ORSAL

OBSERVATOIRE REGIONAL
DE LA SANTE D'ALSACE

Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Alsace

Décembre 2002

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace
4, rue de Lausanne 67000 Strasbourg
E-mail : info@orsal.org ■ Site Internet : www.orsal.org

Cette étude a été réalisée à la demande et avec le financement de :

- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de l'emploi et de la solidarité,

- l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

La conception de l'enquête a été effectuée au sein d'une **équipe projet** composée de :

Gérard BADEYAN, coordonnateur du programme (DREES)
Dr Laure COM-RUELLE, Sylvie DUMESNIL (CREDES)
Moïsette CROSNIER-DAVID (DRASS du Centre)
Dr Sylvain DALLY (ANPA, Hôpital Fernand Widal)
Dr Gilles DEMIGNEUX (URML du Centre, Hôpital Sainte-Anne)
Danièle FONTAINE, Alain TRUGEON (FNORS)
Sylvia GUYOT (DDASS des Yvelines)
Dr Dominique MARTIN (DGS)
Dr Philippe MICHAUD (Centre Magellan, Gennevilliers)
Marie-Claude MOUQUET (DREES)
Christophe PALLE (OFDT)
Dr Claudine PARAYRE (Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie)
Dr Bruno PIERRE (Service d'alcoologie du CHS "Bon sauveur", Saint-Lô)
Dr Hervé VILLET (ORS de Haute-Normandie)

L'enquête a été encadrée par un **groupe de travail inter-ORS** chargé de constituer le fichier national à partir des données collectées dans les régions et d'élaborer un cadre commun d'analyse. Ce groupe est composé de :

Danièle FONTAINE, Karine LAPIERRE (FNORS)
Sylvie MAQUINGHEN (ORS d'Auvergne)
Céline LECLERC (ORS du Centre)
Angélique LEFEBVRE, Hervé VILLET (ORS de Haute-Normandie)
Jean-François BONNE, Marielle PODIGUE, Ariski TALEB, Alain TRUGEON (ORS Picardie)
Marielle AULAGNIER, Karim BEN DIANE (ORS Provence Alpes Côte d'Azur)

Nous tenons à remercier tout particulièrement les médecins généralistes libéraux d'Alsace qui ont participé à cette étude, malgré une charge de travail importante, ainsi que l'ensemble des patients qui ont accepté de répondre à cette enquête.

Sommaire

Sommaire 5

Introduction 7
Contexte 7
Principes généraux de l'enquête 8
Préambule 9

Description générale 11
La population enquêtée 11
Caractéristiques sociodémographiques 11
La situation par rapport à l'emploi 12
Les situations particulières 13
Les motifs de recours aux soins 14
La consommation de tabac 15

Les patients et l'alcool 17
Les conduites d'alcoolisation 17
La dépendance à l'alcool 21
Les profils de patients 23
La situation par rapport à l'emploi selon les profils de patients 26
Les situations particulières selon les profils de patients 29
« Etat de santé » selon les profils de patients 30
Le motif de recours aux soins selon les profils de patients 31
La consommation de tabac selon les profils de patients 33
Diagnostic des médecins sur la consommation d'alcool 34

Comparaisons inter-régionales 37

Conclusion 39
En résumé 39

Annexes 40
Questionnaire 40
L'alcool et ses conséquences sur la santé en Alsace 42

Introduction

Contexte

En France, 45 000 décès sont dus à une consommation excessive d'alcool

On estime qu'en France, 23 000 décès sont directement liés à la consommation excessive et régulière d'alcool en 1998. Si on y ajoute l'ensemble des décès pour lesquels l'alcool intervient comme facteur de risque (accidents de la route, suicides, homicides, certains cancers...) on atteint un total de 45 000 décès sur le territoire national. Bien que les ventes d'alcool diminuent régulièrement en France, elles restent parmi les plus élevées d'Europe et les conséquences de cette consommation nocive et à risque continuent de préoccuper les responsables de santé publique.

Dans le cadre de leurs missions, et afin d'adapter leurs actions aux besoins de la population, le ministère en charge de la santé et les diverses institutions intervenant dans le domaine de la santé publique devaient disposer de plus amples informations sur cette question.

Les données existantes dans le domaine de la consommation d'alcool et de ses conséquences sanitaires sont à la fois nombreuses et partielles. La consommation et la vente, la morbidité et la mortalité, l'accidentologie font objet de production de données régulières, bien que souvent imparfaites dans leur mode de recueil ou incomplètes, en particulier en matière de la connaissance des variations géographiques. La plupart de ces données nécessitent en outre d'être affinées dans le cadre de recherches pour mieux appréhender la part de l'alcool lorsqu'une pluralité de facteurs intervient, comme pour la mortalité.

Dans ce panorama général, la morbidité et le recours aux soins constituent des domaines pour lesquels les insuffisances sont particulièrement notables. Cette enquête concernant la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins, en milieu hospitalier et en médecine libérale, s'inscrit dans ce constat.

Les objectifs principaux définis lors de la conception de l'enquête sont les suivants :

- Mesurer la prévalence des comportements d'alcoolisation excessive dans des populations en situation de soins (patients hospitalisés et consultants de praticiens libéraux),

- Etudier le lien entre motifs de recours aux soins et consommation excessive d'alcool.

Au niveau des établissements hospitaliers, l'enquête, menée par les DRASS dans chaque région, permet également d'étudier les modalités existantes de dépistage de l'alcoolisation excessive et de prise en charge proposée durant l'hospitalisation et les orientations à la sortie.

Au niveau de la médecine libérale, l'enquête a été menée par les Observatoires régionaux de la santé (ORS) dans toutes les régions en octobre 2000. Elle a été coordonnée au niveau national par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère en charge de la santé.

Le présent document expose les résultats de l'enquête réalisée auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Alsace.

Principes généraux de l'enquête

Cette enquête transversale, à visée descriptive, a été menée sur deux jours auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes libéraux de chaque région. Les médecins sollicités pour l'enquête ont été tirés au sort en fonction de trois critères : la zone d'implantation, l'ancienneté d'installation locale et le sexe du médecin. Ces trois critères de sondage combinés ont permis de définir 24 strates. Le tirage au sort des médecins a été réalisé au niveau central par la DREES de la manière suivante : le service informatique de la DREES a procédé à la répartition dans chaque strate des médecins à partir du fichier Adeli puis a effectué un tirage au sort en fonction de cette répartition par strate à hauteur de 90 médecins par région.

En Alsace, chaque médecin tiré au sort a reçu un courrier présentant les objectifs et la méthode d'enquête, accompagné d'un exemplaire du questionnaire. Dans un second temps, chacun d'entre eux a été contacté téléphoniquement par l'ORSAL, afin de recueillir sa décision de participation ou non à l'étude.

L'enquête incluait les patients âgés de 16 ans ou plus vus pendant deux jours d'activité du médecin, en consultation ou en visite. Afin d'éviter un biais lié au choix du jour d'activité, les deux jours d'enquête ont été déterminés aléatoirement (dimanche et jours de garde exclus) du lundi au samedi au cours de la troisième semaine du mois d'octobre 2000.

Les informations collectées pour l'enquête ont été recueillies à partir d'un questionnaire rempli par le médecin ; il ne s'agissait pas d'un auto-questionnaire laissé en salle d'attente. Ce questionnaire comportait trois parties principales : des données sociodémographiques, des questions posées au patient par l'intermédiaire du médecin, des renseignements médicaux et l'avis clinique du médecin sur le patient.

Tous les résultats qui figurent dans ce document et qui sont présentés sous forme de pourcentages ne sont pas des résultats "bruts" mais redressés (sauf indication contraire). En effet, des redressements ont été calculés pour différentes raisons :

- le taux de sondage étant différent d'une région à l'autre (puisque la taille de l'échantillon était fixe), un premier coefficient de redressement a été établi afin de permettre une exploitation nationale,
- il faut tenir compte du poids des deux jours d'enquête dans l'activité complète de la semaine du médecin, poids variable en fonction du nombre total des demi-journées d'activité.

Ces premiers redressements avaient pour but de fournir des résultats représentatifs d'une semaine complète d'activité de tous les médecins généralistes de la région.

De plus, plusieurs éléments ont pu représenter des sources de biais, notamment les difficultés d'inclure tous les patients en cas de forte activité (en particulier dans les régions où les médecins généralistes ont une importante clientèle) et de faire l'enquête en visite. Aussi, un dernier redressement a-t-il été effectué en fonction des données fournies par la CNAMTS sur l'activité moyenne des médecins dans chaque région durant le mois d'octobre 2000.

L'enquête étant réalisée sur un échantillon, son exploitation prend en compte la variabilité statistique. C'est pourquoi les principaux résultats sont présentés sous forme d'intervalles de confiance.

Préambule

Les enquêtes déclaratives visant à mesurer une prévalence de l'alcoolisation « à risque » se heurtent toutes au problème du déni. Il était nécessaire lors de l'élaboration du questionnaire d'adopter une approche indirecte et de confronter plusieurs aspects.

Le questionnaire DETA (ou CAGE), proposé en 1973 par un psychiatre américain, comporte 4 questions (n° 18a, 18b, 18c et 18d du questionnaire joint en annexe). A partir de deux réponses positives, la probabilité d'une consommation excessive d'alcool, voire d'une alcoolo-dépendance, est très élevée. Aussi, un score d'au moins deux réponses positives doit inciter à rechercher des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool.

Les informations relatives à la consommation d'alcool déclarée par le patient ont été recueillies au moyen des trois premières questions du questionnaire AUDIT (n° 19a, 19b et 19c du questionnaire en annexe). La totalité du questionnaire AUDIT, qui comporte une dizaine de questions, a été mise au point par l'Organisation mondiale de la santé. En général, des scores élevés aux trois premiers items suggèrent une probable consommation d'alcool.

La question n° 21a du questionnaire de l'enquête concerne l'impression clinique globale du médecin en fonction de sa connaissance du patient, des données d'anamnèse et de son examen. Cet avis clinique du médecin peut évidemment être en contradiction avec les réponses du patient au questionnaire DETA ou à sa consommation déclarée d'alcool.

Enfin, l'ensemble des résultats qui figurent dans ce rapport (à l'exception des comparaisons inter-régionales) correspondent à des pourcentages calculés à partir de réponses valides, c'est à dire que les non-répondants ou les patients ne se prononçant pas ont été exclus de l'analyse. Ainsi, pour chaque tableau ou graphique, le nombre de questionnaires inexploitables et le taux de réponse ont été indiqués.

Description générale

La population enquêtée

Un taux de participation des patients et médecins particulièrement élevé

89 médecins ont accepté de participer à l'étude. Cet échantillon a été construit pour représenter au mieux les 1 676 médecins généralistes libéraux installés en Alsace en 2000 (même répartition par année d'installation et par milieu rural / urbain d'exercice). Pour atteindre cet effectif de 89 médecins, un total de 166 praticiens ont été contactés par l'ORSAL.

Parmi les 89 médecins ayant accepté, 74 ont effectivement réalisé l'enquête. Le taux de réponse est donc de 83,1 %.

Chaque médecin a vu en moyenne 31 patients sur les deux jours d'enquêtes, ce qui équivaut à plus de 15 actes quotidiens concernant des personnes de 16 ans ou plus. Pour près de 6 %, il s'agissait d'un premier rendez-vous. Environ 20 % des personnes enquêtées ont été vues à l'occasion d'une visite à domicile.

Le recueil des données en Alsace	
Nombre de médecins participants	74
Nombre de patients enquêtés	2 315
Moyenne patients / médecins pour les deux jours d'enquête	31,3
Nombre de patients ayant accepté de répondre	2 269
Nombre de patients ayant refusé de répondre	15
Nombre de patients n'ayant pas repondu par incapacité	31
Pourcentage de questionnaires analysés	98,0%

Sur les 2 315 patients enquêtés, 15 ont refusé de répondre et 31 étaient dans l'incapacité de participer. Au total, ce sont donc 2 269 questionnaires qui ont pu être analysés, ce qui correspond à un taux de réponse des patients de 98,0 %.

Caractéristiques sociodémographiques

Une proportion élevée de femmes dans notre échantillon

Comme dans la population de 16 ans ou plus en Alsace, on retrouve dans l'échantillon de patients une prépondérance de femmes. Leur proportion est toutefois plus importante parmi les personnes ayant répondu à l'enquête (près de 60 %) que dans la population alsacienne (52 % selon le recensement de 1999).

Caractéristiques socio-démographiques des patients en Alsace

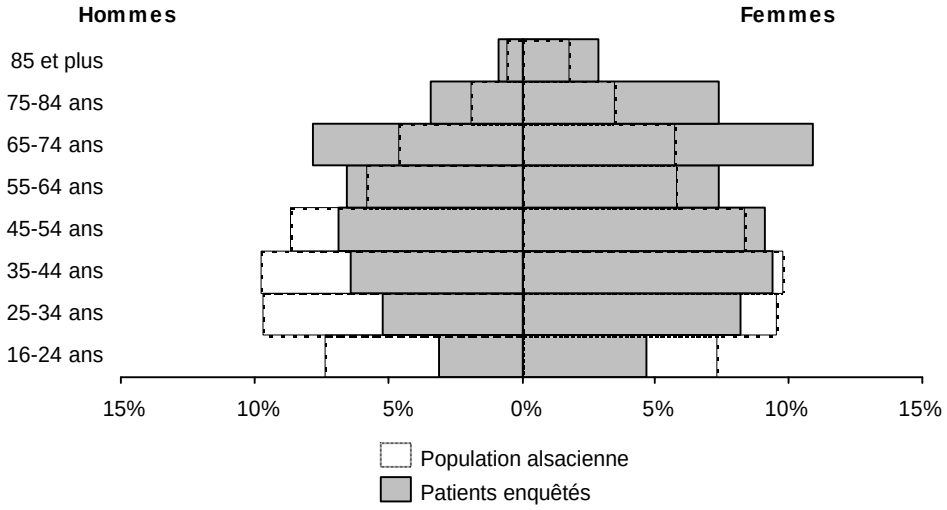
	Hommes	Femmes
Effectifs bruts	895	1 361
Pourcentages redressés	40,4	59,6
Intervalle de confiance à 95 %	[37,9 ; 42,9]	[57,1 ; 62,0]
Age moyen (en années)	52,0	53,2
Intervalle de confiance à 95 %	[50,1 ; 54,0]	[51,0 ; 55,5]

Avec 13 non-réponses, le taux de réponse est de 99,5 %

Des personnes plus âgées qu'en population générale

Quel que soit l'âge considéré, on observe toujours une majorité de femmes parmi les consultants. Aux âges jeunes, cela s'explique par un taux de consultation plus élevé des femmes. Aux âges avancés, la proportion de femmes traduit essentiellement leur longévité (au delà de 70 ans, 65% des personnes vivant en Alsace sont des femmes).

