombre total de ces décès entre les quatre catégories de dose, nous avons utilisé la relation dose-réponse du risque de décès par cirrhose du foie. Cette pathologie est quasiment entièrement due à l'alcool et c'est la seule de ces causes pour laquelle on dispose de relations dose-effet publiées³¹. La fraction attribuable à l'alcool pour la catégorie de dose i (FAA _{i}) a donc été estimée en utilisant les risques relatifs de cirrhose du foie et en prenant la consommation la plus modérée comme catégorie de référence :

$$FAA_i = \frac{p_i (RR_i)}{\sum_{i=1}^4 p_i (RR_i)}$$

Cette estimation a été appliquée pour chaque cause entièrement attribuable à l'alcool.

Données de mortalité

Les nombres de décès en 2015 pour chaque cause dont le risque est modifié par l'alcool ont été extraits des certificats de décès au moyen des codes CIM-10 par sexe et classe d'âge de 10 ans, à partir des bases de données du CépiDc (15 ans et plus). Les nombres de décès attribuables à l'alcool ont été calculés pour chaque cause, par sexe et classe d'âge et pour chaque catégorie de dose, en multipliant le nombre total de décès par la fraction attribuable à l'alcool correspondante. Les estimations ont été présentées par sexe, cause de décès, groupe de causes de décès (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies digestives, causes externes et autres maladies) et par classe de doses d'alcool consommées. Les résultats

par âge ont été synthétisés sur des grandes classes d'âge : 15-34 ans, 35-65 ans et 75 ans et plus.

Analyses de sensibilité

Des analyses de sensibilité ont estimé le nombre de décès attribuable à l'alcool sous les hypothèses que 10% ou 20% de l'alcool mis à disposition n'avait pas été consommé (produits perdus ou jetés). La consommation moyenne serait alors de 23,4 g/j ou 20,8 g/j respectivement. La consommation déclarée serait alors multipliée par 2,1 ou 1,9 respectivement pour ajuster cette consommation sur la consommation estimée à partir des ventes d'alcool en 2015. Les fractions sur la consommation d'alcool déclarée, sans correction par les données de ventes, ont aussi été estimées. L'estimation a été refaite en prenant les mêmes fonctions de risque que dans la publication de Guérin et coll. de 2013¹⁵. Enfin, la mortalité attribuable à l'alcool a été estimée en incluant les décès de cause inconnue ou mal spécifiée auxquels on a appliqué la fraction de décès attribuable à l'alcool pour l'ensemble des causes précisées associées à la consommation d'alcool.

Résultats

Sur un total de 580 000 décès en 2015, 41 000 étaient attribuables à l'alcool : 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes, ce qui représente respectivement 11% et 4% du total des décès des adultes de plus de 15 ans. Le tableau 3 présente, par sexe et pour chaque cause de décès, le nombre de décès observé en 2015, la fraction attribuable à l'alcool et le nombre de décès attribuables à l'alcool. Les impacts les plus larges de la consommation d'alcool sont observés pour les cancers, avec 16 000 décès attribuables, et les pathologies cardiovasculaires avec 9 900 décès attribuables. Si, pour les hommes, les cancers représentaient la première cause de décès attribuable à l'alcool avec plus de 12 000 décès, les pathologies cardiovasculaires étaient la première cause de décès attribuable à l'alcool chez les femmes avec 4 000 décès (vs 3 500 décès par cancer). La fraction attribuable à l'alcool est maximum dans la population des 35-64 ans (15%) et minimum (6%) dans celle des 65 ans et plus (tableau 4).

Le tableau 5 présente la mortalité en France en 2015 en fonction de la dose d'alcool, par cause en excluant les causes externes. La fraction attribuable à l'alcool de décès hors causes externes augmente avec la dose d'alcool : chez les hommes, elle passe de 0,2% pour une consommation de 7 à 18 grammes d'alcool pur par jour jusqu'à 34% pour une consommation supérieure à 53 grammes par jour. Cette fraction s'accroît de 0,8% à 42%, respectivement, chez les femmes.

Les analyses de sensibilité donnent des nombres de décès attribuables à l'alcool variant de 23 000 en utilisant uniquement les consommations déclarées (sans ajustement sur l'alcool mis à disposition) à plus de 43 000, en considérant l'ensemble des décès en incluant les décès de causes inconnues

Tableau 3

Nombre total de décès, fraction et nombre attribuables à l'alcool, par sexe et cause détaillée de décès, en France métropolitaine en 2015 (adultes de plus de 15 ans)

Cause de décès	Hommes			Femmes			Total		
	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable	Décès	Fraction attribuable (%)	Décès attribuable
Cancer	91 133	13,6	12 358	67 532	5,3	3 573	158 665	10,0	15 931
Bouche	1 188	78,1	927	547	37,1	203	1 735	65,1	1 130
Pharynx	1 764	78,2	1 380	367	39,0	143	2 131	71,5	1 523
Œsophage	2 970	75,6	2 245	871	39,3	342	3 841	67,4	2 587
Côlon et rectum	9 178	30,4	2 791	7 828	8,2	645	17 006	20,2	3 436
Foie	6 100	73,7	4 499	2 300	17,1	394	8 400	58,2	4 893
Larynx	918	56,2	516	157	21,7	34	1 075	51,2	550
Sein	—	—	—	12 294	14,7	1 812	—	—	—
Maladie cardiovasculaire	65 651	8,9	5 872	76 232	5,3	4 025	141 883	7,0	9 897
Maladie hypertensive	3 643	30,3	1 105	6 700	13,8	924	10 343	19,6	2 029
Cardiopathie ischémique	19 798	1,3	257	13 620	2,3	314	33 418	1,7	571
Cardiomyopathie alcoolique	77	100	77	18	100	18	95	100	95
Arythmie cardiaque	2 749	51,9	1 426	3 120	21,1	659	5 869	35,5	2 085
Accident vasculaire cérébral hémorragique	6 466	32,8	2 124	8 499	21,5	1 830	14 965	26,4	3 954
Accident vasculaire cérébral ischémique	5 981	13,4	801	9 486	2,7	254	15 467	6,8	1 055
Varices œsophagiennes	82	100	82	26	100	26	108	100	108
Maladie digestive	12 464	39,7	4 951	10 935	16,7	1 829	23 399	29,0	6 780
Gastrite alcoolique	1	100	1	0	100	0	1	100	1
Maladie alcoolique du foie	3 164	100	3 164	1 053	100	1 053	4 217	100	4 217
Hépatite chronique sans précision	14	100	14	6	100	6	20	100	20
Fibrose et cirrhose du foie	1 781	100	1 781	785	100	785	2 566	100	2 566
Cholélithiase	147	— 45,6	— 67	223	— 9,0	— 20	370	— 23,5	— 87
Pancréatite	83	69,9	58	23	21,7	5	106	59,4	63
Externes (accidents et suicides)	22 219	20,5	4 562	15 518	6	870	37 737	14	5 432
Autres maladies	82 993	3,1	2 607	107 090	0,4	433	190 083	1,6	3 040
Diabète de type 2	3 877	2,9	114	3 921	— 5,6	— 221	7 798	— 1,4	— 107
Encéphalopathie de Wernicke	7	100	7	5	100	5	12	100	12
Maladie mentale due à l'alcool	1 994	100	1 994	496	100	496	2 490	100	2 490
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	44	100	44	11	100	11	55	100	55
Épilepsie et mal épileptique	818	53,2	435	786	17,7	139	1 604	35,8	574
Polynévrite alcoolique	13	100	13	3	100	3	16	100	16
Total	287 198	10,6	30 350	288 844	3,7	10 730	576 042	7,1	41 080

ou mal identifiées. Le détail des estimations par sexe pour chaque hypothèse de calcul est montré sur la figure. Si on supposait que 10% et 20% de l'alcool mis à disposition en 2015 n'avait pas été consommé, on attribuerait à l'alcool respectivement 38 000

et 34 000 décès. Enfin, si les mêmes fonctions de risque que celles utilisées dans la publication de Guérin et coll. avaient été employées, on obtiendrait un nombre de 39 000 décès attribuables à l'alcool (41 000 en ajoutant les décès de causes inconnues).

Tableau 4

Fractions attribuables à l'alcool (FAA) par âge, sexe et cause de décès en France métropolitaine en 2015

Sexe	Cause de décès	Âge en années							
		15-34		35-64		65+		Total 15+	
		Décès attribuables	FAA	Décès attribuables	FAA	Décès attribuables	FAA	Décès attribuables	FAA
Hommes									
	Cancer	24	4,6%	3 849	16,1%	8 485	12,7%	12 358	13,6%
	Maladie cardiovasculaire	17	7,3%	791	8,8%	5 064	9,0%	5 872	8,9%
	Maladie digestive	21	31,8%	2 685	68,6%	2 245	26,5%	4 951	39,7%
	Causes externes	307	11,7%	1 659	21,0%	2 596	22,2%	4 562	20,5%
	Autres maladies	52	7,1%	1 540	13,8%	1 015	1,4%	2 607	3,1%
	Total	421	8,8%	10 524	17,5%	19 405	8,7%	30 350	10,6%
Femmes									
	Cancer	11	2,6%	1 040	6,6%	2 522	4,9%	3 573	5,3%
	Maladie cardiovasculaire	5	4,5%	280	9,4%	3 740	5,1%	4 025	5,3%
	Maladie digestive	13	37,1%	871	58,6%	945	10,0%	1 829	16,7
	Causes externes	20	3,3%	164	6,7%	686	5,5%	870	6,0%
	Autres maladies	13	3,2%	285	5,2%	135	0,1%	433	0,4%
	Total	62	3,4%	2 640	8,9%	8 028	3,1%	10 730	3,7%
Deux sexes	Total	483	7,3%	13 164	14,7%	27 433	5,7%	41 080	7,2%

Tableau 5

Estimation du nombre de décès, hors causes externes, dus à l'alcool selon la dose d'alcool, le sexe et la cause de décès en 2015 en France métropolitaine