Pyramide des âges des consultants (n = 2 237) en comparaison à la population alsacienne***



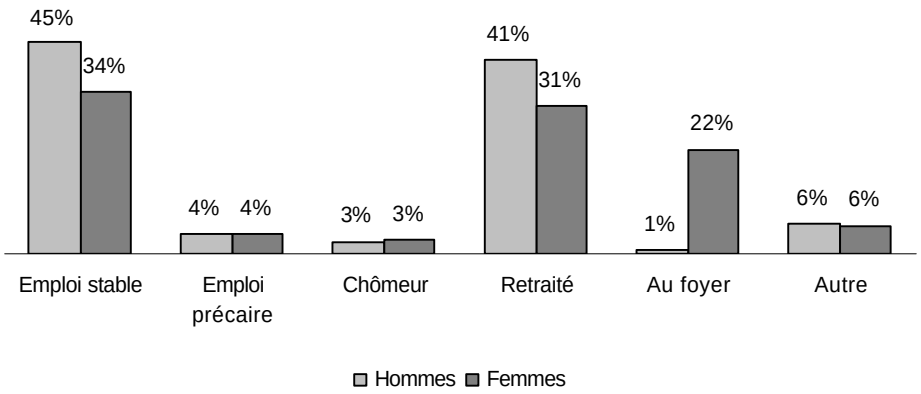
* Données du Recensement de la Population de 1999 – source INSEE

** on dénombre 32 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 98,6 %

Comme le montre la pyramide des âges ci-dessus, les patients enquêtés sont plus âgés que la population alsacienne (32,3 % des patients sont âgés de 65 ans ou plus contre 18,1 % des Alsaciens[1]), ce qui est le résultat attendu d'un plus grand recours aux soins des personnes les plus âgées.

La situation par rapport à l'emploi

Répartition des consultants selon leur situation par rapport à l'emploi (n = 2 220)*



* on dénombre 49 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 97,8 %

[1] On raisonne ici sur une population de 16 ans ou plus

Les actifs représentent 42,7 % des répondants (deux sexes confondus). On recense en effet parmi les patients enquêtés, 38,5 % de personnes ayant un emploi stable, 4,2 % ayant un emploi précaire et 2,7 % de chômeurs. Le taux de chômage[2] observé parmi les patients est donc globalement de 6 %, ce qui est proche des données calculées par l'INSEE (6,7 % de chômeurs en 1999).

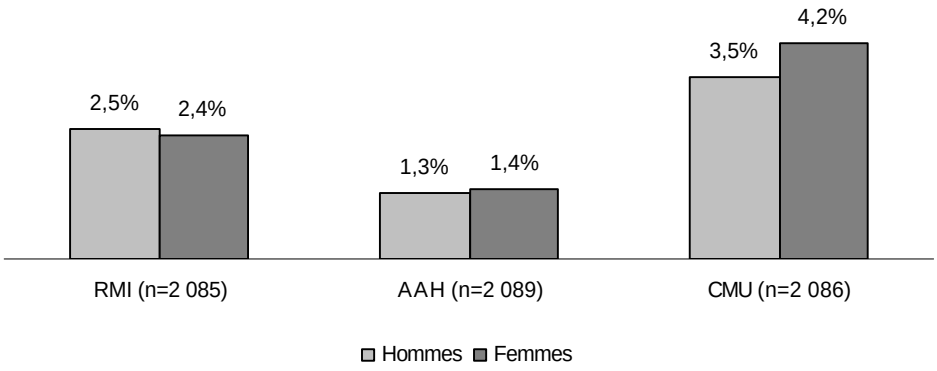
Les patients retraités constituent une forte proportion de la population interrogée : ils représentent 35,2 % des consultants, ce qui est bien cohérent avec la structure par âge des répondants.

On observe de fortes différences selon le sexe. Les taux d'activité féminins sont plus faibles que ceux des hommes et 22 % des patientes sont "femmes au foyer".

Les situations particulières

Un patient sur vingt est bénéficiaire d'une aide sociale

Pourcentage de patients bénéficiaires du RMI, de l'AAH ou de la CMU *



* le taux de réponse pour ces trois questions est d'environ 92 %

Parmi les patients enquêtés, pour les deux sexes confondus, 5,2 % bénéficient d'au moins une des trois aides suivantes : Revenu Minimum d'Insertion (RMI), Allocation Adultes Handicapés (AAH) ou Couverture Maladie Universelle (CMU). On ne mesure aucune différence significative de taux de couverture selon le sexe.

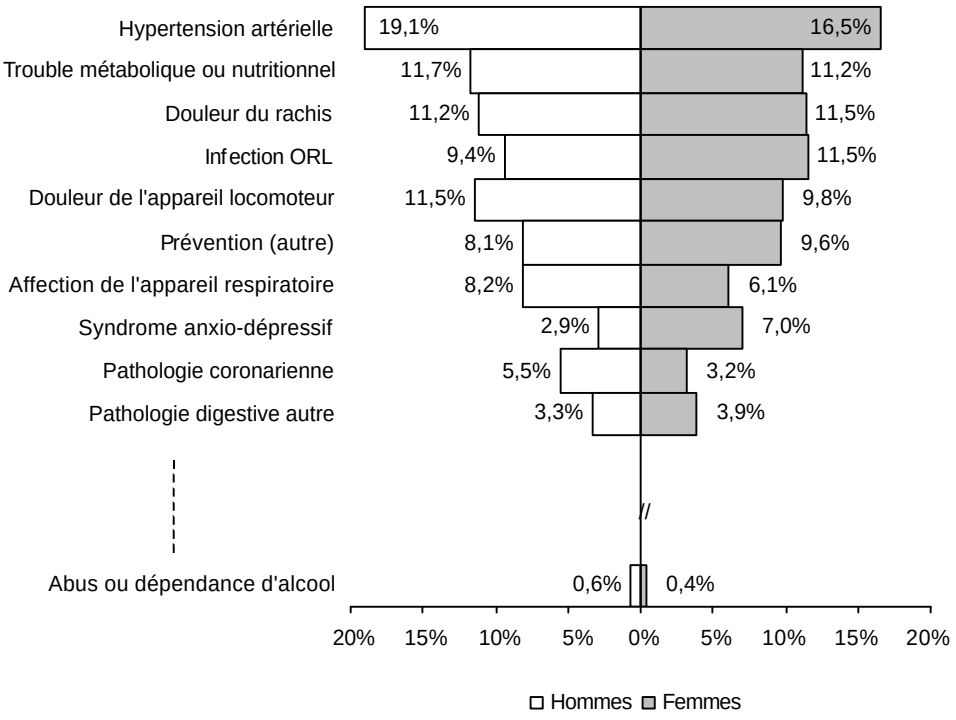
[2] C'est à dire le pourcentage de chômeurs par rapport au nombre d'actifs employés ou non (les réponses « autres » n'ont pas été prises en compte).

Les motifs de recours aux soins

L'hypertension artérielle : premier motif de recours aux soins

Le graphique ci-dessous établit un classement des dix motifs principaux de consultation ou visite parmi les patients enquêtés. Le motif « abus ou dépendance à l'alcool », classé en 27ème position des motifs les plus fréquents, figure également sur ce graphique. Plusieurs motifs pouvant être choisis pour un même patient, la somme des proportions est supérieure à 100 %.

Principaux motifs de recours aux soins selon le sexe (n = 2 256*)



* on dénombre 13 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 99,5 %

Le motif de recours aux soins le plus souvent cité est l'hypertension artérielle (17,5 % des patients deux sexes confondus). Viennent ensuite les troubles métaboliques ou nutritionnels, comprenant en particulier les diabètes (11,4 % des patients) et les douleurs du rachis (11,4 %), puis les infections ORL (10,7 %) et les douleurs de l'appareil locomoteur (10,5 %). Ces cinq premières pathologies correspondent à plus d'un consultant sur deux.

Les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool n'arrivent qu'en 27ème position des motifs les plus cités. Il faut toutefois noter que les problèmes d'alcool sont cités comme « motif associé » pour 3,2 % des consultants masculins et 0,1 % des consultants féminins.

La consommation de tabac

Des patients masculins plus nombreux à fumer

Au cours de l'enquête, 5 % des patients n'ont pas répondu aux questions concernant les habitudes tabagiques. 49,7 % des répondants, deux sexes confondus, ont affirmé n'avoir jamais consommé de tabac au cours de leur vie. 19,7 % sont d'anciens fumeurs et 8,6 % fument occasionnellement. En définitive, 22,0 % des personnes ayant répondu aux questions relatives au tabagisme déclarent fumer régulièrement.

Les différences selon le sexe sont très marquées. Près de deux tiers des femmes sont non-fumeuses (64,8 %), alors que la majorité des hommes sont fumeurs - réguliers (9,7 %) ou occasionnels (28,7 %) - ou ex-fumeurs (33,3 %).

Statut tabagique des patients selon le sexe (en %) *

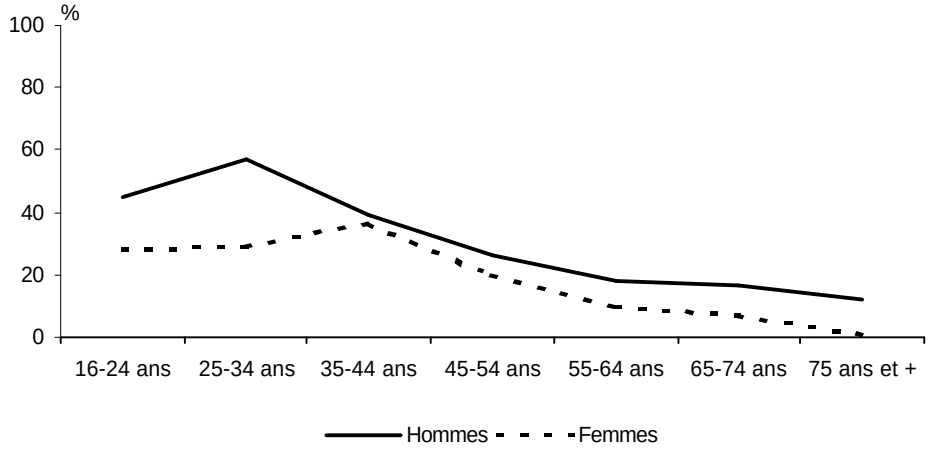
	Hommes (n = 861)	Femmes (n = 1 280)	Ensemble (n = 2 154)
Non fumeur			
pourcentages redressés	28,3	64,8	49,7
Intervalle de confiance**	[24,74 ; 32,24]	[60,77 ; 68,58]	[46,57 ; 52,74]
Ex-fumeur			
pourcentages redressés	33,3	10,1	19,7
Intervalle de confiance**	[28,64 ; 38,2]	[8,25 ; 12,39]	[17,27 ; 22,42]
Fumeur occasionnel			
pourcentages redressés	9,7	7,6	8,6
Intervalle de confiance**	[7,306 ; 12,76]	[5,40 ; 10,64]	[6,426 ; 11,40]
Fumeur régulier			
pourcentages redressés	28,7	17,5	22,0
Intervalle de confiance**	[24,74 ; 33,05]	[14,86 ; 20,45]	[19,33 ; 25,01]

* on dénombre 115 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 94,9 %
** intervalle de confiance à 95 %

Globalement, ces résultats sont équivalents à ceux observés en moyenne sur l'ensemble du pays. On observe toutefois un pourcentage de femmes non-fumeuses supérieur à la moyenne nationale (64,8 % dans la région contre 56,3 % en France métropolitaine).

Les jeunes patients sont plus souvent fumeurs

Pourcentage de patients consommant régulièrement du tabac (n=2 141)*



* on dénombre 128 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 94,4 %

Après avoir un atteint un maximum (entre 25 et 34 ans pour les hommes et entre 35 et 44 ans pour les femmes), la proportion de fumeurs réguliers va en diminuant avec l'âge. De plus, quel que soit l'âge du patient, le pourcentage de femmes fumant régulièrement est toujours inférieur au pourcentage masculin. L'écart est néanmoins beaucoup plus faible entre 35 et 44 ans qu'entre 16 et 24 ans ou aux âges élevés.

Pour les 16-24 ans, ces résultats peuvent être comparés à ceux du Baromètre santé jeunes Alsace réalisé en fin d'année 1999 par l'ORSAL[3]. On observe ainsi qu'entre 16 et 24 ans le taux de fumeurs réguliers parmi les patients masculins est comparable à celui observé en population générale (45,1 % contre 42,2 % d'après le BSJ) alors que ce taux est légèrement inférieur à la moyenne régionale chez les femmes (28,1 % contre 34,6 % d'après le BSJ).

[3] en partenariat avec le Comité d'éducation pour la santé (CFES)

Les patients et l'alcool

Les conduites d'alcoolisation

L'intérêt est de distinguer, parmi les usages à risques, deux types de comportements, caractérisés par des consommations régulières excessives d'une part, et par des consommations ponctuelles élevées d'autre part.

Les différentes conduites d'alcoolisation définies, construites à partir des trois premières questions du questionnaire AUDIT[4], sont les suivantes :

- **le non-usage d'alcool** : cette catégorie regroupe les personnes qui ont répondu ne jamais avoir consommé d'alcool au cours des douze derniers mois,

- **l'usage non à risque** : cette catégorie regroupe les personnes qui ont déclaré ne pas consommer d'alcool quotidiennement
  OU
  si c'est le cas, consommer quotidiennement moins de 5 verres chez les hommes et moins de 3 verres chez les femmes et ne jamais boire 6 verres ou plus au cours d'une même occasion ou le faire moins d'une fois par mois,

- **l'usage ponctuel à risque** : cette catégorie se compose des personnes qui ont une fréquence de consommation d'alcool identique à celles de la précédente catégorie (non à risque) MAIS qui ont déclaré boire au moins une fois par mois 6 verres ou plus au cours d'une même occasion,

- **l'usage régulier à risque** : cette catégorie regroupe les personnes qui ont déclaré consommer tous les jours de l'alcool et boire au moins 5 verres quotidiennement pour les hommes et au moins 3 verres pour les femmes.

[4] Les questions, relatives au douze derniers mois, sont les suivantes : « Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? », « Les jours où vous buvez, combien de verres consommez-vous ? » et « Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres ou davantage au cours de la même occasion ? ».

La grande majorité des patients ont une consommation d'alcool n'entraînant pas de conséquences sur leur santé

23,0 % des personnes interrogées déclarent ne jamais boire d'alcool, ce pourcentage est nettement plus élevé parmi les femmes que parmi les hommes (30,9 % contre 11,5 %).

Les consommateurs d'alcool sont, dans leur grande majorité, considérés « non à risque ». La consommation d'alcool jugée « à risque », qu'elle soit ponctuelle ou régulière, concerne 17,1 % des hommes et 3,4 % des femmes. En moyenne, sur l'ensemble du pays, ces pourcentages s'élèvent à 19,3 % pour la population masculine et à 4,7 % pour la population féminine.

Conduites d'alcoolisation des patients au cours des 12 derniers mois selon le sexe (en %) *

	Hommes (n = 856)	**Femmes** (n = 1 322)	**Ensemble** (n = 2 186)
Non usage			
pourcentages redressés	11,5	30,9	23,0
Intervalle de confiance**	[8,88 ; 14,66]	[26,82 ; 35,35]	[20,05 ; 26,33]
Usage non à risque			
pourcentages redressés	71,5	65,6	68,1
Intervalle de confiance**	[66,85 ; 75,71]	[61,41 ; 69,52]	[64,73 ; 71,27]
Usage ponctuel à risque			
pourcentages redressés	9,6	1,6	4,8
Intervalle de confiance**	[7,21 ; 12,66]	[0,90 ; 2,99]	[3,49 ; 6,58]
Usage régulier à risque			
pourcentages redressés	7,5	1,8	4,1
Intervalle de confiance**	[5,59 ; 9,90]	[1,19 ; 2,86]	[3,19 ; 5,19]

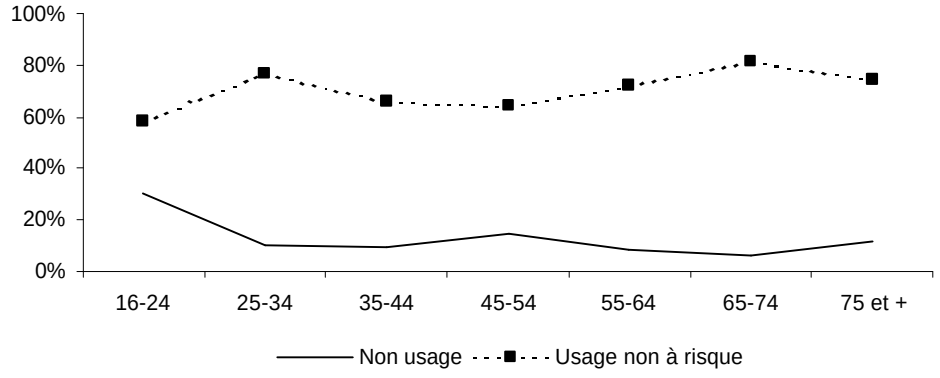
* on dénombre 83 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 96,3 %
** intervalle de confiance à 95 %

Contrairement aux données concernant le tabagisme, il n'est pas possible de comparer les résultats de cette enquête à ceux du Baromètre santé jeunes Alsace.

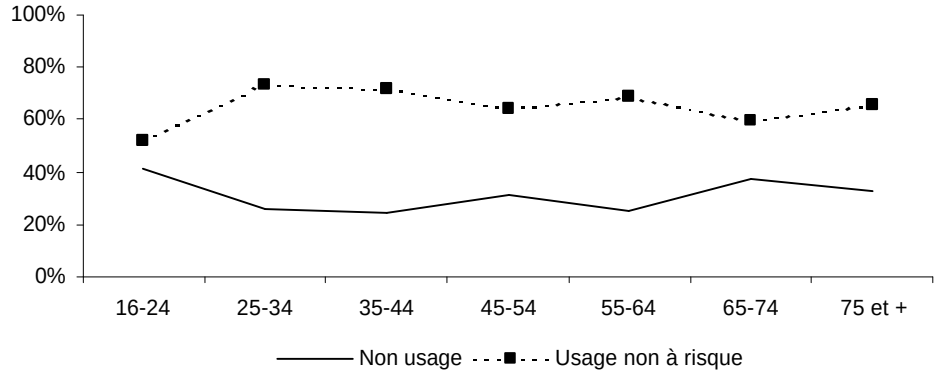
On note cependant que cette dernière investigation confirme la position favorable de la région par rapport à la moyenne nationale concernant le nombre d'usagers à risque (cf. comparaisons inter-régionales) et ce, pour les deux sexes.

Conduites d'alcoolisation selon le sexe et l'âge (n = 2 178) *

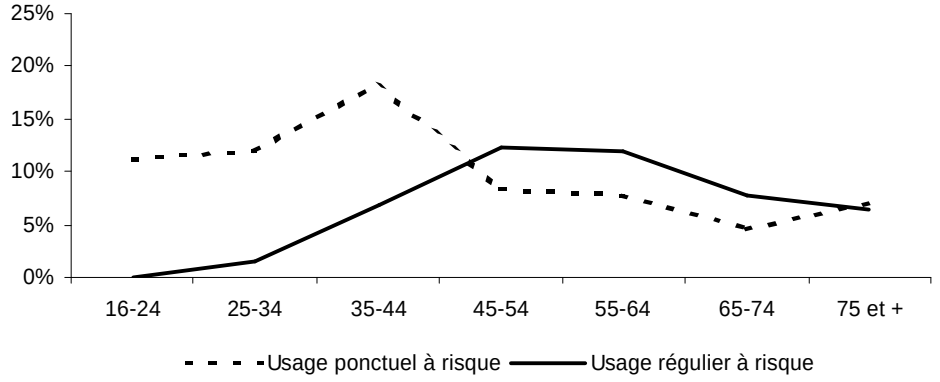
Hommes



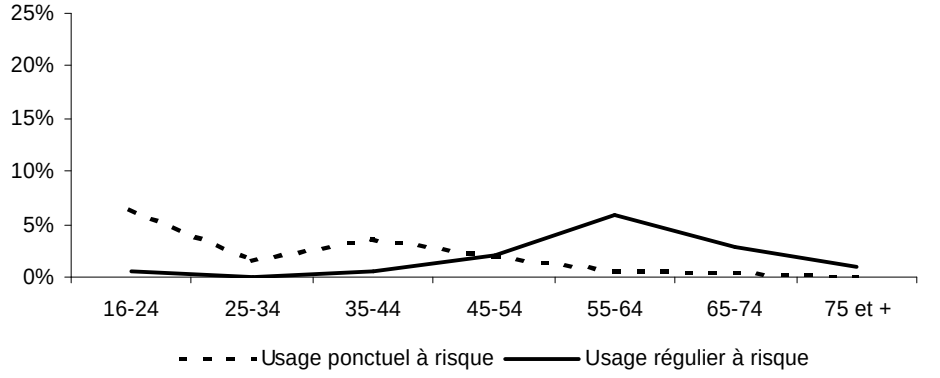
Femmes



Hommes



Femmes



* on dénombre 91 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 96,0 %

Quel que soit l'âge, le nombre de consommateurs à risque est plus important chez les hommes

Quel que soit l'âge, la consommation à risque est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Le pourcentage d'usagers à risque va en augmentant depuis l'adolescence jusqu'à 45 ans (55 ans pour les femmes). Au delà de 55 ans, cette proportion diminue, ceci peut correspondre à une diminution effective de la consommation d'alcool à compter de 55 ans mais aussi refléter les conséquences d'une consommation abusive. C'est en effet à ces âges que les décès liés à l'alcoolisme chronique surviennent le plus fréquemment.

La dépendance à l'alcool

La notion de « dépendance à l'alcool » a été définie à partir des informations collectées dans le questionnaire. Le critère de dépendance a été retenu lorsqu'au moins une de ces éventualités était présente :

- Réponse « oui » à la quatrième question[5] du questionnaire DETA : « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme »,
- Consommation quotidienne d'au moins 7 verres d'alcool,
- Réponse « oui » du médecin à la question : « Existe-t-il des signes de dépendance physique ? ».

[5] Les quatre questions sont les suivantes : « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? », « Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? », « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? » et « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? ».

Une proportion de patients dépendants à l'alcool cinq fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes

Répartition des patients selon leur dépendance à l'alcool et le sexe (en %)*

	Hommes (n = 857)	Femmes (n = 1 296)	Ensemble (n = 2 166)
Patients non dépendants de l'alcool			
pourcentages redressés	88,0	97,8	93,7
Intervalle de confiance**	[85,30 ; 90,23]	[96,73 ; 98,51]	[92,48 ; 94,82]
Patients dépendants de l'alcool			
pourcentages redressés	12,0	2,2	6,3
Intervalle de confiance**	[9,77 ; 14,70]	[1,49 ; 3,27]	[5,18 ; 7,53]

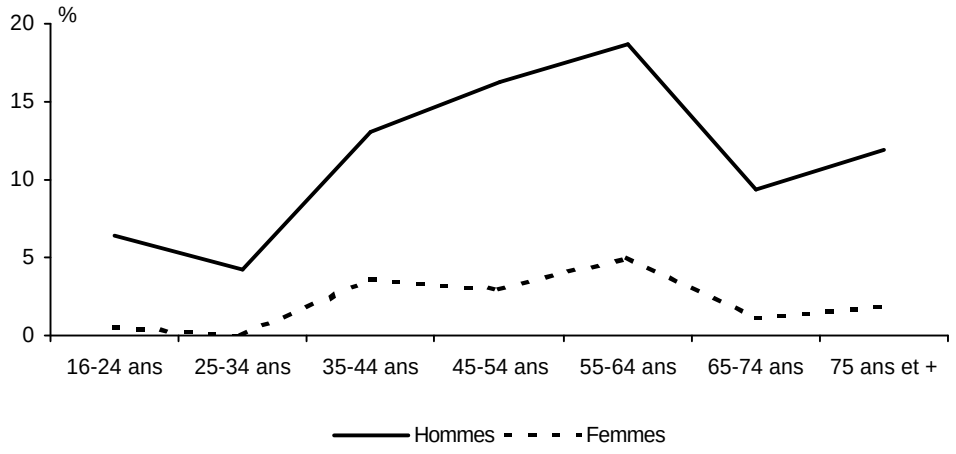
* on dénombre 103 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 95,5 %
** intervalle de confiance à 95 %

Les données recueillies auprès des patients et des médecins révèlent que 2,2 % des femmes et 12,0 % des hommes sont alcoolo-dépendants.

L'état de dépendance à l'alcool n'a pas pu être analysé pour 10,7 % des personnes, en raison de non réponses à certaines parties du questionnaire.

Au regard des résultats de l'analyse nationale, les taux de dépendance mesurés en Alsace ne semblent pas être différents de la moyenne française.

Pourcentage de patients dépendants de l'alcool (n=2 153) *



* on dénombre 116 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 94,9 %

Le pourcentage de personnes alcoolo-dépendantes varie fortement en fonction de l'âge. Il culmine entre 55 et 64 ans aussi bien pour les hommes (18,8 %) que pour les femmes (5,0 %).
Par ailleurs, l'augmentation du taux de patients masculins dépendants à l'alcool entre 65-74 ans et 75 ans et plus ne s'explique pas par une augmentation du nombre de parents isolés puisqu'il reste stable (en proportion) entre ces deux tranches d'âges.
Un constat particulièrement préoccupant mérite d'être souligné : dans la population masculine, dès 16-24 ans, plus d'un jeune sur vingt est dépendant de l'alcool.

Les profils de patients

A partir des conduites d'alcoolisation, de la notion de dépendance à l'alcool, des réponses au questionnaire DETA et de l'avis clinique du médecin, trois profils de patients ont pu être définis :

- **Profil sans risque :** le patient ne consomme jamais d'alcool (non-usage) ou a un usage non à risque et moins de deux réponses positives au questionnaire DETA et le médecin n'a signalé aucun problème d'alcool et le patient n'est pas dépendant à l'alcool

- **Profil à risque sans dépendance :** le patient présente au moins un de ces critères :

  - il a un usage d'alcool, ponctuel ou régulier, à risque
  ou
  - il a au moins deux réponses positives au questionnaire DETA
  ou
  - le médecin a signalé un problème d'alcool et le patient n'est pas dépendant à l'alcool

- **Profil à risque avec dépendance :** le patient est dépendant à l'alcool (quels que soient les autres critères)

Un nombre de patients présentant un profil à "risque" nettement plus important chez les hommes

Les personnes présentant un profil « à risque », avec ou sans dépendance sont nettement plus nombreuses parmi les hommes que parmi les femmes. Ainsi, 20,6 % des consultants de sexe masculin sont classés dans le « profil à risque sans dépendance » contre 5,3 % des femmes. De la même manière, 12,5 % des hommes ont un « profil à risque avec dépendance », alors que ce pourcentage n'est que de 2,3 % pour le sexe féminin.