Cause de décès	Hommes						Femmes						Total
	Dose d'alcool en grammes par jour					Total	Dose d'alcool en grammes par jour					Total	
	<7	[7-18[	[18-35[	[35-53[	≥53		<7	[7-18[	[18-35[	[35-53[	≥53		
Cancer	–	149	372	279	11 558	12 358	–	267	565	217	2 524	3 573	15 931
Maladie cardio-vasculaire	–	– 177	– 68	63	6 054	5 872	–	– 121	315	180	3 651	4 025	9 897
Maladie digestive	–	108	140	112	4 591	4 951	–	257	311	132	1 129	1 829	6 780
Autres maladies	–	18	23	59	2 507	2 607	–	– 26	– 54	38	475	433	3 040
Décès attribuables à l'alcool	–	98	467	513	24 710	25 788	–	377	1 137	567	7 779	9 860	35 648
Nombre total de décès hors causes externes*	83 782	50 296	37 016	20 613	73 272	264 979	176 474	48 027	21 944	8 129	18 752	273 326	538 305
Fraction attribuable	–	0,2%	1,3%	2,5%	33,8%	9,7%	–	0.8%	5,2%	7,0%	41,5%	3,6%	6,6%

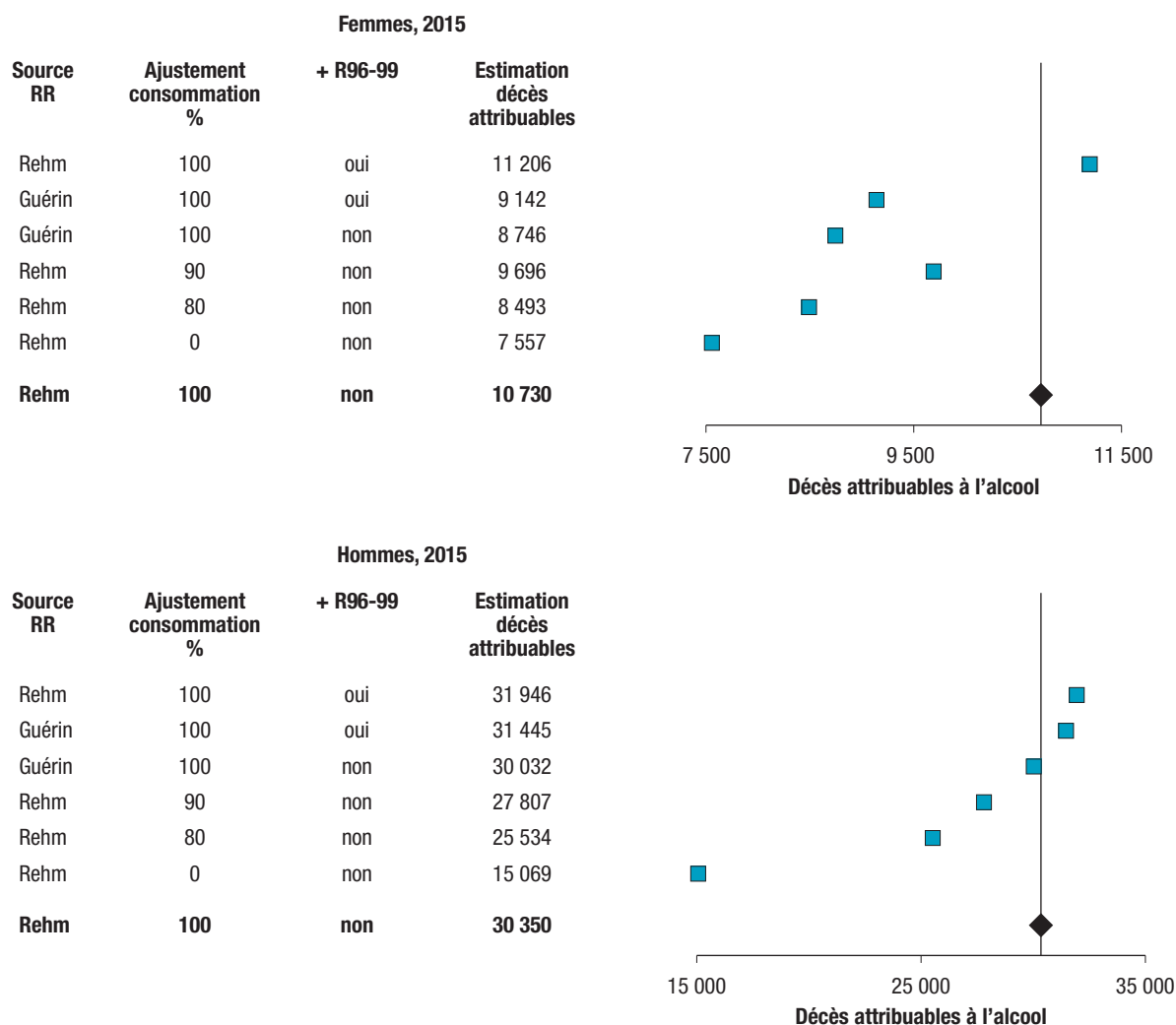
* Le nombre total de décès est réparti entre les classes de dose selon la distribution de la population dans ces classes de doses (voir tableau 1).

Discussion

En France en 2015, environ 41 000 décès sont attribuables à l'alcool : 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes. La consommation d'alcool est responsable d'une part importante des décès avant

65 ans (décès prématurés). Même à la dose relativement modérée de moins de 18 grammes d'alcool pur consommé par jour (moins de deux verres standards), qui réduit les risques de cholélithiase, de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral

Variation de l'estimation du nombre de décès attribuables à l'alcool, en fonction de la source bibliographique des risques relatifs (Rehm et coll. 2017 [24] ou Guérin et coll. 2009 [15]), de l'ajustement des consommations déclarées sur l'alcool mis à disposition et de l'inclusion des décès de causes inconnues ou mal spécifiées (code CIM-10 : R96-99)



Note : Pour l'ajustement de la consommation, 90% signifie que l'on a ajusté sur 90% des volumes d'alcool mis à disposition ; 0% signifie que seule la consommation déclarée est utilisée pour l'estimation.

ischémique et de diabète de type 2, le risque global est augmenté. La fraction des décès attribuables à l'alcool reste cependant très faible à ce niveau de consommation (<1%).

Ces estimations nécessitent de nombreuses hypothèses sur la distribution de la consommation d'alcool, sur le temps de latence entre la consommation, l'apparition de la maladie et la mortalité, sur les modalités de consommation d'alcool (régulièrement ou par épisodes d'alcoolisation massive), sur l'inventaire des maladies dont le risque est modifié par l'alcool, sur la qualité des certificats de décès et sur l'estimation des fonctions de risque. Toutes ces hypothèses sont évidemment sources d'incertitude concernant ces estimations.

Estimation de la consommation d'alcool

La littérature sur les sources de biais dans l'estimation de la consommation d'alcool est considérable³²

et il n'y a pas de consensus sur l'estimateur à utiliser pour évaluer la mortalité attribuable à l'alcool. La consommation déclarée dans les enquêtes en population générale est très différente de la consommation estimée sur la base de l'alcool mis à disposition (taxes et estimation du marché hors taxes), ce qui conduit à des estimations très différentes de la mortalité attribuable à l'alcool : 23 000 décès si l'on se base sur les données déclarées uniquement vs 41 000 dans notre étude en ajustant sur l'alcool mis à disposition. Les relations dose-réponse des RR étant estimées à partir de cohortes épidémiologiques dans lesquelles la consommation d'alcool est déclarée, on pourrait penser que les données déclarées sont préférables. Mais il est aussi considéré que la sous-déclaration est bien moindre dans une cohorte épidémiologique que dans une enquête en population générale. Les personnes interrogées dans le contexte de ces cohortes, dont elles comprennent l'enjeu, ont tendance à déclarer

une consommation plus proche de leur consommation réelle³³. Nous avons donc choisi d'ajuster la consommation déclarée dans une grande enquête en population générale¹⁸ sur la quantité d'alcool mis à disposition de la population en 2015. Le facteur de sous-déclaration de 2,4 utilisé a été supposé indépendant de la quantité d'alcool, mais il pourrait très bien dépendre du sexe, de l'âge, du niveau de consommation de la personne et de certains déterminants sociodémographiques³⁴. Cette approximation repose donc sur une hypothèse assez forte. Le facteur de sous-déclaration est sans doute trop élevé si une partie de l'alcool mis à disposition n'est pas réellement consommée ; l'analyse de sensibilité montre qu'une réduction de 10% ou 20% de la consommation moyenne d'alcool réduit l'estimation de la mortalité attribuable de 3 000 et 7 000 décès respectivement. Nos hypothèses de l'alcool perdu, renversé ou gaspillé de 10% et 20% pourraient elles-mêmes être trop élevées : une publication récente³⁵ citant des estimations des industries de l'alcool estime que moins de 10% de l'alcool est effectivement gâché ou renversé. L'étude du risque de cancer attribuable à l'alcool en France publiée en 2017¹⁷ avait supposé une consommation ajustée diminuée de 20%.

Décalage temporel de l'impact sanitaire de la consommation

Différentes approches ont été proposées pour étudier la relation entre les variations de la consommation d'alcool et leurs effets sur la santé, mais le problème du décalage temporel entre la cause et la conséquence est difficile à étudier³⁶. Le choix du décalage représente un certain enjeu en France, parce que la consommation d'alcool a baissé de 50% dans les 50 dernières années. Elle était de 33 grammes par adulte par jour en 1994, de 30 grammes en 2002 et de 26 grammes en 2017. Pour évaluer le risque de cancer, la prise en compte du niveau de consommation d'alcool 10 à 15 ans auparavant semble l'hypothèse la plus pertinente sur la base d'études explorant le délai entre la consommation et l'apparition de la maladie^{17,37}. Dans notre estimation, nous avons fait ce choix qui reste donc raisonnable pour la plupart des pathologies chroniques. Cette hypothèse est évidemment inexacte pour les conséquences aiguës comme les décès pour une cause externe (accident, traumatisme, suicide...) ; mais la consommation d'alcool et sa distribution dans la population ont modérément évolué entre 2002 et 2015, l'hypothèse a donc un impact limité sur l'estimation. On notera que la plupart des estimations publiées de la mortalité attribuable à l'alcool utilisent les données de consommation et de mortalité pour la même année^{3-8,10,11}.