Profil des patients face à l'alcool (en %)*

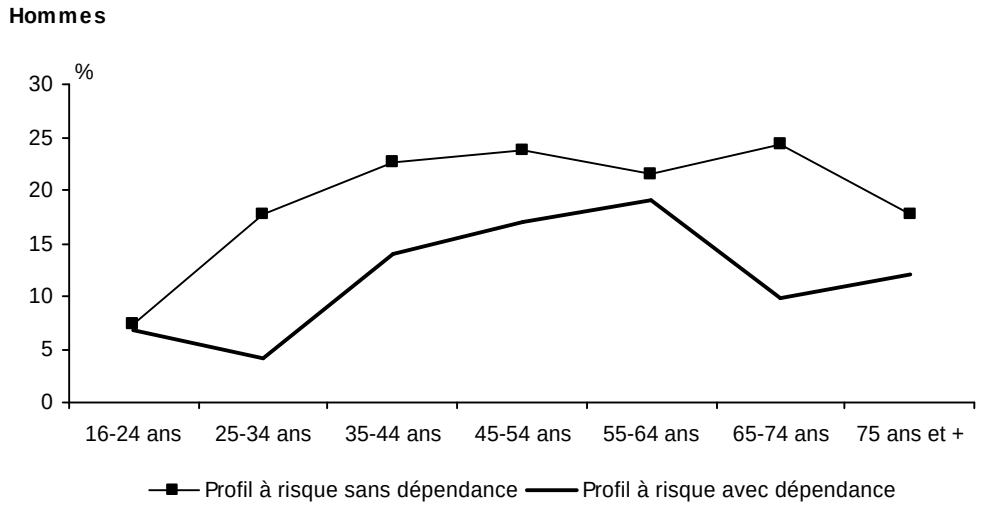
	Hommes (n = 827)	**Femmes** (n = 1 269)	**Ensemble** (n = 2 107)
Profil sans risque			
Pourcentages redressés	66,9	92,4	82,1
Intervalle de confiance**	[62,83 ; 70,71]	[90,58 ; 93,89]	[79,58 ; 84,41]
Profil à risque sans dépendance			
Pourcentages redressés	20,6	5,3	11,5
Intervalle de confiance**	[17,84 ; 23,73]	[3,951 ; 7,12]	[9,682 ; 13,49]
Profil à risque avec dépendance			
Pourcentages redressés	12,5	2,3	6,4
Intervalle de confiance**	[10,14 ; 15,28]	[1,52 ; 3,35]	[5,314 ; 7,77]

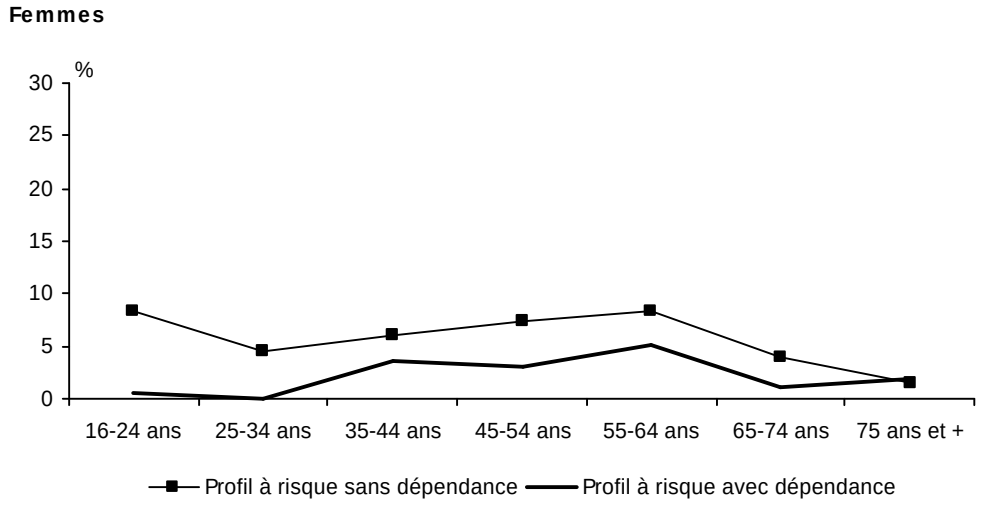
* on dénombre 162 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 92,9 %
** intervalle de confiance à 95 %

La comparaison de ces données avec les résultats nationaux ne montre pas de différence significative.

Pourcentage de patients ayant un profil à risque, avec ou sans dépendance, selon le sexe (n=2 096) *

Une proportion de patients ayant un profil à risque avec dépendance qui augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans





* on dénombre 173 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 92,4 %

Le pourcentage de personnes classées en « profil à risque sans dépendance » varie selon l'âge. En ce qui concerne les hommes, ce pourcentage augmente depuis l'adolescence jusqu'à l'âge de 45 ans, et reste compris entre 18 % et 23 % au delà de cet âge. La proportion féminine culmine entre 55 et 64 ans (8 %) et diminue ensuite.

En ce qui concerne les « profils à risque avec dépendance », la prévalence est la plus forte entre 35 et 64 ans, avec un maximum entre 55-64 ans (19 % pour les hommes et 5 % pour les femmes).

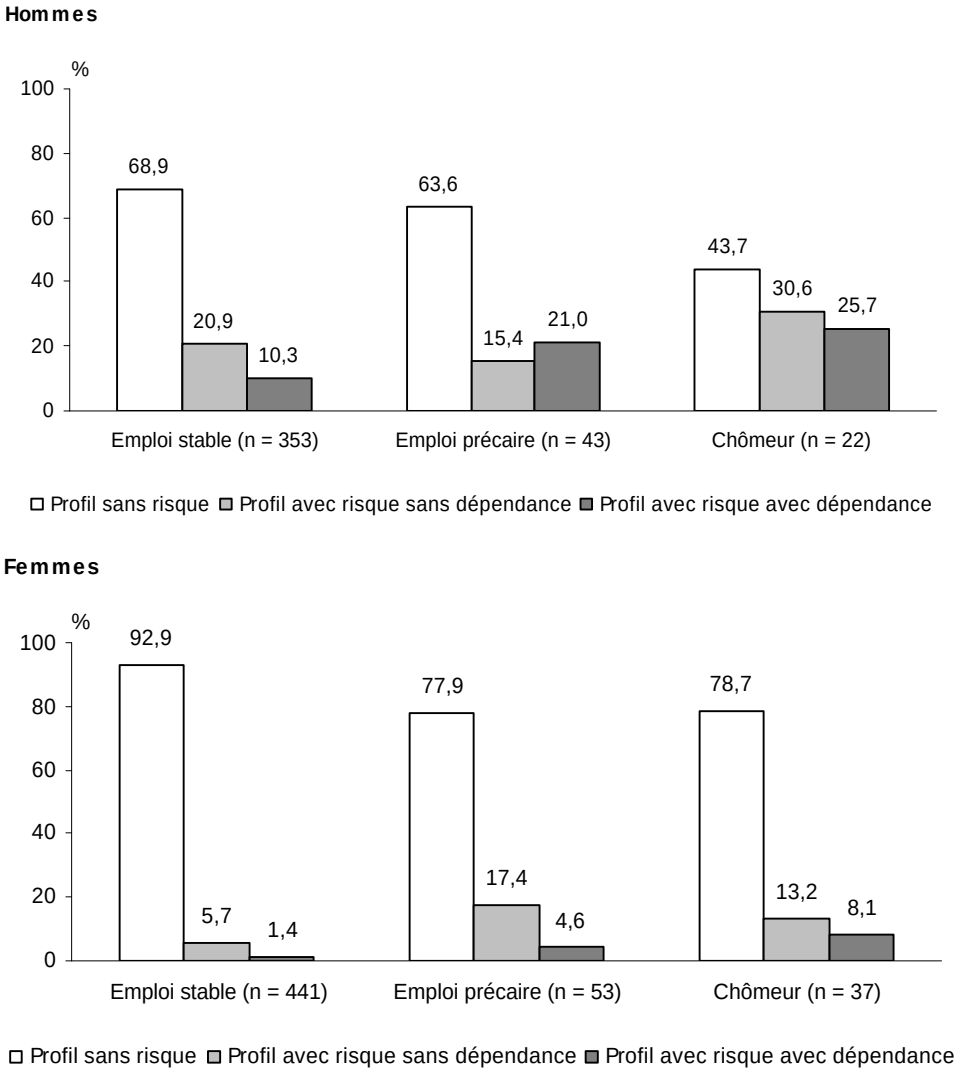
On retrouve ici le constat inquiétant d'une dépendance à l'alcool déjà installée chez un jeune homme de 16-24 ans sur vingt.

Etant donnée la taille de l'échantillon des patients enquêtés et les faibles proportions observées de patients ayant des profils à risque, les effectifs bruts sont très faibles (241 patients deux sexes confondus ont un profil « à risque sans dépendance » et 140 patients un profil « à risque avec dépendance »). C'est pourquoi la répartition de ces patients selon diverses variables (situation par rapport à l'emploi, situations particulières...) est à prendre avec précautions.

La situation par rapport à l'emploi selon les profils de patients

Un nombre de patients à risque avec dépendance qui tend à augmenter quand le niveau d'insertion professionnelle diminue

Profil des patients face à l'alcool selon leur situation par rapport à l'emploi et le sexe (en %)



La répartition des patients selon leur profil face à l'alcool diffère légèrement suivant la situation par rapport à l'emploi.

En raison d'effectifs insuffisants on ne relève, pour les hommes comme pour les femmes, aucune différence statistiquement significative. Néanmoins, les graphiques ci-dessus tendent à montrer que la proportion de patients ayant un profil

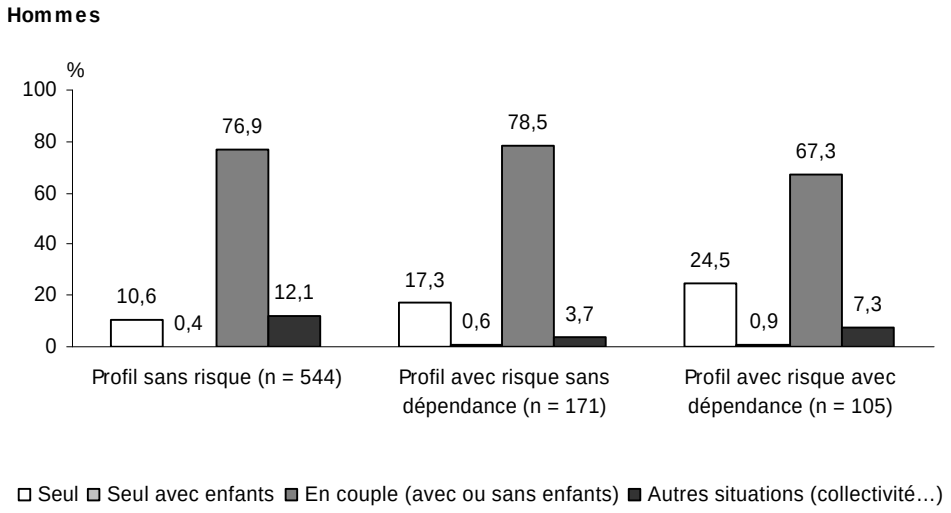
à risque avec dépendance augmente avec le niveau de désinsertion professionnelle et ce, quel que soit le sexe. Par exemple, le pourcentage de patients masculins ayant un profil à risque avec dépendance est de 10,3 % parmi ceux qui ont emploi stable, de 21,0 % parmi ceux qui ont emploi précaire et de 25,7 % parmi ceux qui sont au chômage.

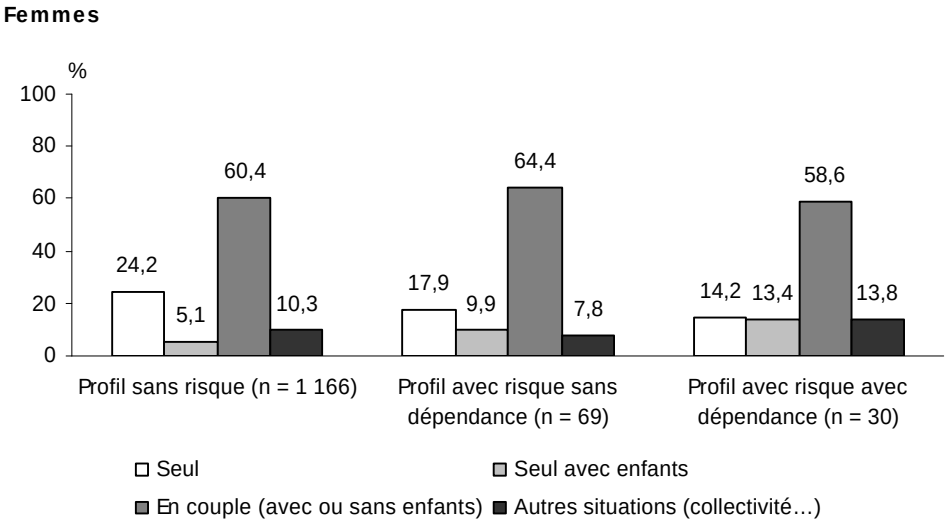
On note cependant que ces observations sont statistiquement significatives à l'échelon national pour les hommes comme pour les femmes.