Modes de consommation

Nous avons étudié les effets de la consommation d'alcool résumée par la dose moyenne quotidienne, négligeant ainsi la possibilité qu'une consommation régulière n'ait pas les mêmes effets que des

ivresses épisodiques, à dose moyenne égale. On dispose de peu d'information sur les risques sanitaires liés à ces phénomènes de consommation massive. Une méta-analyse récente montre que, pour le risque d'ischémie myocardique, l'effet protecteur d'une dose d'alcool modérée disparaît quand une consommation faible ou modérée est associée à des épisodes rares d'ivresses importantes³⁸. Le risque d'accident dépend de l'alcool bu très récemment, il est donc évidemment très augmenté en cas d'ivresse³⁹.

Définition du niveau de référence pour la consommation d'alcool

La fraction des décès attribuables à l'alcool a été calculée sur la base d'un niveau de consommation de référence inférieur à 7 g/j d'alcool pur, réunissant donc les non-consommateurs et des petits buveurs déclarant consommer moins de 5 verres standards par semaine. Il s'agit de la même catégorie de référence utilisée par Guérin et coll.¹⁵ pour l'estimation des décès attribuables à l'alcool en France en 2009. De plus en plus d'estimations des effets sanitaires de l'alcool se basent sur l'abstinence à vie comme catégorie de référence. C'est par exemple ce qui avait été fait par Shield et coll.¹⁷ dans l'estimation des cancers incidents attribuables à l'alcool en France en 2015. Étant donné le gain relativement faible des petites consommations en termes de décès, l'impact de considérer l'abstinence ou une classe de faible consommation en référence, comme ici inférieure à la moitié de la consommation hebdomadaire recommandée⁴⁰, aurait eu un impact faible sur l'estimation *in fine*. De plus, l'abstinence de la consommation d'alcool est difficile à approcher dans les enquêtes car basée sur la déclaration potentiellement inexacte des personnes⁴¹, et l'abstinence à vie est souvent approximée par la déclaration d'absence de consommation au cours de la dernière année seulement. Estimer la part attribuable à l'alcool des décès avec un niveau de base rassemblant abstinents et très faibles consommateurs reste donc un choix raisonnable.

Causes de décès associées à l'alcool

Nous n'avons pas pris en compte les causes de décès ayant un lien probable mais non certain avec l'alcool. En effet des méta-analyses récentes ne confirment pas de lien entre la consommation d'alcool et le cancer de la prostate⁴², l'adénocarcinome de l'œsophage et du cardia gastrique⁴³ ainsi que le cancer de la vessie⁴⁴.

Nous n'avons considéré dans notre estimation que la cause principale de décès, ignorant donc les causes associées éventuelles.

Estimations antérieures de la mortalité attribuable à l'alcool en France

Historiquement, plusieurs estimations de la mortalité attribuable à l'alcool en France ont été publiées. Les premières études utilisaient des données de consommation d'alcool provenant

d'une enquête réalisée par l'Institut français d'opinion publique (Ifop) en 1974. Les consommations n'avaient pas été corrigées pour expliquer l'alcool mis à disposition et les estimations négligeaient les effets protecteurs éventuels des faibles doses de consommation. Elles attribuaient ainsi à l'alcool 52 000 décès en 1985 et 45 000 décès en 1995^{13,14}. L'étude de Guérin et coll.¹⁵ utilisant la même méthode d'estimation que celle présentée ici estimait à 49 000 décès attribuables à l'alcool en 2009, en incluant les décès de causes inconnues ou mal spécifiées auxquels la fraction attribuable de l'ensemble des causes connues était appliquée. Une estimation de la mortalité par cancer attribuable à l'alcool en France a été publiée par le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) pour l'année 2000, sur la base de l'alcool mis à disposition en 1985¹⁶. Les fractions attribuables à l'alcool pour l'ensemble des cancers étaient de 9% pour les hommes et 3% pour les femmes en 2000 vs 14% et 5% dans notre étude. Le nombre total de décès par cancer attribuables à l'alcool était ainsi de 9 900 vs 16 000 pour notre estimation. La disparité entre ces chiffres provient surtout de la différence des estimations des fonctions de risque de cancer. Une estimation basée sur des consommations tirées d'une enquête de 2002 ajustées sur l'alcool mise à disposition concluait à un nombre de décès attribuables à l'alcool pour l'année 2006 de 33 000¹⁴. Une analyse publiée récemment de la consommation d'alcool et de l'impact sanitaire de cette consommation au niveau mondial attribue plus de 50 000 décès à l'alcool en France en 2016⁴⁵. L'utilisation de données de consommation à partir d'enquêtes et de fonctions de risque différentes explique l'écart entre toutes ces estimations. Malgré la disparité des estimations de la mortalité attribuable à l'alcool en France liée à différents choix de méthodes, toutes ces estimations aboutissent à un nombre élevé de décès associés à la consommation de boissons alcoolisées.

Comparaison avec d'autres pays

La proportion de décès attribuables à l'alcool en France chez les hommes est de 11%, ce qui est plus élevé que dans d'autres pays : 6,8% en Écosse⁵, 5% en Suisse⁷, 3% dans l'est de l'Allemagne⁴ et en Italie⁶, 1% dans l'ouest de l'Allemagne et au Danemark⁴. Deux études ont même conclu à un effet protecteur global de la consommation avec une diminution de la mortalité de -2,8% ou -0,8% au Royaume-Uni^{4,10}. Chez les femmes, la proportion des décès attribuables à l'alcool est de 4%, à comparer aux 3,3% estimés pour l'Écosse, 2% observés en Italie, 1,4% en Suisse, 1% au Danemark ou 0,3% dans l'ouest de l'Allemagne. Des effets variant entre 0,1% et -0,9% ont été publiés au Royaume-Uni^{4,10} et -0,3% dans l'est de l'Allemagne⁴. Liang et coll.⁹ estiment que 4,4% des décès par cancer sont attribuables à l'alcool en Chine en 2005, à comparer aux 7% de notre étude. Bien que basée sur des méthodes de calcul de la fraction attribuable comparable, la conclusion d'un effet global protecteur de l'alcool

observé en Angleterre et au Pays de Galles se distingue de l'effet globalement dommageable issu des estimations réalisées en France ou ailleurs. On notera cependant que l'estimation de White et coll.¹⁰ utilise la consommation déclarée, sans tenir compte de l'alcool mis à disposition, contrairement à notre estimation. Dans notre analyse de sensibilité, en utilisant l'alcool déclaré sans ajustement, nous obtenons 23 000 décès attribuables à l'alcool en France, ce qui reste éloigné des 2 800 décès évités en Angleterre et au Pays de Galles. La répartition des causes de décès est aussi très différente entre les deux populations. La comparaison de toutes ces estimations réalisées sur des populations avec des habitudes de consommation très différentes, avec des processus de certification des décès sans doute assez différenciés entre les pays et des méthodes de calcul plus ou moins comparables reste donc globalement délicate.

L'alcool, problème de santé publique majeur en France

Conditionnellement aux hypothèses d'estimation sur lesquelles repose ce travail, nos résultats montrent que la consommation d'alcool a un impact négatif sur la santé de la population, conduisant à 41 000 décès en 2015. Même pour une consommation de 7 à 18 grammes d'alcool pur par jour, les effets nocifs l'emportent sur les bénéfices, mais 90% des décès attribuables à l'alcool sont liés à des consommations de plus de 5 verres par jour.

Notre estimation de 41 000 décès attribuables à l'alcool en 2015 est inférieure aux 49 000 décès estimés en 2009¹⁵. L'analyse de sensibilité (voir figure) montre qu'en prenant les fonctions de risque utilisées pour 2009, en ajustant la consommation sur l'alcool mis à disposition en 2015 et en incluant les causes mal spécifiées comme en 2009, on obtient aussi cette estimation de 41 000 décès. La différence entre les estimations 2009 et 2015 s'explique en grande partie par la diminution de la mortalité pour les causes liées à l'alcool et, dans une moindre mesure, par la baisse de la consommation, passée de 27 à 26 g d'alcool pur par jour sur cette même période.

Cette étude se limitant aux conséquences de l'alcoolisation de la population en termes de mortalité ne donne qu'une image incomplète de l'impact sanitaire de la consommation d'alcool ; elle ne prend pas en compte la morbidité des buveurs, la morbidité des non-buveurs impliqués dans des accidents causés par l'alcool, la morbidité des nouveau-nés exposés *in utero* et, enfin, toutes les conséquences sociales et économiques de ces effets sanitaires. En 2015, la France avait une des consommations d'alcool parmi les plus élevées en Europe en se situant au 43^e rang sur les 53 pays de la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé¹. Pour limiter les effets sanitaires et diminuer la mortalité liée à l'alcool, il est nécessaire d'en réduire la consommation en France, notamment en incitant la population,

dont la consommation moyenne est aujourd'hui de 2,6 verres par adulte et par jour, de l'abaisser à moins de 10 verres par semaine, dose qu'il est recommandé de ne pas dépasser⁴⁰. ■