La situation familiale selon les profils de patients

Situation familiale des patients selon leur profil face à l'alcool et selon le sexe (en %)*

Des situations de solitude plus fréquentes à mesure que le niveau de dépendance à l'alcool augmente





* on dénombre 174 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 92,3 %

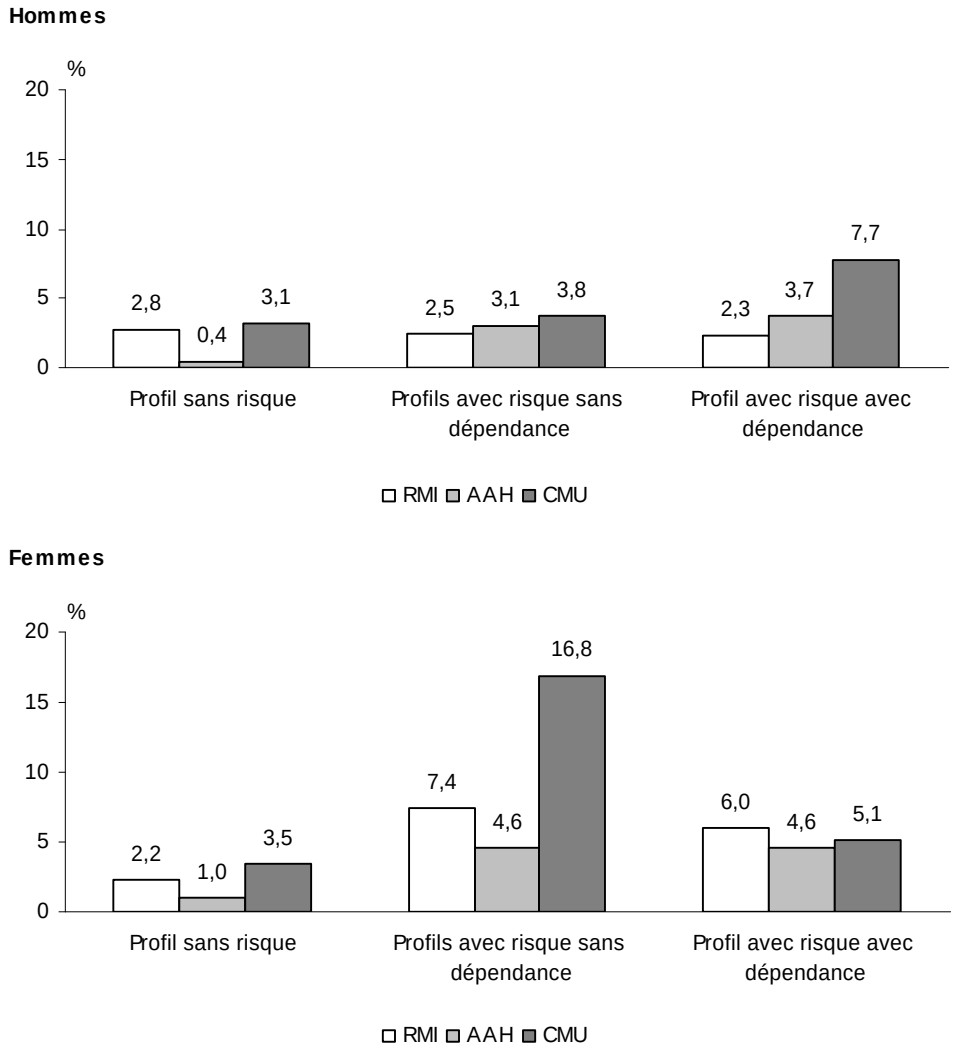
Les données relatives à la situation familiale du patient montrent que le nombre de personnes augmente à mesure que le profil vis à vis de l'alcool s'aggrave (le niveau de dépendance à l'alcool augmente). Chez les hommes, les personnes vivant seules sont deux fois plus nombreuses chez les patients présentant un profil à risque avec dépendance (24,5 %) que chez ceux ayant un profil sans risque (10,6 %). Chez les femmes, même si l'écart n'est pas significatif en raison d'effectifs insuffisants, la proportion de patientes vivant seules avec leur enfant est près de 3 fois plus élevée parmi celles ayant un profil à risque avec dépendance (13,4 %) que parmi celles n'ayant pas de profil à risque (5,1 %).

Au niveau national, ces écarts sont statistiquement significatifs pour les deux sexes, mais sans distinction entre les patients ayant un profil à risque sans dépendance et ceux au profil sans risque.

Les situations particulières selon les profils de patients

Un nombre de patientes bénéficiaires d'aides sociales qui augmente avec le niveau de risque « alcool »

Proportion de patients bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) ou de la Couverture Maladie Universelle (CMU) selon leur profil face à l'alcool et le sexe (en %) *



* on dénombre entre 323 et 326 questionnaires non exploitables selon les questions, soit un taux de réponse moyen de 85,7 %

En ce qui concerne les femmes, la proportion de bénéficiaires d'aides (RMI, AAH ou CMU) varie selon le profil de consommation. Les proportions sont plus fortes parmi les femmes ayant un risque vis à vis de l'alcool, et cela pour les trois types d'aides. Etant donné les effectifs concernés, on ne montre pas de différence entre les « profils à risque avec dépendance » et les « profils à risque sans dépendance ».

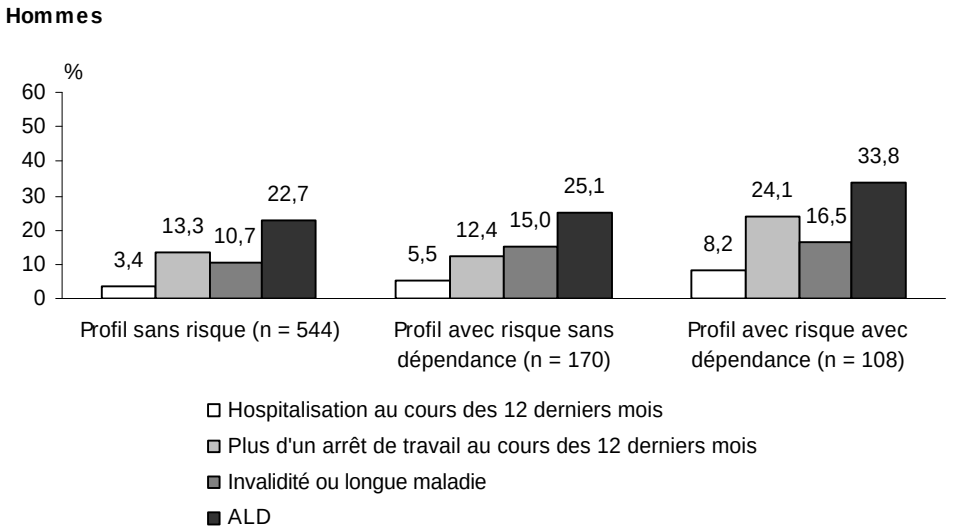
Pour les hommes, on n'observe pas de différence significative entre les trois profils en ce qui concerne le pourcentage de bénéficiaires du RMI et de la CMU. On mesure en revanche un taux plus élevé d'allocataires de l'AAH parmi les hommes ayant une consommation à risque (3,3 % contre 0,4 %).

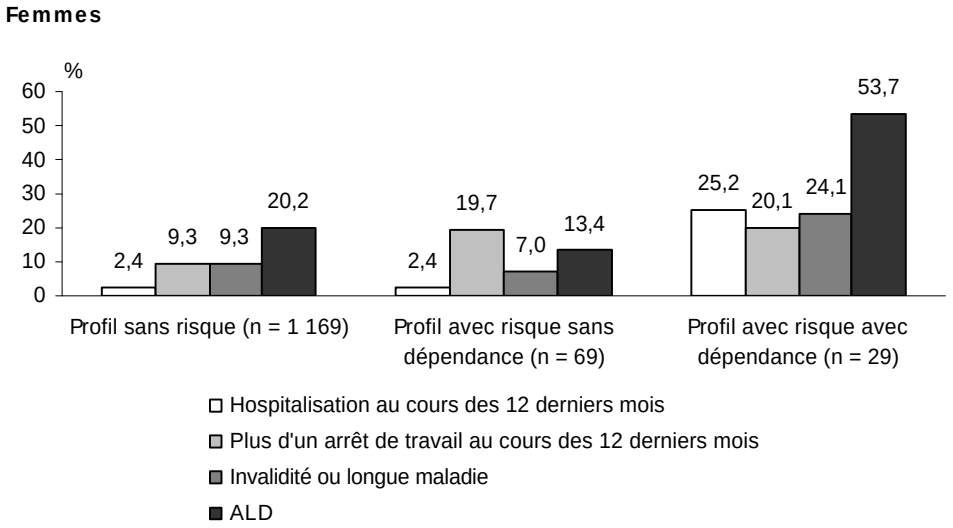
Les résultats nationaux sont très sensiblement différents puisqu'ils montrent que, quel que soit le sexe, la proportion de bénéficiaires d'une aide sociale augmente de façon significative avec le niveau de risque « alcool » en particulier concernant le RMI et la CMU.

« Etat de santé » selon les profils de patients

Les patients ayant un profil à risque déclarent plus souvent des situations médicales fragiles

Proportion de patients ayant été hospitalisés au moins 24 heures en raison d'un accident ou ayant eu plus d'un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois, en invalidité ou longue maladie, ou bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) selon leur profil face à l'alcool et le sexe (en %) *





Les indicateurs « d'état de santé » des patients varient selon leur profil de consommation d'alcool.

Les hommes ayant un profil à risque sont plus nombreux à avoir été hospitalisés, et à avoir eu plus d'un arrêt de travail au cours de l'année passée. Les différences concernant les invalidités ou les affections de longue durée (ALD) ne sont pas significatives.

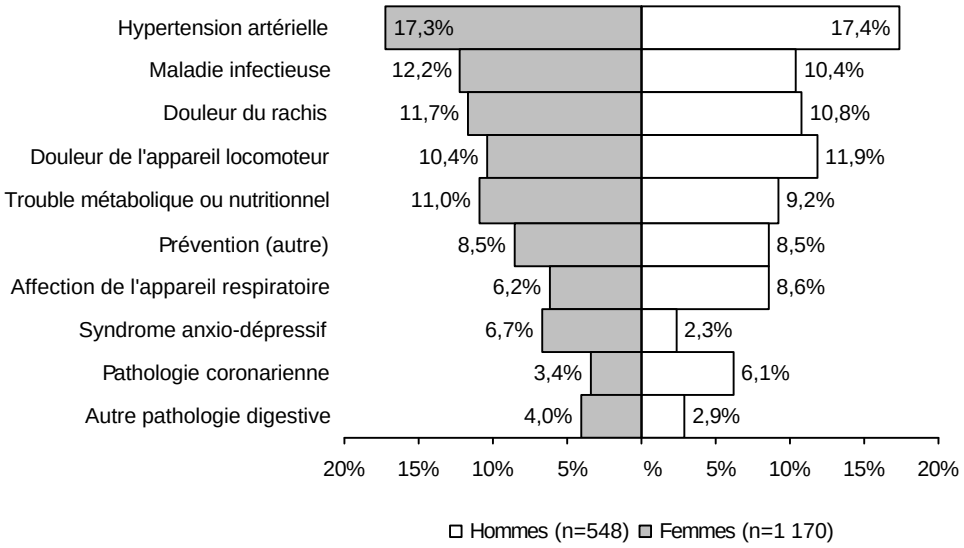
Pour les femmes, les 4 indicateurs considérés sont fortement liés au profil vis à vis de l'alcool. Les femmes ayant un profil à risque avec dépendance présentent les proportions d'admission en ALD ou en invalidité les plus élevées (respectivement 24,1 % et 53,7 %). Ce sont également elles qui ont eu le plus souvent recours à une hospitalisation.

Environ 20 % des femmes ayant un profil à risque (avec ou sans dépendance) se sont vues prescrire plus d'un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois, alors que cette proportion n'est que 9 % pour les femmes n'ayant pas une consommation à risque.

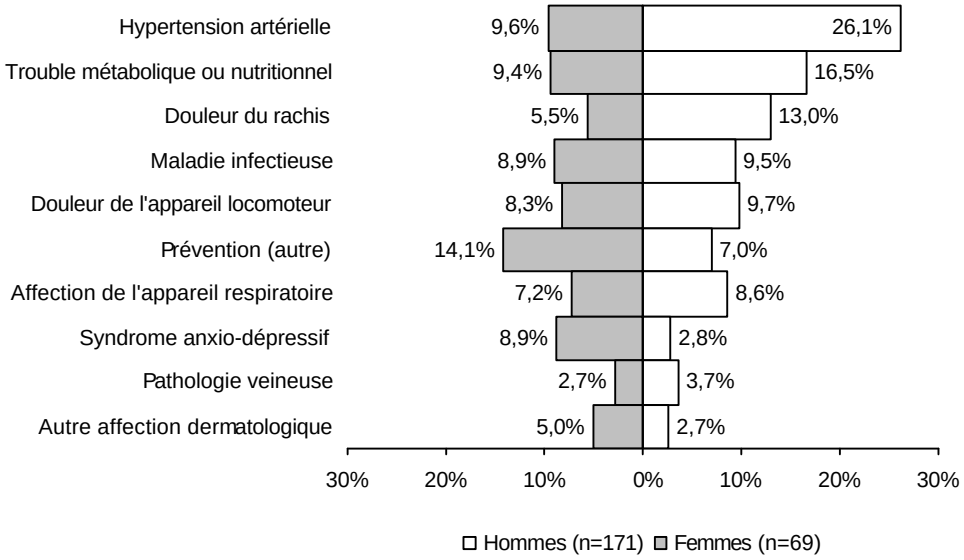
Le motif de recours aux soins selon les profils de patients

Les dix premiers motifs de recours aux soins les plus cités selon le sexe et le profil face à l'alcool

Profil sans risque

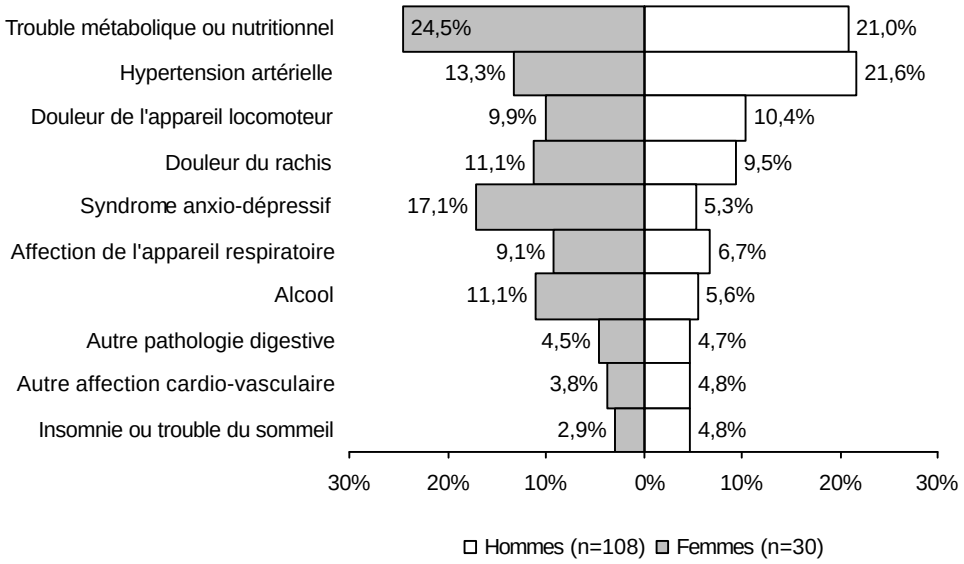


Profil avec risque sans dépendance



Les troubles liés à une consommation excessive d'alcool plus fréquemment cités chez les hommes que chez les femmes parmi les patients ayant un profil à risque avec dépendance

Profil avec risque avec dépendance



Les motifs de recours aux soins diffèrent sensiblement selon le sexe et le profil de patient. Ainsi, pour les hommes l'hypertension artérielle arrive en 3ème position chez les patients au profil à risque avec dépendance, derrière les troubles métaboliques ou nutritionnels et le syndrome anxio-dépressif alors qu'il constitue le motif de recours aux soins le plus fréquent chez les patients au profil sans risque.