Références

- [1] World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Poznyak V, Rekve D, eds. Geneva: WHO; 2018. 450 p. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/
- [2] Observatoire français des drogues et toxicomanies. Ventes d'alcool. OFDT; 2017. [Internet]. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/ventes-d-alcool/>
- [3] Jones L, Bellis MA, Dedman D, Sumnall H, Tocque K. Alcohol-attributable fractions for England: Alcohol attributable mortality and hospital admission. Liverpool: John Moores University, North West Public Health Observatory; 2008.
- [4] Britton A, Nolte E, White IR, Grønbaek M, Powles J, Cavallo F, *et al.* A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries. *Eur J Epidemiol.* 2003;18(7):643-51.
- [5] Grant I, Springbett A, Graham L. Alcohol attributable mortality and morbidity: Alcohol population fractions for Scotland. Edinburgh: NHS National Services Scotland/Crown; 2009. 56 p.
- [6] Corrao G, Rubbiati L, Zambon A, Aricò S. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy. A balance in 1983 and 1996. *Eur J Public Health.* 2002;12(3): 214-23.
- [7] Rehm J, Taylor B, Roerecke M, Patra J. Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *Int J Public Health.* 2007;52(6):383-92.
- [8] Rehm J, Patra J, Taylor B. Harm, Benefits, and net effects on mortality of moderate drinking of alcohol among adults in Canada in 2002. *Ann Epidemiol.* 2007;17(5 Suppl.):81-6.
- [9] Liang H, Wang J, Xiao H, Wang D, Wei W, Qiao Y, *et al.* Estimation of cancer incidence and mortality attributable to alcohol drinking in China. *BMC Public Health.* 2010;10:730.
- [10] White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Mortality in England and Wales attributable to any drinking, drinking above sensible limits and drinking above lowest-risk level. *Addiction.* 2004;99(6):749-56.
- [11] White IR, Altmann DR, Nanchahal K. Alcohol consumption and mortality: Modelling risks for men and women at different ages. *BMJ.* 2002;325(7357):191.
- [12] Pignon JP, Hill C. Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985. *Gastroenterol Clin Biol.* 1991;15:51-6.
- [13] Hill C. Alcool et risque de cancer. *Actualités et Dossiers en Santé Publique.* 2000;30:14-7.
- [14] Rey G, Boniol M, Jouglu E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: Methodological issues and illustration with French data for 2006. *Addiction.* 2010;105(6): 1018-29.
- [15] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* 2013;23(4): 588-93.
- [16] World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Attributable causes of cancer in France in the year 2000. Vol. 3. Lyon: WHO IARC Working group Reports; 2007. 177 p. <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Working-Group-Reports/Attributable-Causes-Of-Cancer-In-France-In-The-Year-2000-2007>
- [17] Shield KD, Marant Micallef C, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, *et al.* New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addiction.* 2018;113(2):247-56.
- [18] Institut national de la statistique et des études économiques Enquête Santé en 2002-2003. Insee; 2018. [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s1381/presentation>
- [19] Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, *et al.* Alcohol consumption and site-specific cancer risk: A comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer.* 2015;112(3):580-93.
- [20] Gutjahr E, Gmel G, Rehm J. Relation between average alcohol consumption and disease: An overview. *Eur Addict Res.* 2001;7(3):117-27.
- [21] Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, *et al.* Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types. A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2010;10(1):258.
- [22] Rehm J, Shield KD, Roerecke M, Gmel G. Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: An overview. *BMC Public Health.* 2016;16(1):363.
- [23] Roerecke M, Tobe SW, Kaczorowski J, Bacon SL, Vafaei A, Hasan OSM, *et al.* Sex-specific associations between alcohol consumption and incidence of hypertension: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(13). pii: e008202.
- [24] Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, *et al.* The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – An update. *Addiction.* 2017;112(6): 968-1001.
- [25] Samokhvalov AV, Rehm J, Roerecke M. Alcohol consumption as a risk factor for acute and chronic pancreatitis: A systematic review and a series of meta-analyses. *EBioMedicine.* 2015;2(12):1996-2002.
- [26] Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, *et al.* Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2009;32(11):2123-32.
- [27] Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia.* 2010;51(7):1177-84.
- [28] Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, *et al.* Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, eds. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol 1. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 959-1108.
- [29] Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med.* 2004;38(5):613-9.
- [30] Walter SD. The estimation and interpretation of attributable risk in health research. *Biometrics.* 1976;32(4):829-49.
- [31] Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, *et al.* Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(4):437-45.
- [32] Robinson M, Thorpe R, Beeston C, McCartney G. A review of the validity and reliability of alcohol retail sales data for monitoring population levels of alcohol consumption: A Scottish perspective. *Alcohol Alcohol.* 2013;48(2):231-40.
- [33] Stockwell T, Zhao J, Sherk A, Rehm J, Shield K, Naimi T. Underestimation of alcohol consumption in cohort studies and implications for alcohol's contribution to the Global Burden of Disease. *Addiction.* 2018;113(12):2245-9.
- [34] Livingston M, Callinan S. Underreporting in alcohol surveys: Whose drinking is underestimated? *J Stud Alcohol Drugs.* 2015;76(1):158-64.

[35] Greenfield TK, Kerr WC. Alcohol measurement methodology in epidemiology: Recent advances and opportunities. *Addiction*. 2008;103(7):1082-99.

[36] Holmes J, Meier PS, Booth A, Guo Y, Brennan A. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: A systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug Alcohol Depend*. 2012;123(1-3):7-14.

[37] Grundy A, Poirier AE, Khandwala F, McFadden A, Friedenreich CM, Brenner DR. Cancer incidence attributable to alcohol consumption in Alberta in 2012. *CMAJ Open*. 2016;4(3):E507-14.

[38] Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2010;171(6):633-44.

[39] Taylor BJ, Shield KD, Rehm JT. Combining best evidence: A novel method to calculate the alcohol-attributable fraction and its variance for injury mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(1):265.

[40] Santé publique France & Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice; 2017. 150 p. [https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-](https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-France-organise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca)

[matiere-de-consommation-d-alcool-en-France-organise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca](https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-France-organise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca)

[41] Rehm J, Irving H, Ye Y, Kerr WC, Bond J, Greenfield TK. Are lifetime abstainers the best control group in alcohol epidemiology? On the stability and validity of reported lifetime abstinence. *Am J Epidemiol*. 2008;168(8):866-71.

[42] Rota M, Scotti L, Turati F, Tramacere I, Islami F, Bellocchio R, *et al*. Alcohol consumption and prostate cancer risk. *Eur J Cancer Prev*. 2012;21(4):350-9.

[43] Tramacere I, Negri E, Pelucchi C, Bagnardi V, Rota M, Scotti L, *et al*. A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. *Ann Oncol*. 2012;23(1):28-36.

[44] Pelucchi C, Galeone C, Tramacere I, Bagnardi V, Negri E, Islami F, *et al*. Alcohol drinking and bladder cancer risk: A meta-analysis. *Ann Oncol*. 2012;23(6):1586-93.

[45] GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;6736(18):1-21.

Citer cet article

Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(5-6):97-108. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html

CONSOMMATION ET APPROVISIONNEMENT EN ALCOOL À 17 ANS EN FRANCE : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ESCAPAD 2017

// ALCOHOL USE AND PURCHASING OF ALCOHOLIC BEVERAGES AMONG ADOLESCENTS AGED 17 IN FRANCE:
RESULTS FROM THE 2017 ESCAPAD SURVEY

Antoine Philippon¹, Olivier Le Nézet¹, Eric Janssen¹, Chloé Cogordan², Raphaël Andler², Jean-Baptiste Richard², Stanislas Spilka^{1,3} (stanislas.spilka@ofdt.fr)

¹ Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), Paris, France

² Santé publique France, Saint-Maurice, France

³ CESP, Faculté de médecine, Université Paris Sud ; Faculté de médecine UVSQ ; Inserm ; Université Paris-Saclay, Villejuif, France

Soumis le 28.09.2018 // Date of submission: 09.28.2018

Résumé // Abstract

Introduction – Pour pallier l'absence de données épidémiologiques sur les niveaux d'usage de substances psychoactives en population adolescente, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a initié en 2000 une enquête sur les modes de vie, la santé et les consommations de tabac, d'alcool et de produits stupéfiants auprès des adolescents français convoqués à la Journée Défense et citoyenneté (JDC). Le neuvième exercice de l'enquête nationale ESCAPAD (Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense) s'est déroulé en 2017. Ce dernier exercice est l'occasion de faire un état des lieux des consommations d'alcool et des modes d'approvisionnement à la fin de l'adolescence en 2017.

Méthodes – L'enquête a été réalisée auprès de 39 115 adolescents âgés de 17 ans, interrogés à l'aide d'un questionnaire papier auto-administré et anonyme en mars 2017. Une analyse transversale décrit l'usage de boissons alcoolisées et l'approvisionnement selon le sexe, et les différents niveaux de fréquences de consommation.

Résultats – En 2017, 85,7% des adolescents de 17 ans ont déclaré avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie. L'usage régulier d'alcool (au moins dix fois dans le mois) concernait 1 jeune sur 10 (8,4%) et 44,0% des jeunes de 17 ans ont déclaré une alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours du mois. Par ailleurs, malgré l'interdiction de vente aux mineurs, les adolescents qui ont déclaré avoir bu des boissons alcoolisées dans le mois étaient 91,0% à en avoir acheté en magasin et 77,5% à en avoir consommé dans un débit de boissons. La majorité d'entre eux (52,7%) a déclaré en outre n'avoir jamais eu à présenter de carte d'identité pour justifier de son âge lors d'un achat en bar ou en restaurant.

Conclusion – Les résultats d'ESCAPAD 2017 confirment la très grande diffusion de l'alcool à l'adolescence et la persistance des comportements d'alcoolisations ponctuelles importantes (API). En outre, l'interdiction de vente de boissons alcoolisées aux mineurs s'avère peu efficace au regard de la facilité avec laquelle les adolescents semblent s'en procurer. Si ces analyses liminaires font apparaître un léger recul significatif de l'expérimentation et des usages réguliers d'alcool entre 2014 et 2017, elles révèlent aussi la nécessité de renforcer les actions pour mieux garantir le respect de législation de la vente d'alcool.

Introduction – To make up for the lack of epidemiological data on the levels of use of psychoactive substances in the adolescent population, the French Monitoring Center of Drugs and Drug Addiction (OFDT) initiated in 2000 a survey on lifestyles, health and consumption of tobacco, alcohol and narcotics to French teenagers summoned to Defense and Citizenship Day (JDC). The ninth exercise of the ESCAPAD national survey (Health and Behavior Survey during the defense preparation call) took place in 2017. This last exercise is an opportunity to make an inventory of alcohol consumption and modes of supply at the end of adolescence in 2017.