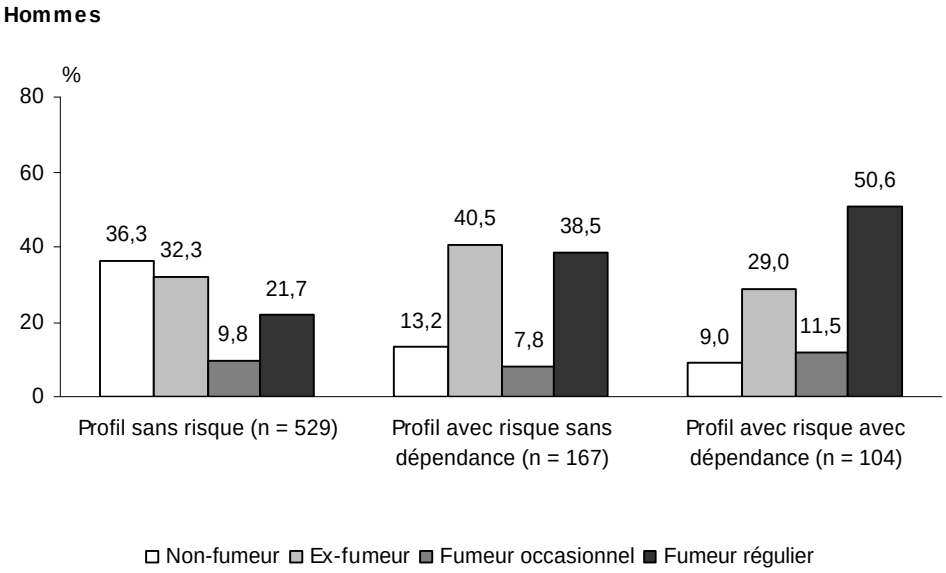
Pour les femmes, l'hypertension artérielle est, quel que soit le profil de patient, le motif le plus fréquemment cité.

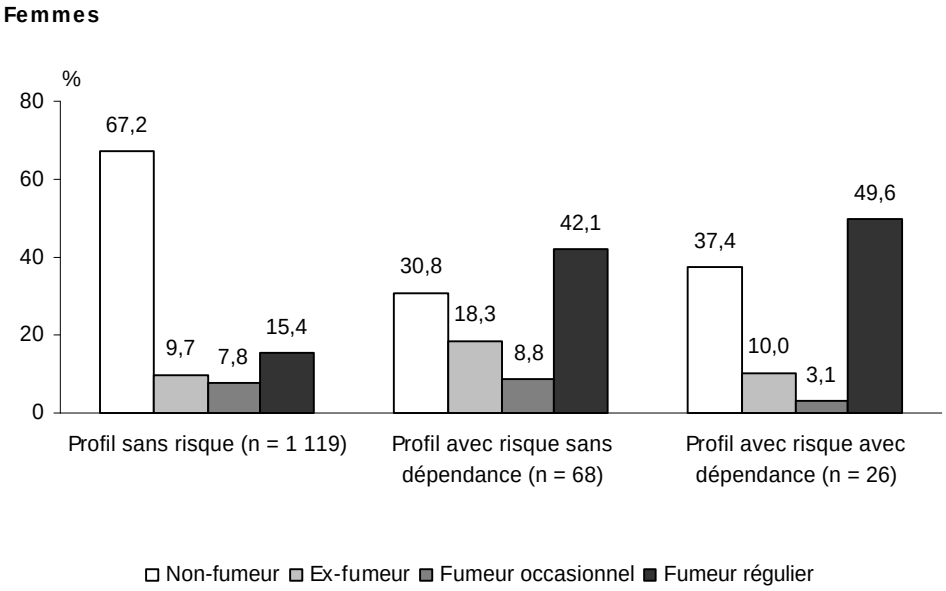
On constate également que parmi les patients au profil à risque avec dépendance, les troubles liés à une consommation excessive d'alcool (syndrome anxio-dépressif et abus ou dépendance à l'alcool) constituent des motifs de recours aux soins bien plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

La consommation de tabac selon les profils de patients

Une proportion de fumeurs réguliers plus élevée parmi les patients à risque « alcool »

Statut tabagique des patients selon leur profil face à l'alcool et le sexe (en %) *





* on dénombre 256 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 88,7 %

Pour les hommes comme pour les femmes, la consommation de tabac varie significativement selon le profil des patients vis à vis de l'alcool.

Les patients dont le profil « alcool » est jugé sans risque, sont en majorité non-fumeurs ou ex-fumeurs.

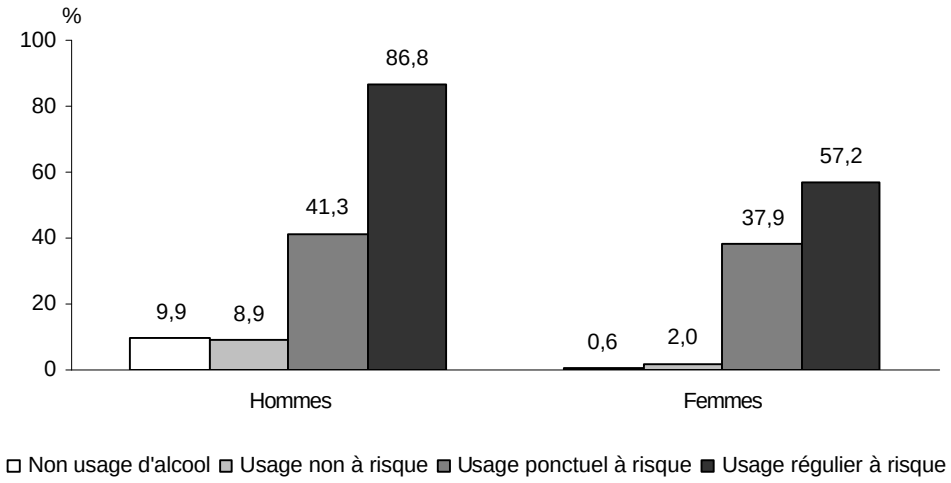
La proportion de fumeurs réguliers est la plus élevée parmi les personnes ayant une consommation d'alcool « à risque avec dépendance ».

Diagnostic des médecins sur la consommation d'alcool

Les médecins signalent plus fréquemment un problème avec l'alcool chez les hommes que chez les femmes

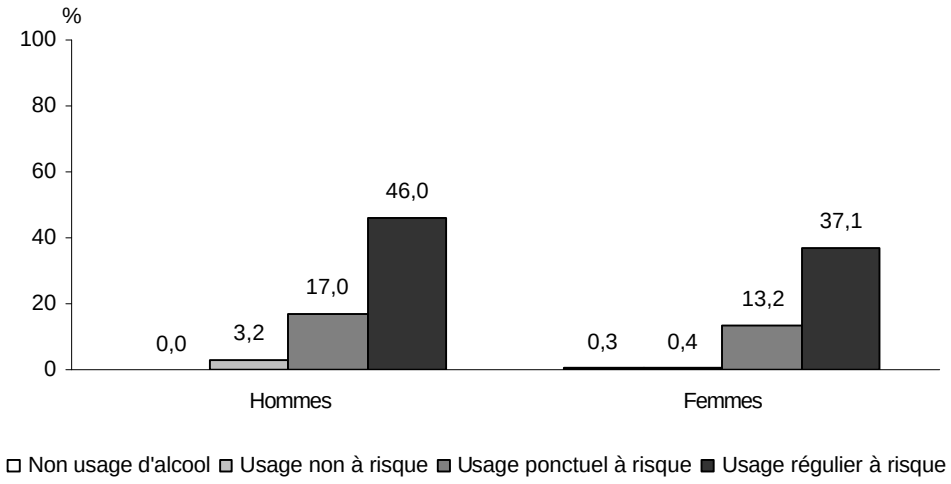
Sur l'ensemble des patients pour lesquels les données sont exploitables, les médecins considèrent que 1 patient sur 10 (9,2 %) a un "problème avec l'alcool". Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (18,0 %) que chez les femmes (3,2 %).
Cet écart se retrouve également en ce qui concerne la présence de signes de dépendance physique à l'alcool (syndrome de sevrage calmé par la prise d'alcool) qui concernerait selon les médecins 7,5 % des hommes et seulement 1,4 % des femmes ce qui, deux sexes confondus, représente 3,9 % des patients.

Proportion de médecins indiquant que le patient a un "problème avec l'alcool" selon les conduites d'alcoolisation du patient au cours des 12 derniers mois et le sexe (en %) *



* on dénombre 160 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 92,9 %

Proportion de médecins indiquant que le patient a "des signes de dépendance physique" selon les conduites d'alcoolisation du patient au cours des 12 derniers mois et le sexe (en %) *



* on dénombre 144 questionnaires non exploitables, soit un taux de réponse de 93,7 %

Un patient sur six ayant très probablement un problème avec l'alcool n'a pas été diagnostiqué comme tel par le médecin

Bien évidemment, ces proportions évoluent selon la consommation d'alcool du patient : si 4,8 % des patients ayant un usage non à risque ont été considérés comme ayant un "problème avec l'alcool", cette proportion est de 40,6 % chez les patients ayant un usage ponctuel à risque et de 78,3 % chez les patients ayant un usage régulier à risque.

A consommation d'alcool équivalente, on note également que les hommes ont plus souvent été signalés par le médecin comme ayant un problème avec l'alcool ou présentant des signes de dépendance physique même si les écarts ne sont pas toujours significatifs.
Ainsi, parmi les patients ayant un usage régulier à risque, 86,8 % des hommes et seulement 57,2 % des femmes (écart significatif) ont été considérés comme ayant un problème avec l'alcool. Pour les signes de dépendance physique, ces proportions sont respectivement de 46,0 % et 37,1 % (écart significatif).

Enfin, si l'on ne s'intéresse plus à la consommation d'alcool mais au « profil » des patients (cf. définition page 23) on peut noter que parmi les patients ayant très probablement un problème avec l'alcool (profil à risque avec dépendance) 16,6 % n'ont pas été diagnostiqués comme tel par le médecin, sans différence entre les sexes.

Comparaisons inter-régionales

Une situation régionale proche de la moyenne nationale et légèrement plus favorable concernant les conduites d'alcoolisation

L'un des points forts de cette enquête est qu'elle fut réalisée dans l'ensemble des régions françaises avec des échantillons suffisamment importants pour permettre des comparaisons régionales. Les résultats nationaux ainsi que des comparaisons inter-régionales ont été publiés par la DREES (Etudes et Résultats N°192, septembre 2002). Cependant, une exploitation de quelques indicateurs vous sont présentés dans la section qui suit.

Les comparaisons ont été effectuées pour les hommes et femmes tous âges confondus sur la base de réponses valides (les non-répondants et les réponses "ne sait pas" n'ont pas été prises en compte), afin d'éliminer l'effet de taux de réponse variant en fonction des régions. Dans le tableau récapitulatif ci-après, la valeur de la région Alsace est présentée en même temps que la moyenne nationale et les valeurs des régions ayant les taux les plus faibles et les plus élevés. Le tableau indique également le rang de l'Alsace parmi les 26 régions de France entière (départements d'Outre-mer compris), classées par ordre de fréquence croissante, un rang élevé correspondant à une situation défavorable. Ce rang n'est donné qu'à titre indicatif puisqu'il ne permet pas de relativiser la position des régions les unes par rapport aux autres surtout lorsque les écarts qui les séparent sont très faibles.