Methodology – A self-administered anonymous questionnaire was completed by 39,115 adolescents aged 17 on National Defense and Citizenship Day (JDC) in France. A cross-sectional analysis describes the use and purchase of alcoholic beverages by sex and different levels of consumption frequencies.

Results – In 2017, 85.7% of 17-year-olds reported drinking alcohol in their lifetime. The regular use of alcohol (at least 10 times in the month) concerned 1 out of 10 youths (8.4%), and 44.0% of 17 years old reported significant occasional drinking during the month. In addition, despite the prohibition of sales to minors, 91% of the teenagers who reported use at least once in the 30 days prior to the survey bought alcoholic beverage in stores, and 77.5% had consumed them in a bar. The majority of them (52.7%) reported that they had never had to present an identity card to justify their age when buying in a bar or restaurant.

Conclusion – The results of the 2017 French ESCAPAD survey confirm the widespread use of alcohol and the persistence of heavy episodic drinking at the end of adolescence. Furthermore, the ban on the sale of

alcohol to minors appears to be ineffective, given the ease with which adolescents continue to make purchases. While our analyses do reveal a slight decrease in experimentation with alcohol and the regular use of alcohol from 2014 to 2017, they simultaneously reveal the need to reinforce existing legislation to impede the sale of alcohol to minors.

Mots-clés : Adolescents, Alcool, Consommation, Approvisionnement, Enquête ESCAPAD

Keywords: Adolescents, Alcohol use, Purchasing alcoholic beverages, ESCAPAD survey

Introduction

Mise en place à partir de l'année 2000 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la Direction du Service national et de la jeunesse (DSNJ), l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense), a complété le dispositif d'enquêtes en population générale en matière de consommation de substances psychoactives. En se centrant sur la fin de l'adolescence, elle permet d'éclairer une période cruciale pour ces comportements, tandis que sa répétition selon une même méthodologie offre la possibilité de comparaisons spatio-temporelles. Les premiers résultats de l'édition 2017 de l'enquête ESCAPAD montraient un recul significatif de l'expérimentation et des usages réguliers d'alcool entre 2014 et 2017, tant chez les garçons que les filles, bien que l'alcool reste la substance psychoactive la plus communément expérimentée par les adolescents français (85,7%)¹.

Les analyses descriptives qui suivent complètent ces premiers résultats, en faisant un état des lieux des consommations d'alcool et des modes d'approvisionnement à la fin de l'adolescence. Ces données pourront être utiles aux décideurs politiques pour adapter et mener des actions de prévention et d'information au plus près des comportements des populations visées.

Matériel et méthode

Le neuvième exercice de l'enquête ESCAPAD s'est déroulé du 13 au 25 mars 2017 dans tous les centres JDC de France (y compris ceux des DOM). Réalisée selon une méthodologie inchangée depuis l'origine, l'enquête repose sur un sondage exhaustif : tous les centres du service national et tous les appelés convoqués durant la période d'enquête sont inclus dans l'enquête. Lors de cet exercice 2017, 43 892 jeunes Français présents ont répondu à un questionnaire auto-administré anonyme d'une durée d'environ 25 minutes. Les questions portaient sur leur santé et leurs consommations de substances psychoactives, dont le tabac, l'alcool et le cannabis. Par ailleurs, le questionnaire abordait différentes questions socio-démographiques comme la situation scolaire, la situation familiale et professionnelle des parents et le lieu de résidence, ou de contexte, par exemple, la consommation d'alcool des parents.

L'enquête n'ayant pas de caractère obligatoire, les appelés peuvent ne pas répondre. Cependant, tous ceux présents durant la période d'enquête reçoivent un questionnaire. Ainsi, les refus de participer à l'enquête

correspondent à un questionnaire rendu vierge (soit 2,6% des questionnaires). En outre, les questionnaires non renseignés sur le sexe ou le département et ceux dont le taux de réponse est inférieur à 50% sont éliminés (soit 2,0% des questionnaires non-vides). Enfin, les individus âgés de plus de 18,5 ans ont été considérés comme hors-cible, ce qui a conduit à écarter 7,3% des questionnaires valides. Au final, l'analyse a porté sur 39 115 adolescents métropolitains (49,9% de filles et 50,1% de garçons) âgés de 17,4 ans en moyenne (écart-type de 0,3), soit 88,5% des répondants. Sachant que la JDC est obligatoire pour tous les jeunes Français atteignant leurs 17 ans, l'échantillon est représentatif de la génération née en 2000. Pour pallier la non-réponse et assurer la représentativité de l'échantillon à l'échelle régionale, les données ont été redressées sur le sex-ratio et le poids de la population de 17 ans à l'échelle départementale, à partir des données actualisées du recensement.

En 2017, il y avait trois questionnaires distincts comprenant un socle de questions communes incluant notamment toutes les questions d'usage. Ce socle était ensuite complété avec un des trois modules de questions thématiques (passage aux urgences, consommation des parents, approvisionnement, marketing alcool...), les questionnaires étant répartis aléatoirement entre les répondants. Ainsi, si les résultats concernant les niveaux de consommation d'alcool portent sur l'ensemble des 39 115 répondants, l'analyse des facteurs associés à l'usage d'alcool, d'une part, et l'étude des modes d'approvisionnement en boissons alcoolisées d'autre part – qui mobilisent des questions liées à l'un des modules spécifiques – concernent respectivement 13 314 répondants (49,4% de filles, 50,6% de garçons, âge moyen de 17,4 ans) et 12 471 répondants (49,7% de filles, 50,3% de garçons, âge moyen de 17,4 ans).

L'enquête ESCAPAD a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis).

Pour décrire les consommations à l'adolescence (cf. encadré ci-après pour l'énoncé des questions) plusieurs indicateurs ont été définis :

- expérimentation : avoir déjà consommé au moins une fois de l'alcool au cours de sa vie ;
- usage dans l'année ou actuel : consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois ;
- usage dans le mois ou récent : consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours ;
- usage régulier : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours.

Les questions de l'enquête ESCAPAD 2017 sur les usages d'alcool

- Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu une boisson alcoolisée (bière, cidre, vin, apéritif, alcool fort (type whisky, gin, vodka...)) ? Non / Oui
- Au cours des douze derniers mois, avez-vous bu une boisson alcoolisée (exemples) ? 0 fois / Une fois par mois ou moins / 2-3 fois par mois / Une fois par semaine / 2-3 fois par semaine / 4 fois par semaine ou plus / Tous les jours ou presque
- Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu une boisson alcoolisée (bière, cidre, vin, apéritif, alcool fort (type whisky, gin, vodka...)) ? 0 fois à 30 fois ou plus
- Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus de boissons alcoolisées (bière, cidre, vin, apéritif, alcool fort (type whisky, gin, vodka...)) ? 0 fois à 30 fois ou plus
- Au cours des 12 derniers mois, vous avez acheté pour votre consommation des boissons alcoolisées dans un supermarché/une supérette, dans une épicerie ou petit magasin d'alimentation, dans une station-service, dans un pays frontalier de la France, dans un autre pays étranger ou en duty-free ? 0 fois à 20 fois ou plus
- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu des boissons alcoolisées dans un bar, un restaurant ou une discothèque ? 0 fois à 20 fois ou plus
- Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on demandé votre carte d'identité alors que vous vouliez acheter une boisson alcoolisée dans un magasin ? Je n'ai pas acheté de boisson alcoolisée dans un magasin / Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Toujours
- Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on demandé votre carte d'identité alors que vous vouliez acheter une boisson alcoolisée dans un bar ou un restaurant ? Je n'ai pas acheté de boisson alcoolisée dans un bar ou un restaurant / Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Toujours
- Selon vous, à partir de quel âge a-t-on le droit d'acheter de l'alcool dans un magasin ?
- Au cours de votre vie, avez-vous déjà été à l'hôpital (aux urgences) parce que vous aviez trop bu d'alcool (par exemple, vous vous sentiez très mal ou vous étiez dans le coma) ? Non / Oui, une fois / Oui, plusieurs fois
- À la maison, votre père / votre mère boivent-ils des boissons alcoolisées pour l'apéritif ou le repas ? Non, jamais / Peu de fois dans l'année / 1 ou 2 fois par mois / Au moins 1 fois par semaine / Presque chaque jour

Pour les alcoolisations ponctuelles importantes (API), correspondant au fait de déclarer avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion :

- API répétée : au moins 3 API au cours des 30 derniers jours ;
- API régulière : au moins 10 API au cours des 30 derniers jours.

Les analyses descriptives de comparaison de pourcentages selon le sexe ont été menées avec des tests du Chi² de Pearson. Pour l'étude des principaux facteurs associés aux usages d'alcool, une régression logistique multivariée a été conduite dans l'objectif de contrôler conjointement les effets de toutes les caractéristiques individuelles. Toutes les analyses ont été conduites avec le logiciel SAS[®]v9.

Résultats

Consommation d'alcool

En 2017, 85,7% des jeunes de 17 ans déclaraient avoir déjà consommé une boisson alcoolisée au cours de leur vie (tableau 1). Cela concernait davantage les garçons que les filles (86,6% vs 84,6% ; $p<0,001$). Ils étaient 77,7% à en avoir consommé durant l'année

précédant l'enquête (80,1% parmi les garçons vs 75,2% parmi les filles ; $p<0,001$). Deux tiers des adolescents déclaraient avoir eu un usage d'alcool dans le mois précédant l'enquête (66,5%, soit 69,9% des garçons vs 62,9% des filles, $p<0,001$) et 8,4% un usage régulier.

Les usages restaient marqués par des alcoolisations ponctuelles importantes (API). Si moins d'un jeune de 17 ans sur 10 déclarait un usage régulier d'alcool (12,0% des garçons vs 4,6% des filles, $p<0,001$), près d'un sur 2 déclarait au moins une API au cours du dernier mois (49,6% des garçons vs 38,1% des filles, $p<0,001$). Les API répétées (au moins trois épisodes au cours du mois) concernaient 21,7% des garçons et 10,9% des filles ($p<0,001$), tandis que les API régulières (au moins dix épisodes au cours du mois) touchaient une petite portion d'adolescents (2,7%, soit 4,3% des garçons vs 1,0% des filles ; $p<0,001$).

Que ce soit en termes d'API ou de simples usages, le différentiel entre sexes s'accroissait avec la fréquence de consommation. Ainsi, si les filles étaient presque aussi souvent expérimentatrices de l'alcool que les garçons (ratio de prévalence garçons/filles de 1,02), les garçons étaient 2,62 fois plus souvent usagers

Tableau 1

Niveaux d'usage d'alcool (en %) par sexe à 17 ans en 2017

		Ensemble (n=39 115)	Garçons (n=19 611)	Filles (n=19 504)	Ratio garçons/filles
Alcool	Expérimentation	85,7	86,6	84,6	1,02 ***
	Dans l'année : ≥1 usage (actuel)	77,7	80,1	75,2	1,07 ***
	Dans le mois : ≥1 usage (récent)	66,5	69,9	62,9	1,11 ***
	Dans le mois : ≥10 usages (régulier)	8,4	12,0	4,6	2,62 ***
API	Dans le mois : ≥1 fois	44,0	49,6	38,1	1,30 ***
	Dans le mois : ≥3 fois (répétée)	16,4	21,7	10,9	1,99 ***
	Dans le mois : ≥10 (régulière)	2,7	4,3	1,0	4,28 ***

Source : ESCAPAD 2017, France métropolitaine – OFDT.

*, **, *** : test du Chi2 portant sur la différence entre filles et garçons, significative respectivement aux seuils de 0,05, 0,01 et 0,001.

API : alcoolisation ponctuelle importante.

réguliers que les filles. Les API étaient 2 fois plus souvent pratiquées de manière répétée par les garçons que par les filles (ratio de 1,99) et 4 fois plus souvent de manière régulière (ratio de 4,28).

L'approvisionnement en alcool des jeunes de 17 ans**Connaissance de l'âge légal d'achat**

En 2017, 10,2% des jeunes de 17 ans continuaient de penser qu'il peut être légal d'acheter des boissons alcoolisées avant 18 ans, alors que 2,4% déclaraient un âge supérieur à 18 ans et 5,7% admettaient ne pas savoir. Au final, la très grande majorité (81,7%) savait que l'achat d'alcool dans un magasin n'est autorisé qu'à partir de 18 ans.

Dépenses en boissons alcoolisées

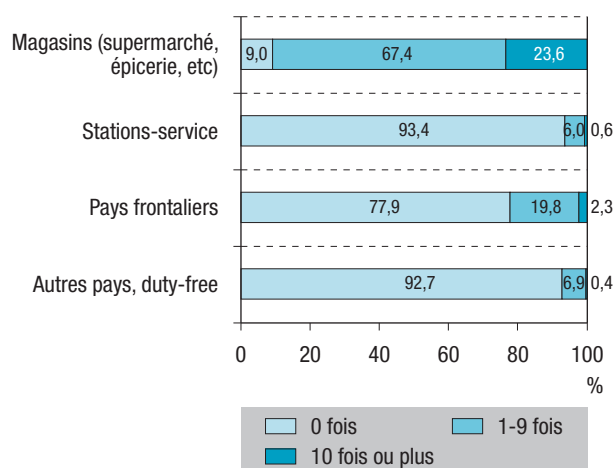
Près de la moitié des buveurs dans le mois ont déclaré avoir dépensé de l'argent pour acheter des boissons alcoolisées au cours des 30 derniers jours (45,0%, soit 31,8% de l'ensemble des jeunes de 17 ans), les garçons plus fréquemment que les filles (49,6% vs 40,0%, $p<0,001$). Les dépenses dans le mois étaient inférieures ou égales à 25 € pour la moitié des acheteurs, tandis qu'un quart d'entre eux déclaraient avoir dépensé 50 € ou plus. Les 10% les plus dépensiers avaient acheté pour au moins 100 € de boissons alcoolisées.

Lieux d'approvisionnement

La plupart des jeunes achetant de l'alcool le faisaient dans les magasins d'alimentation ou les supermarchés : 91,0% des acheteurs dans le mois avaient acheté au moins une fois de l'alcool dans un magasin au cours de l'année, les filles autant que les garçons (figure 1). Pour la plupart des jeunes, ces achats sont restés exceptionnels, même si 23,6% des acheteurs se sont procuré de l'alcool en magasin au moins dix fois au cours de l'année passée, soit 7,5% de l'ensemble des jeunes de 17 ans. Ces achats « réguliers » étaient davantage pratiqués par les garçons que par les filles (28,9% vs 16,4%, $p<0,001$).

Les autres lieux d'approvisionnement s'avèrent bien moins fréquemment utilisés : seuls 6,6% des

Figure 1

Fréquences d'achat d'alcool (en %) par lieu d'approvisionnement au cours des 12 derniers mois parmi les jeunes de 17 ans ayant acheté de l'alcool durant le mois précédant l'enquête

Source : ESCAPAD 2017, France métropolitaine – OFDT.

acheteurs dans le mois se sont procuré au moins une fois au cours de l'année de l'alcool dans une station-service. En revanche, 22,1% avaient eu l'occasion d'en acheter dans un pays frontalier et 7,3% dans un autre pays ou en *duty-free*.

Par ailleurs, sans que l'on sache s'ils ont payé eux-mêmes ou non leur consommation, 77,5% des jeunes buveurs dans le mois disaient en avoir consommé au moins une fois dans un bar, un restaurant ou une discothèque au cours de cette période, les filles autant que les garçons. Cette pratique a été régulière (au moins dix fois dans l'année) pour près d'un jeune buveur dans l'année sur cinq (18,1%), soit 21,2% des garçons et 14,8% des filles ($p<0,001$).

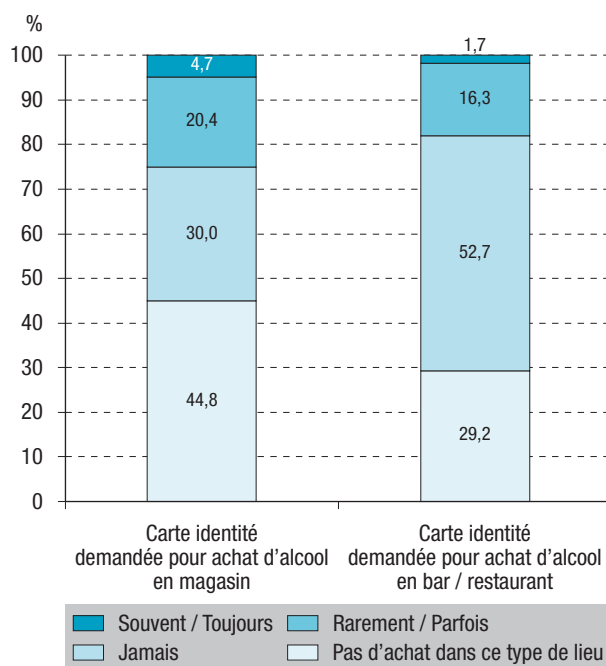
Demande de la carte d'identité

Les jeunes ayant bu de l'alcool dans le mois ont été interrogés sur la fréquence à laquelle, au cours de l'année passée, leur carte d'identité leur avait été

demandée alors qu'ils cherchaient à se procurer de l'alcool en magasin ou dans un débit de boisson. Trois jeunes buveurs sur 10 ont affirmé n'avoir jamais eu à présenter de carte d'identité pour justifier de leur âge lors d'un achat en magasin (30,0%, soit 20,0% de l'ensemble des jeunes de 17 ans) (figure 2). Globalement, les contrôles se révélaient sporadiques : 20,4% déclaraient avoir subi ces contrôles « *rarement* » ou « *parfois* ». Moins d'un jeune buveur sur 20 déclarait des contrôles systématiques (4,7%).

Figure 2

Fréquence des contrôles d'identité (en %) lors de l'achat de boissons alcoolisées en magasin ou en bar/restaurant au cours des 12 derniers mois déclarés par les jeunes de 17 ans ayant acheté de l'alcool au cours du mois précédant l'enquête



Lecture : 20,4% des jeunes buveurs dans le mois de 17 ans ont déclaré qu'on leur avait « *rarement* » ou « *parfois* » demandé leur carte d'identité alors qu'ils cherchaient à acheter de l'alcool en magasin au cours des douze derniers mois.

Source : ESCAPAD 2017, France métropolitaine – OFDT.

Les contrôles étaient encore plus rares dans les débits de boisson : 52,7% des jeunes ayant bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours ont affirmé n'avoir jamais eu à présenter leur carte d'identité pour justifier de leur âge lors d'un achat en bar ou en restaurant (soit 35% de l'ensemble des jeunes de 17 ans). Ils étaient par ailleurs 16,3% à déclarer avoir subi un contrôle « *rarement* » ou « *parfois* », si bien que le contrôle n'apparaît avoir été systématique que pour 1,7% d'entre eux.

Facteurs associés à la consommation régulière d'alcool

Les prévalences d'usages réguliers d'alcool en fonction de certains facteurs d'influence sont présentées dans le tableau 2. Au vu des différences très nettes

constatées entre filles et garçons, ces prévalences sont ventilées selon le sexe et complétées par une analyse multivariée conduite afin de contrôler les principaux facteurs (variables sociodémographiques) de confusion.

Chez les garçons, la consommation régulière d'alcool à 17 ans se différenciait selon le statut scolaire au moment de l'enquête : comparés aux élèves de l'enseignement secondaire (dont 10,7% buvaient régulièrement), les apprentis (22,0%, odds ratio, OR=1,9, $p<0,001$) et les adolescents sortis du système scolaire (15,1%, OR=2,0, $p<0,001$) étaient, toutes choses égales par ailleurs, plus enclins à boire régulièrement. Cette association est moins marquée chez les filles : celles en apprentissage se déclaraient plus nombreuses à boire régulièrement (8,6%) mais, une fois les différents facteurs contrôlés, la différence n'est pas significative (OR=1,2, $p>0,05$), contrairement aux adolescentes sorties du système scolaire (8,1%, OR=2,7, $p<0,01$).