Résultats comparés de l'Alsace à ceux des autres régions

	Alsace		France entière		
	Valeur	Rang *	Minimum	Moyenne	Maximum
Fumeur occasionnels ou régulier					
Hommes	38,4%	12	30,7%	40,2%	45,7%
Femmes	25,1%	12	11,3%	27,4%	32,6%
Ensemble	30,6%	10	18,2%	32,8%	38,1%
Problème avec l'alcool selon médecin					
Hommes	18,0%	18	11,7%	16,2%	24,8%
Femmes	3,2%	8	1,5%	4,2%	6,2%
Ensemble	9,3%	15	6,1%	9,2%	14,1%
Signes de dépendance physique					
Hommes	7,5%	15	3,2%	6,5%	13,1%
Femmes	1,4%	9	0,3%	1,9%	3,1%
Ensemble	3,9%	17	1,6%	3,8%	7,3%
Usage ponctuel à risque					
Hommes	9,6%	4	7,6%	12,1%	18,8%
Femmes	1,6%	14	0,7%	1,8%	3,2%
Ensemble	4,8%	2	4,3%	6,1%	9,1%
Usage régulier à risque					
Hommes	7,5%	14	3,0%	7,8%	11,6%
Femmes	1,8%	7	0,4%	3,0%	4,2%
Ensemble	4,1%	10	1,5%	5,0%	7,1%
Dépendance à l'alcool					
Hommes	11,5%	20	5,9%	9,8%	18,4%
Femmes	2,1%	8	1,2%	2,7%	4,0%
Ensemble	6,0%	15	3,1%	5,7%	9,8%

Les résultats exprimés ont été redressés — Exploitation : ORS Alsace

* Classement des régions de France entière (Départements d'Outre-mer compris) allant de 1 (région ayant la valeur la plus favorable en terme de santé publique) à 26 (valeur la moins favorable)

En ce qui concerne le tabagisme régulier ou occasionnel, l'Alsace présente un taux de fumeurs, deux sexes confondus, légèrement inférieur à celui de la moyenne française. Cela s'observe tant pour les hommes que pour les femmes.

Pour les indicateurs relatifs à l'existence d'un problème avec l'alcool selon le médecin ou de signes de dépendance vis à vis de l'alcool (repérés soit par le médecin soit d'après le questionnaire), l'Alsace se situe dans la moyenne nationale. Mais si c'est vrai pour les deux sexes confondus, cela se traduit par des indicateurs plus défavorables pour les hommes et plus favorables pour les femmes.

En ce qui concerne l'usage régulier ou ponctuel à risque, l'Alsace se situe dans une position plutôt favorable et ce quel que soit le sexe.

En terme de classement, les résultats des hommes et des femmes pour l'ensemble de ces indicateurs sont très différents, l'écart observé étant de 9 places en moyenne à l'avantage des patients de sexe féminin.

Conclusion

En résumé

Cette enquête transversale menée au cours du mois d'octobre 2000 par 74 médecins généralistes libéraux de la région Alsace a permis d'étudier près de 2 300 patients vus en consultation ou en visite.

Elle a permis de montrer que 33 % des patients de sexe masculin ont un « profil » de consommation d'alcool qui peut être jugée « à risque », avec ou sans dépendance. Cette proportion s'élève à 7,6 % pour les femmes enquêtées.

Si les disparités entre sexes sont élevées, elles sont également fonction de l'âge : l'usage « à risque » est plus fréquent parmi les patients âgés de 45 à 64 ans.

L'analyse a mis en avant des différences entre les profils de consommation :

- les situations de solitude sont plus fréquentes parmi les patients ayant un profil à risque avec dépendance que parmi les patients au profil sans risque (significatif chez les hommes uniquement),
- les personnes ayant un profil à risque bénéficient plus fréquemment de minima sociaux,
- les personnes ayant un profil à risque sont plus nombreuses à avoir été hospitalisées au cours de l'année. On leur a plus souvent prescrit plus d'un arrêt maladie. Elles sont également plus fréquemment en invalidité ou en ALD (significatif uniquement pour les femmes),
- les motifs de recours varient selon le profil. Ainsi, les personnes « à risque avec dépendance à l'alcool » consultent plus souvent pour des troubles métaboliques et alimentaires, pour une hypertension artérielle, un syndrome anxio-dépressif ou pour un abus ou une dépendance à l'alcool.
- la consommation régulière de tabac est plus fréquente chez les personnes qui ont un profil à risque vis à vis de l'alcool,

Les comparaisons des données alsaciennes avec la moyenne nationale ne montrent pas de différence marquée en ce qui concerne la consommation d'alcool.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

OBSERVATOIRES RÉGIONAUX
DE LA SANTÉ

ENQUÊTE ALCOOL AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES RÉGIONS

Questionnaire à remplir pour tous les patients de 16 ans ou plus, vus en consultation ou visite, lors de 2 journées durant la semaine du 16 au 21 octobre 2000

1. Numéro de dossier → ☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

2. Date d'enquête → ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

3. Type d'acte → ☐1 Consultation ☐2 Visite

4. Patient vu pour la première fois ? ☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

5. Absence de réponse : ☐1 Refus ☐2 Incapacité

I. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

6. Sexe → ☐1 Homme ☐2 Femme

7. Date de naissance → mois ☐☐ année ☐☐☐☐

8. Situation par rapport à l'emploi →
☐1 Emploi stable
☐2 Emploi précaire *(CDD, intérim, stage)*
☐3 Chômeur
☐4 Retraité
☐5 Au foyer
☐6 Autre
☐9 NSP/NR*

9. Profession *(pour les retraités et les autres personnes ayant déjà occupé un emploi, cocher la dernière profession exercée)*
☐1 Agriculteur exploitant
☐2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
☐3 Profession libérale
☐4 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
☐5 Profession intermédiaire
☐6 Employé
☐7 Ouvrier
☐8 Sans profession
☐9 NSP/NR*

10. Domicile →
☐1 Stable *(y compris les gens du voyage)*
☐2 Précaire *(amis, centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), foyers, squat)*
☐3 Sans abri
☐9 NSP/NR*

11. Situation familiale →
☐10 Seul ..... ☐11 avec enfant(s)
☐20 En couple ..... ☐21 avec enfant(s)
☐30 Avec d'autres membres de sa famille ..... ☐31 avec enfant(s)
☐40 En collectivité ..... ☐41 avec enfant(s)
☐99 NSP/NR*

12. Situations particulières

12a. Revenu minimum d'insertion (RMI)	☐1 Oui	☐2 Non	☐9 NSP/NR*
12b. Allocation d'adulte handicapé (AAH)	☐1 Oui	☐2 Non	☐9 NSP/NR*
12c. Couverture maladie universelle (CMU)	☐1 Oui	☐2 Non	☐9 NSP/NR*

13. Au cours des 12 derniers mois, le patient a-t-il été hospitalisé au moins 24 heures en raison d'un accident (de la route, du travail, de sport, au domicile) ?
☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

14. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il été prescrit à ce patient plus d'un arrêt de travail ?
☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

15. Ce patient est-il en invalidité ou longue maladie ?
☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

16. Ce patient bénéficie-t-il d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) ?
☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

II. QUESTIONNAIRE PATIENT

(poser les questions textuellement)

17. Habitudes tabagiques

17a. Fumez-vous, même occasionnellement ? → ☐1 Régulièrement ☐2 Une cigarette de temps en temps ☐8 Jamais ☐9 NSP/NR*

17b. Si vous fumez régulièrement, combien de cigarettes par jour fumez-vous ? ☐☐ ☐98 Sans objet ☐99 NSP/NR*

17c. Si vous ne fumez pas actuellement, avez-vous fumé régulièrement dans le passé ? ☐1 Oui ☐2 Non ☐8 Sans objet ☐9 NSP/NR*

▪▪▪

** NSP/NR : ne sait pas/non réponse*

■■■

18. Questionnaire DETA

Au cours de votre vie :

18a. Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

18b. Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?

☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

18c. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?

☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

18d. Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme ?

☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

19. Consommation d'alcool

Au cours des 12 derniers mois :

19a. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

☐8 Jamais ➔*(ne pas poser les questions 19b et 19c)*

☐1 Une fois par mois ou moins ☐3 Deux à trois fois par semaine ☐5 Tous les jours

☐2 Deux à quatre fois par mois ☐4 Quatre à six fois par semaine ☐9 NSP/NR*

19b. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

☐1 Un ou deux ☐3 Cinq ou six ☐5 Dix ou plus

☐2 Trois ou quatre ☐4 Sept à neuf ☐8 Sans objet

☐9 NSP/NR*

19c. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion ?

☐8 Jamais ☐2 Une fois par mois ☐4 Tous les jours ou presque

☐1 Moins d'une fois par mois ☐3 Une fois par semaine ☐9 NSP/NR*

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

20. Motifs de recours, état de santé et antécédents *(cocher autant de cases que nécessaire en 20a et 20b)*

20a. Le patient vient pour	20b. Autre(s) problème(s)	
		Douleur
☐001	☐101	Rachis
☐002	☐102	Appareil locomoteur
☐003	☐103	Douleur digestive
☐004	☐104	Céphalée
☐005	☐105	Autre
☐006	☐106	**Saignement** *(exclut plaie)*
☐007	☐107	**Insomnie ou trouble du sommeil**
☐008	☐108	**Symptomatologie fonctionnelle**
☐009	☐109	**Traumatologie** *(inclut plaie, contusion)*
		Affection cardio-vasculaire
☐014	☐114	Hypertension artérielle
☐015	☐115	Pathologie veineuse
☐016	☐116	Accident vasculaire cérébral *(y compris séquelle sévère)*
☐017	☐117	Pathologie coronarienne
☐018	☐118	Autre
		ORL
☐020	☐120	Maladie infectieuse
☐021	☐121	Tumeur maligne
☐022	☐122	Autre
		Trouble psychique
☐023	☐123	Syndrome anxio-dépressif
☐024	☐124	Trouble du comportement
☐025	☐125	Trouble de la mémoire et de la concentration
☐032	☐132	Tentative de suicide
☐033	☐133	Autre
		Abus ou dépendance aux substances psycho-actives
☐034	☐134	Alcool
☐035	☐135	Tabac
☐036	☐136	Psychotrope
☐037	☐137	Substance illégale
		Pathologie digestive
☐038	☐138	Cirrhose hépatique
☐039	☐139	Tumeur maligne de l'oesophage
☐040	☐140	Hépatocarcinome
☐041	☐141	Autre tumeur maligne
☐042	☐142	Autre
☐045	☐145	**Trouble métabolique ou nutritionnel** *(inclut diabète, trouble du métabolisme des lipides, obésité)*
☐046	☐146	**Affection de l'appareil respiratoire** *(inclut asthme, bronchite)*
		Affection dermatologique
☐047	☐147	Psoriasis
☐048	☐148	Autre
		Affection neurologique
☐049	☐149	Neuropathie périphérique
☐050	☐150	Épilepsie
☐053	☐153	Autre
☐054	☐154	**Tumeur maligne** (à *l'exclusion de l'ORL et du digestif)*
☐062	☐162	**Autre affection somatique** *(classer ici les symptômes et maladies non mentionnés dans la liste ci-dessus)*
		Prévention
☐064	☐164	Surveillance de grossesse
☐065	☐165	Autre *(inclut vaccination, bilan pour certificat, contraception)*
☐067	☐167	**Problème au travail**
☐068	☐168	**Problème avec la famille et/ou l'entourage**
☐069	☐169	**Autre problème social**

21. Problème avec l'alcool

21a. Le patient a-t-il un problème avec l'alcool ?

☐1 Oui ☐2 Non ☐9 NSP/NR*

21b. Existe-t-il des signes de dépendance physique ? *(syndrome de sevrage calmé par la prise d'alcool)*

☐1 Oui ☐2 Non ☐8 Sans objet ☐9 NSP/NR*

21c. Prise en charge de la consommation excessive d'alcool

21c1. En médecine générale	☐1 Passée	☐2 En cours	☐3 Proposée	☐8 Sans objet
21c2. Par une structure spécialisée	☐1 Passée	☐2 En cours	☐3 Proposée	☐8 Sans objet
21c3. Association d'anciens buveurs	☐1 Passée	☐2 En cours	☐3 Proposée	☐8 Sans objet

LA SANTE OBSERVEE *en* Alsace

L'ALCOOL ET SES CONSEQUENCES SUR LA SANTE
en Alsace

CONTEXTE NATIONAL

Depuis le milieu des années soixante, on assiste en France à une baisse régulière de la consommation moyenne d'alcool par habitant qui est passée de 18 litres d'alcool pur en 1963 à moins de 11 litres en 1997 (16 litres en 1972, 13 litres en 1987). Cette évolution s'accompagne d'une diminution constante de la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool. Cependant, on estime, à la fin des années quatre-vingt-dix, que l'alcoolisme est responsable de 35 000 décès si on y inclut les causes directes ou indirectes comme certaines morts violentes. En moyenne annuelle en France sur la période 1995-97, 11 300 décès sont directement liés à une consommation excessive d'alcool : 8 900 décès par cirrhose du foie, 2 400 par psychose alcoolique. Mais il faut noter également les 11 900 décès par cancer des voies aéro-digestives supérieures, même si cette dernière pathologie est liée aussi au tabac. Ces trois causes de décès frappent 4 fois plus les hommes que les femmes.

En matière d'hospitalisation, l'enquête de morbidité hospitalière réalisée par le Sesi (devenu Drees en 1998) en 1992-93 estime à 220 000 par an le nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée pour une des pathologies suivantes : tumeur maligne des voies aéro-digestives supérieures, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose et maladie chronique du foie, alcoolisme et ivresse sans autre indication. Ces séjours représentent 1,7 % du total des séjours hospitaliers de courte durée. Ce pourcentage varie, comme pour la mortalité, en fonction du sexe et de l'âge (passant par un maximum de 5,2 % pour les hommes de 45 à 54 ans). Par ailleurs, plusieurs enquêtes réalisées en 1997 et 1998 par le Réseau sentinelle des urgences retrouvent le même résultat : autour de 3,5 % des patients accueillis aux urgences le sont en état d'ivresse. Il faut également signaler que l'alcool est aussi responsable de malformations congénitales concernant 1 à 4 naissances sur 1 000.

Divers types de structures tentent d'apporter des réponses adaptées et complémentaires à la prise en charge des personnes alcooliques : unités hospitalières d'alcoologie, centres de cure ambulatoire en alcoologie (appelés auparavant centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie), centres de cure et de post-cure, foyers d'hébergement et de réinsertion... De nombreuses associations jouent également un rôle important dans le fonctionnement de ce dispositif (en particulier l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme) et les mouvements d'anciens buveurs. Enfin, dans le monde du travail, certains organismes interviennent sur le lieu de travail, assurant l'accompagnement psychologique des personnes qui en font la demande. D'autre part, venant renforcer les actions de prévention, la loi du 10 janvier 1991 (assouplie cependant en 1994) a limité la publicité pour les boissons alcoolisées.