Un constat similaire s'applique aux usages selon la structure familiale, les garçons provenant de familles nucléaires (11,2%) se déclarant moins souvent buveurs réguliers que ceux issus de familles recomposées (13,2%, OR=1,5, $p<0,01$) ou monoparentales (13,4%, OR=1,3, $p<0,01$). Chez les filles, la tendance en termes de prévalence était là aussi à la hausse (4,1% vs 5,0 et 5,7% respectivement), la différence ne demeurant significative que chez celles vivant avec un seul de leurs parents (OR=1,7, $p<0,001$).

Le lien entre usage régulier d'alcool et origine socio-économique diffère là encore selon le sexe. Chez les garçons, il prend la forme d'une opposition entre les adolescents issus de milieux les plus favorisés (11,8%) et ceux des milieux les plus défavorisés, moins enclins à l'usage régulier (8,5%, OR=0,5, $p<0,05$). L'association est plus linéaire chez les filles, celles des milieux les plus aisées déclarant boire plus régulièrement (6,5%) que celles provenant de milieux intermédiaire (4,4%, OR=0,6, $p<0,05$), modeste (4,0%, OR=0,3, $p<0,001$) ou défavorisé (3,7%, OR=0,4, $p<0,05$).

Chez les garçons, l'association entre l'usage régulier et la zone d'habitation forme un gradient inversement proportionnel à la taille de l'agglomération. Ainsi, comparés aux adolescents résidant dans des villes de 200 000 habitants ou plus, les usages réguliers étaient significativement plus élevés chez ceux des agglomérations moyennes (11,5%, OR=1,5, $p<0,01$) et de petites tailles (14,3%, OR=1,8, $p<0,001$), et plus encore parmi les ruraux (15,6%, OR=1,8, $p<0,001$). Chez les filles, en revanche, seules celles habitant en zone rurale avaient plus tendance à déclarer un usage régulier significativement supérieur (4,7%, OR=1,6, $p<0,05$) à celui de leurs homologues vivant dans des métropoles (4,4%).

Enfin, l'usage régulier des adolescents, quel que soit le sexe, apparaît conditionné par l'usage des parents chez les filles (7,3%, OR=2,0, $p<0,001$) et plus encore chez les garçons (19,4%, OR=2,1, $p<0,001$). Il était aussi fortement associé à un passage aux urgences

Tableau 2

Facteurs associés à l'usage régulier d'alcool chez les adolescents de 17 ans

Variables	Modalités	Garçons (n=6 740)			Filles (n=6 574)		
		% usages réguliers	OR	p-value	% usages réguliers	OR	p-value
Situation scolaire	Élèves	10,7%	1,0		4,3%	1,0	
	Apprentis	22,0%	1,9	***	8,6%	1,2	ns
	Adolescents sortis du système scolaire	15,1%	2,0	***	8,1%	2,7	**
Structure familiale	Famille nucléaire	11,2%	1,0		4,1%	1,0	
	Famille recomposée	13,2%	1,5	**	5,0%	1,3	ns
	Famille monoparentale ou autre	13,4%	1,3	**	5,7%	1,7	***
Activité professionnelle des parents	Les deux parents travaillent	13,0%	1,0		4,7%	1,0	
	Un seul parent travaille	10,5%	0,8	*	4,8%	1,0	ns
	Aucun parent ne travaille	8,1%	0,6	ns	3,2%	0,8	ns
Profession des parents	Très favorisée	11,8%	1,0		6,5%	1,0	
	Favorisée	12,9%	1,0	ns	5,7%	0,7	ns
	Intermédiaire	13,5%	0,9	ns	4,4%	0,6	*
	Modeste	11,5%	0,8	ns	4,0%	0,3	***
	Défavorisée	8,5%	0,5	*	3,7%	0,4	*
Type d'agglomération	200 000 habitants et plus	9,0%	1,0		4,4%	1,0	
	20 000 à 199 999 habitants	11,5%	1,5	**	4,1%	1,1	ns
	2 000 à 19 999 habitants	14,3%	1,8	***	5,3%	1,4	ns
	Moins de 2 000 habitants	15,6%	1,8	***	4,7%	1,6	*
Alcool quotidien d'au moins un des deux parents	Non	10,1%	1,0		3,5%	1,0	
	Oui	19,8%	2,1	***	7,3%	2,0	***
Passage aux urgences parce que trop bu d'alcool	Jamais	11,6%	1,0		4,2%	1,0	
	Au moins une fois	16,6%	1,4	**	10,4%	2,5	*

Lecture : 10,7% des élèves, 22,0% des apprentis et 15,1% des adolescents ayant quitté le système scolaire buvaient régulièrement de l'alcool en 2017.

Note : la variable « Type d'agglomération » correspond à la commune de résidence du répondant regroupée en quatre classes. La variable « Profession des parents » correspond à l'emploi des parents déclaré par le répondant regroupé en cinq catégories : Très favorisée : adolescent dont les deux parents ont des professions supérieures (cadres et professions intellectuelles supérieures, chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus / Favorisée : un seul des deux parents exerce une profession supérieure / Intermédiaire : au mieux un parent est de profession intermédiaire (profession intermédiaire, technicien, agriculteur exploitant, artisan, commerçant, chef d'entreprise de moins de 10 salariés) / Modeste : au mieux un parent est ouvrier ou employé / Défavorisée : les deux parents sont sans emploi ou inactifs.

Différence significative à : *** $p < 0,001$, * $p < 0,01$ et * $p < 0,05$. ns : non significatif ; OR : odds ratio.

Source : ESCAPAD 2017, France métropolitaine – OFDT.

pour éthyisme chez les garçons comme chez les filles (respectivement 16,6%, OR=1,4, $p < 0,01$ et 10,4%, OR=2,5, $p < 0,05$).

Discussion

Ces résultats montrent qu'au-delà de l'expérimentation, on observe à 17 ans déjà des consommations régulières et des API qui s'avèrent être un mode privilégié de consommation à l'adolescence. De surcroît, les adolescents ne rencontrent pas de difficulté pour s'approvisionner, et ce malgré l'interdiction de vendre des boissons alcoolisées aux mineurs.

Une attention particulière a été portée aux usages réguliers (10 fois ou plus au cours du mois), qui concernent près d'un jeune de 17 ans sur dix. La caractérisation

des profils les plus à risque est importante pour l'élaboration des actions de prévention. Les usages réguliers concernent davantage les adolescents et adolescentes sortis du système scolaire général, dont au moins un des deux parents consomme quotidiennement de l'alcool, vivant dans des petites agglomérations, et dans une moindre mesure ceux vivant dans des familles plutôt favorisées, non nucléaires. Ces données sont cohérentes avec celles de la littérature, qui montre en particulier que les consommations des parents ont un lien avec l'initiation et la consommation ultérieure des adolescents². L'enquête montre par ailleurs que les baisses de consommation s'inscrivent dans un contexte où l'accessibilité de l'alcool, sept ans après la loi HPST³, reste cependant relativement aisée : malgré une bonne connaissance de l'âge légal d'achat des boissons alcoolisées, les adolescents

semblent s'affranchir encore facilement du cadre législatif et ne pas rencontrer de difficulté particulière pour s'en procurer dans les magasins ou dans les bars, les commerçants ayant rarement tendance à contrôler systématiquement l'âge des acheteurs. En effet, un adolescent de 17 ans sur cinq a pu acheter de l'alcool en magasin au cours des 12 derniers mois sans qu'une pièce d'identité lui soit jamais demandée. Cette proportion atteint même un adolescent sur trois dans les débits de boisson.

La principale limite de l'étude porte sur le délai d'observation et la définition des indicateurs. Ces derniers, partagés par la plupart des études internationales, résultent d'un choix raisonné et comportent une part d'arbitraire : ils ne rendent pas compte de la totale diversité des rythmes de consommations et distinguent mal des réalités parfois très contrastées. Ils permettent cependant une description simple des pratiques à l'adolescence. La consommation au cours du dernier mois et l'usage régulier sont, à l'adolescence, des pratiques nouvelles ; il peut même s'agir des toutes premières occurrences et rien n'implique que la consommation perdurera. De plus, l'ivresse n'a pas ici été abordée. Toutefois, à l'adolescence, la sensation d'ivresse est d'autant plus subjective qu'elle peut évoluer rapidement selon les expériences d'alcoolisation.

Par ailleurs, il convient de signaler que d'autres facteurs, non mobilisables à travers l'enquête ESCAPAD, sont susceptibles d'être liés aux consommations d'alcool, comme les troubles psychiques, en premier lieu l'anxiété⁴ et la dépression⁵. Si l'influence de la consommation des parents a bien été considérée, l'enquête n'a pas permis d'aborder la question des usages des pairs, dont l'influence demeure importante à l'adolescence⁶. Enfin, la nature transversale des données exploitées ne permet pas d'induire une causalité sur le sens des associations observées.

Conclusion

Bien que le recul des usages d'alcool chez les adolescents observé entre 2014 et 2017 soit encourageant¹, la persistance de fortes disparités d'usages, en particulier selon le statut scolaire et

l'environnement familial, réclame que les actions de prévention s'approprient davantage encore ces résultats d'enquête pour adapter et mieux cibler les interventions et actions de prévention. Enfin, la relative facilité d'achat de boissons alcoolisées à l'adolescence nécessite là aussi un renforcement des actions d'information, tant du côté des débi-tants de boissons et de responsables de maga-sins d'alimentation que de celui des adolescents, qui n'hésitent pas à transgresser une loi qu'ils connaissent pourtant. ■

Références

- [1] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, *et al.* Les drogues à 17 ans : analyses de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances (OFDT)*. 2018;(123):1-8. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>
- [2] Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*. 2017;112(7):1142-62.
- [3] Loi n° 2009-879 [dite HPST] du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO n° 167 du 22/07/2009, p. 12184. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [4] Blumenthal H, Leen-Feldner EW, Badour CL, Babson KA. Anxiety psychopathology and alcohol use among adolescents: A critical review of the empirical literature and recommendations for future research. *J Exp Psychopathol*. 2011;2(3):318-53.
- [5] Johannessen EL, Andersson HW, Bjørngaard JH, Pape K. Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents – A cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC Public Health*. 2017;17(1):494.
- [6] Mundt MP, Mercken L, Zakletskaia L. Peer selection and influence effects on adolescent alcohol use: A stochastic actor-based model. *BMC Pediatr*. 2012;12:115.

Citer cet article

Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, *et al.* Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(5-6):109-15. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_3.html

PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DE L'ALCOOL À L'ADOLESCENCE : CONNAÎTRE LES CONTEXTES ET LES MOTIVATIONS D'USAGE POUR AGIR EFFICACEMENT

// PERCEPTIONS AND BEHAVIORS TOWARDS ALCOHOL IN ADOLESCENCE:
KNOWING THE CONTEXTS AND MOTIVATIONS OF USE TO ACT EFFECTIVELY

Ivana Obradovic (ivana.obradovic@ofdt.fr), Marc-Antoine Douchet

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris, France

Soumis le 24.09.2018 // Date of submission: 09.24.2018

Mots-clés : Alcool, Enquête Aramis, Motivations, Usage
// **Keywords:** Alcohol, ARAMIS survey, Motivation, Use

Période propice aux initiations, l'adolescence peut marquer l'installation dans des habitudes de consommation qu'il convient de repérer au plus tôt. S'il existe des enquêtes épidémiologiques mesurant les niveaux de consommation, celles-ci ne rendent compte ni des contextes, ni des parcours d'usage. Dans cette perspective, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a conduit pendant trois ans une vaste enquête qualitative, au cours de laquelle près de 200 mineurs ont été interrogés en face-à-face sur leurs motivations d'usage de produits psychoactifs et leurs représentations des risques. L'objectif de cette étude, baptisée Aramis (Attitudes, représentations, aspirations et motivations lors de l'initiation aux substances psychoactives), était de saisir les étapes des trajectoires individuelles et les stratégies de régulation mises en œuvre par les adolescents¹. Ce focus présente une synthèse des résultats de l'étude centrée sur les consommations d'alcool, de loin les plus courantes et les plus « banalisées ».

« Le premier verre » : un événement biographique significatif

Les récits biographiques des adolescents témoignent d'un plaisir manifeste à raconter « leur » première fois avec l'alcool. La narration convoque des souvenirs précis, datés, situés et circonstanciés, ponctués d'éléments de mise en scène de soi, qui évoquent une impulsion centrée sur la découverte de sensations nouvelles et l'enjeu de « profiter du moment ». L'initiation fait souvent référence à une double expérience : « la toute première fois » (consistant à « tremper les lèvres » dans une boisson alcoolisée, en général en famille, souvent avant 10 ans), avant « la vraie première fois » (correspondant au « premier verre bu en entier », entre amis, entre 12 et 16 ans). À la différence du premier contact précoce (champagne ou vin pour « participer à la fête »), majoritairement jugé déplaisant car associé à une injonction familiale à « goûter » (comme pour n'importe quel aliment), la contre-initiation entre pairs est jugée plus positivement. Ancrée dans un contexte festif et volontaire, elle est considérée comme « l'expérience

véritable » de l'alcool, où le risque d'aversion et de déception est minimisé grâce au choix de boissons plus sucrées (alcools forts mélangés à des jus de fruits, cocktails, etc.).

Une expérience sociale avant tout

L'alcool apparaît comme un élément structurant des sociabilités juvéniles, en particulier le week-end. Quel que soit le profil des jeunes interrogés, l'alcool apparaît comme le « carburant de la fête » et des « vraies soirées » (par opposition aux « goûters d'anniversaire »). Le critère des quantités disponibles permet en outre de distinguer les « grosses soirées » des autres. Dans ces contextes nocturnes, l'alcool participe au conditionnement festif : il permet la désinhibition (« aller plus facilement vers les gens »), aide à « être dans l'ambiance » et force l'accès à un état d'allégresse. L'alcool joue donc le rôle de catalyseur de la fête, de la « préchauffe » à la « montée ». Il sert aussi parfois d'antidote à l'ennui. Le rapport entre l'alcool et le sexe apparaît de façon récurrente dans les entretiens, qui soulignent son intérêt en termes de désinhibition : bien qu'il ne soit pas le seul produit associé à la sexualité, l'alcool est réputé faciliter les rapprochements sexuels. Cet effet est diversement apprécié selon le sexe, les jeunes filles apparaissant plus réservées quant aux effets positifs de cette désinhibition.

Incitations permanentes et représentations valorisées

L'étude confirme la forte présence de l'alcool dans l'entourage des mineurs, dans les images auxquelles ils sont confrontés au quotidien (marketing, cinéma...) ainsi que dans leur facilité à s'en procurer : rares sont ceux qui considèrent qu'il leur serait difficile de s'approvisionner. Dans un environnement d'offre jugée omniprésente, le rapport à l'alcool est marqué par une injonction perçue à « au moins essayer » puis à « consommer un minimum ». Il est généralement associé à la joie, la fête, le bien-être, l'insouciance, la convivialité, la détente (« se lâcher »), au bonheur

en somme : « *les gens semblent heureux quand ils boivent* ». Plus qu'un accompagnement de la fête, il en devient parfois l'objectif : « *Si on va en soirée, c'est pas pour rester assis les bras croisés, on va pour s'éclater et pour boire !* » (Issa, 17 ans). La plupart des mineurs n'ayant jamais bu considèrent qu'ils boiront un jour : ne pas boire expose à passer pour un « *no life* », sauf à faire valoir une impossibilité « *valable* » (interdit religieux, alcoolisme familial, intolérance).

Ces représentations prévalent également parmi les jeunes musulmans, étudiés pour la première fois dans une enquête française. Un grand nombre d'entre eux témoigne ainsi de la tension entre prohibition en privé et accessibilité en public, qui génère des discours défensifs marqués : l'alcool donne lieu à des conflits de loyauté et des discours revendiquant la possibilité de « *rester fidèle à la famille* » et de « *s'amuser sans alcool* ». Il est également rattaché aux notions de culture et de tradition parmi les jeunes des classes moyennes et supérieures, qui y adossent plutôt l'image de la « *noblesse* » (du vin et du champagne) et du « *bien boire* » (associé au savoir-vivre). Ces images contrastent avec leurs récits d'usages dominés par les alcools forts et des quantités de consommation excessives.

Un déni du risque lié à l'alcool

Les représentations de l'ivresse s'avèrent globalement peu nuancées : le vomissement marque la frontière entre ivresse légère et consommée, alors que le dernier stade de l'ivresse (« *ivre mort* ») désigne le coma éthylique, étalon de mesure spontané auquel se réfèrent automatiquement les usagers interrogés sur leurs consommations excessives (« *moi ça va, je n'ai jamais fait de coma* »). D'une façon générale, les risques et les conséquences de la consommation d'alcool sont peu cités et minimisés, à l'exception de la figure du coma éthylique, qu'un nombre non négligeable de jeunes disent avoir observé dans leur entourage.

Dérégulations et régulations

La consommation d'alcool en soirée apparaît comme la quête de moments suspendus, assimilés à une temporalité alternative au quotidien rythmé par le temps scolaire et la vie en famille : il s'agit de « *se poser* », comme en réaction à la surabondance ordinaire d'informations ou d'injonctions. La revendication de « *ne rien faire* » et de « *profiter de l'instant présent* » demeure prégnante. Les moments

de consommation donnent aussi lieu à des jeux sur l'identité. Le corps est pris pour support d'expérimentations : il s'agit, selon les cas, de remporter un pari, montrer qu'on « *assure* », affirmer son statut social, se donner du courage (« *J'ai bu un peu avant d'aller cambrioler* »), affirmer son identité sexuelle. Boire est associé à l'objectif de « *tenir son rang* » et asseoir une réputation de « *virilité* ».

Si ces jeux sur l'autorégulation visent d'abord à tester ses propres limites, ils visent aussi à « *déréguler* » les autres, à l'instar d'un groupe de garçons racontant leurs stratégies pour « *faire boire* » un de leurs camarades peu résistant à l'alcool.

Outil de dérégulation, l'alcool donne toutefois lieu à des stratégies individuelles d'autorégulation. Nombreux sont les jeunes qui explicitent la manière dont ils « *sélectionnent* » les effets des produits qu'ils consomment : autolimitation (souvent autour de trois verres, système de régulation solidaire qui engage les plus sobres à réfréner les autres) ; fractionnement des doses (la première bière est bue en arrivant en soirée et la deuxième en fin de soirée) ; temporisation (« *siroter* » pour « *faire traîner un whisky-coca sur 20-30 minutes* »). Ces stratégies d'« *autoréduction des risques* » concernent surtout les jeunes filles et les garçons qui se définissent par une forte sociabilité mais aussi par des « *convictions* » (religieuses) ou des intérêts au maintien de leurs performances sportives. D'une façon générale, les mineurs apparaissent demandeurs de repères et de techniques d'autorégulation. L'ensemble de ces constats suggère une approche de prévention ciblant avant tout les parents et les adultes, premiers vecteurs de banalisation de l'alcool auprès des plus jeunes. ■

Référence

[1] Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. Tendances (OFDT). 2017;(122):1-8. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/representations-motivations-et-trajectoires-dusage-de-drogues-ladolescence-tendances-122-janvier-2018>

Remerciements

Cette étude a bénéficié du soutien du ministère de la Santé et de Santé publique France.

Citer cet article

Obradovic I, Douchet MA. Focus. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):116-7. http://invs.sante publiquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_4.html