Il faut également souligner l'abaissement du seuil d'alcoolémie au volant considéré, depuis septembre 1995, comme une infraction à 0,5 g/l (0,8 g/l antérieurement). Selon l'estimation du réseau de surveillance de la gendarmerie, les sanctions prises tout au long de ces dernières années auraient un effet positif : le pourcentage d'accidents mortels dans lesquels sont impliqués des conducteurs dont l'alcoolémie est supérieure à 0,8 g/l est passé de 38 % en 1977 à 32 % en 1990.

Toutes consommations confondues, la France se situe en 1998 au 3e rang derrière le Luxembourg (pays exportateur important en raison d'une faible taxation) et le Portugal (11,2 litres, ce pays devançant la France depuis 1997). A l'opposé, les pays européens les moins consommateurs sont la Suède (4,9 litres) et la Norvège (4,3 litres).

SITUATION EN ALSACE : FAITS MARQUANTS

- *Une sous-mortalité féminine par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme.*
- *Les pathologies liées à l'alcool concernent 4,5 fois plus souvent les hommes que les femmes.*
- *Une diminution du nombre de débits de boissons sous licence IV équivalente à celle observée sur l'ensemble de la France.*

● Une sous-mortalité féminine pour la psychose alcoolique et la cirrhose du foie en Alsace

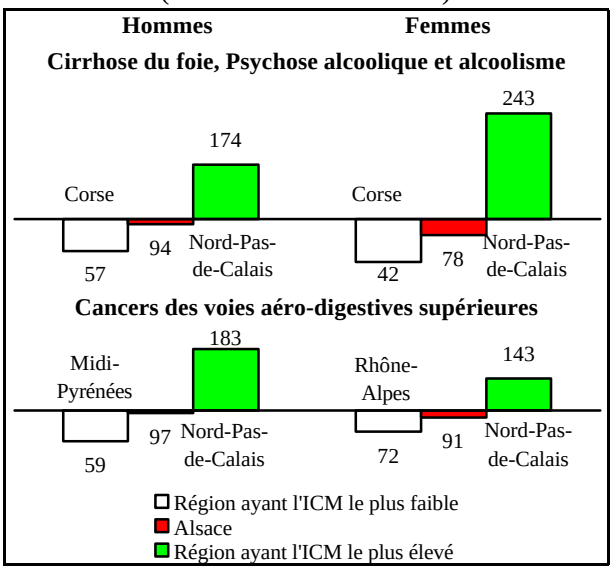
A strucutre par âge égale, la mortalité par cirrhose du foie, psychoses alcooliques et cancers des voies aérodigestives supérieures est, en Alsace, soit au niveau de la moyenne nationale (écart non significatif) soit inférieure à cette moyenne (cirrhoses et psychoses alcooliques pour les femmes).

Même si l'Alsace est loin d'atteindre les indices de mortalité des régions du nord du pays, il convient de rappeler que la France fait partie des pays d'Europe occidentale où les consommations d'alcool sont les plus importantes.

Les écarts entre les régions les mieux (Corse, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes) et les moins bien placées (Nord-Pas-de-Calais) pour ces pathologies sont très importants.

***L'indice comparatif de mortalité** (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.*

Indices comparatifs de mortalité en 1997-99
(ICM France métro. = 100)



Sources : INSERM SC8, INSEE estimations au 1/1/1998 et 1/1/1999
Exploitation ORS

Fiche n°8.1

Réalisation ORS Alsace - 2002

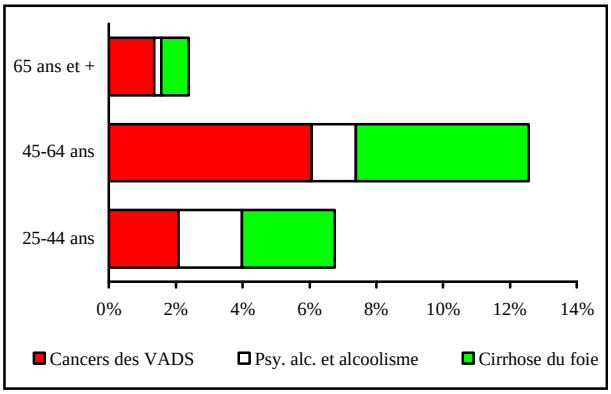
L'ALCOOL ET SES CONSEQUENCES SUR LA SANTE

Nombre moyen des décès annuels par sexe pour la période 1997-99

	Hommes	Femmes
Cirrhose du foie	162	58
Psychose alcoolique et alcoolisme	52	10
Cancers des VADS*	258	38

Source : INSERM SC8
* voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, lèvres, pharynx, larynx et oesophage)

Part des causes dans la mortalité toutes causes en fonction du groupe d'âge (1997-99)



Source : INSERM SC8

Evolution des taux comparatifs de mortalité* entre 1988-90 et 1997-99
(taux pour 100 000 habitants)

	1988-90	1997-99	1988-90	1997-99
Hommes	**Alsace**		**France métro.**	
Cirrhose du foie	36,0	21,0	28,2	21,7
Psychose alcoolique et alcoolisme	10,9	6,9	9,1	6,9
Cancers des VADS	50,3	34,7	50,7	36,0
Femmes	**Alsace**		**France métro.**	
Cirrhose du foie	9,9	6,2	10,2	7,7
Psychose alcoolique et alcoolisme	1,3	1,0	2,0	1,6
Cancers des VADS	4,5	4,1	4,6	4,4

Sources : INSERM SC8, INSEE estimations au 1/1/1989, 1/1/1990, 1/1/1998 et 1/1/1999 Exploitation ORS
* voir méthode ci-dessous

● Les décès : 4,5 hommes pour 1 femme

Pour les cirrhoses, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aéro-digestives (VADS), 578 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 1997-99 (deux sexes confondus) avec une répartition de 1 décès féminin pour 4,5 décès masculins. Ce sex-ratio est pour les cancers des VADS particulièrement important. Le Haut comité de la santé publique estime que 80 à 95 % de ces décès sont liés à une consommation abusive d'alcool, ce qui représente annuellement en Alsace entre 378 et 449 décès, sans compter les autres causes en relation plus ou moins directe avec l'alcool (accidents, suicides, ...).

● Le poids important de l'alcool dans la mortalité des 45-64 ans

La consommation excessive d'alcool est une cause importante de mortalité prématurée en Alsace : elle est à l'origine de 6,8 % des décès pour la tranche d'âge 25-44 ans (soit 39 décès annuels sur la période 1997-99) et 12,6 % pour les 45-64 ans (soit 274 décès annuels).
Après 65 ans, elle n'est plus qu'à l'origine de 2,4 % des décès, soit 265 décès en moyenne par année.

● Une amélioration quasi générale en Alsace plus rapide qu'en France

Entre les périodes 1988-90 et 1997-99, les taux comparatifs de mortalité par maladies liées à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac ont fortement diminué en Alsace comme sur l'ensemble du pays ; la baisse étant plus marquée chez les hommes que chez les femmes.
Chez les hommes, cette diminution est significative quelle que soit la pathologie considérée aussi bien Alsace qu'en France.
Chez les femmes, en Alsace, les taux comparatifs de mortalité par cirrhose du foie sont les seuls à avoir diminué significativement.

***Le taux comparatif de mortalité**, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus).*
Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entres les régions françaises.

Réalisation ORS Alsace - 2002

L'ALCOOL ET SES CONSEQUENCES SUR LA SANTE

● Une diminution du taux de consultants en CCAA en Alsace

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)[1] assurent, en dehors de leur rôle d'accueil, le traitement ambulatoire et le suivi des personnes en difficulté avec l'alcool qui viennent consulter d'elles-mêmes ou qui leur sont adressées par d'autres structures. En 1998, 2 856 consultants sont passés dans un des 9 CCAA de la région mais le nombre de consultations pour 10 000 habitants a diminué (- 22 % depuis 1987).

En ce qui concerne les centres de post-cure pour alcooliques (secteur public et privé), la comparaison entre régions n'est pas toujours aisée du fait du problème de nomenclature. Depuis 1996, l'Alsace a vu l'apparition d'un établissement de lutte contre l'alcoolisme alors qu'il n'y en avait aucun en 1991.

● Une forte production d'alcool

L'Alsace est traditionnellement une région productrice d'alcool. Caractérisée essentiellement par l'importance de son vignoble, la région produit 5 % de la production nationale de "vins de qualité produits dans des régions déterminées" (VQPRD). Depuis 1990, la production régionale de VQPRD augmenté de 15 % et celle des autres vins de 132%.

La production d'alcool distillée enregistre une forte baisse aussi bien pour les alcools distillés par les distilleurs de profession que ceux distillés par les bouilleurs de crus. Ces derniers ne représentent plus que 7 % de la part de la production régionale d'alcool distillé, en raison de la diminution d'année en année des personnes bénéficiant du droit de distiller en franchise.

La région Alsace se caractérise aussi par l'importance de son industrie brassicole : plus de la moitié de la production nationale de bière est concentrée dans la région, principalement dans le département du Bas-Rhin.

● Licence IV : un taux équivalent à la moyenne nationale

Les établissements où l'on consomme sur place sont classés en fonction de la licence qui leur est délivrée. Les établissements retenus pour la comparaison sont les établissements ayant une licence IV, c'est à dire ceux qui proposent l'ensemble des boissons alcoolisées.

La baisse a été importante entre 1982 et 1992 tant au niveau national que régional.

Entre 1982 et 1999 le nombre de débits de boisson de licence IV pour 100 000 habitants a diminué de 16 % en Alsace contre 19 % en France métropolitaine.

[1] anciennement centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA)

Les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 1998 et évolution du nombre de consultants depuis 1987

Nombre de CCAA	Nombre total de consultants en Alsace	Consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus (Alsace)	Consultants pour 10 000 habitants de 15 ans ou plus (France)
9	2856 (-465)	20,8 (-22 %)	nd

Sources : DGS bureau de la santé mentale, des toxicomanies et dépendance, INSEE estimations au 1/1/1987, 1/1/1988, 1/1/1998 et 1/1/1999 Exploitation ORS

Les structures de soins spécifiques en Alsace au 1/1/1999 et évolution depuis 1991

	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Evolution du nombre de lits en %
Lutte contre alcoolisme	1	20	-9,1%
Post-cure pour alcooliques	2	120	0

Source : DRASS - DREES (anciennement SESI)

La production de boissons alcoolisées en 1998

	Production (en hecto-litres)	Part sur la production nationale (en %)	Evolution en % depuis 1990
Vin "VQPRD"*	1 256 650	5,0	+15%
Vin "Autres"	64 941	0,2	+132%
Alcool distillé** Distillateurs de profession	18 896	1,8	-58%
Alcool distillé** Bouilleurs de cru	2 165	0,5	-56%
Bière***	10 963 854	56,3	-3%

Source : Direction générale de douanes et droits afférents et droits indirects
* vins de qualité dans les régions déterminées
** en hectolitres d'alcool pur
*** en hectolitres de bière vendue en 1997 (Source : syndicat des brasseurs d'Alsace)

Les débits de boisson de licence IV

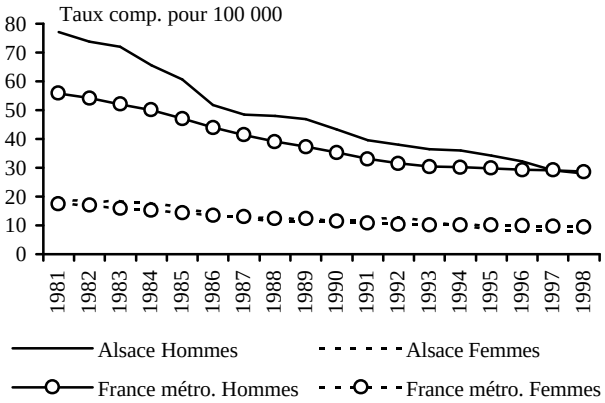
	1982	1988	1992	1999
Nombre en Alsace	4 743	4 350	4 273	4 595
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou + (Alsace)	396	345	328	334
Nombre pour 100 000 habitants de 16 ans ou + (France métro.)	409	338	332	330

Source : Direction générale de douanes et droits afférents et droits indirects, INSEE estimations au 1/1/1982, 1/1/1983, 1/1/1988, 1/1/1989, 1/1/1992, 1/1/1993 et 1/1/1999 Exploitation ORS

Méthode : Pour le calcul de la densité des débits de boisson de licence IV, on a rapporté les nombres d'établissements aux effectifs des 16 ans ou plus des estimations de population moyenne de 1982, 1988, 1992 et 1999 effectuées par l'INSEE. On a retenu les plus de 16 ans en raison de l'article L 80 de la loi 91-32 du 10 janvier 1991 qui autorise ceux-ci (donc les mineurs de 16 à 18 ans) à consommer ou à emporter des boissons alcoolisées. A noter que c'est aussi autour de cet âge qu'on recense les premiers consultants en CCAA. Les statistiques sur la France entière ne comprennent pas les données de la Corse.

L'ALCOOL ET SES CONSEQUENCES SUR LA SANTE

Evolution sur 18 ans des taux comparatifs* de mortalité par cirrhose du foie et psychose alcoolique selon le sexe



Source : INSERM SC8 Exploitation ORS
*Moyenne mobile sur trois ans

● Une baisse marquée de la mortalité liée à l'éthylisme chronique

En France métropolitaine, la baisse de la mortalité par cirrhose du foie et psychose alcoolique se poursuit depuis une quinzaine d'années, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.
En Alsace, la mortalité masculine n'a commencé à diminuer que vers le milieu des années 80, mais la forte baisse enregistrée jusqu'au début des années 90 (-45 % entre 1983 et 1991) a permis aux taux comparatifs de mortalité régionaux de se rapprocher de la moyenne nationale.
Pour les femmes en Alsace, la mortalité liée à l'éthylisme chronique a diminué au même rythme que sur l'ensemble du pays.

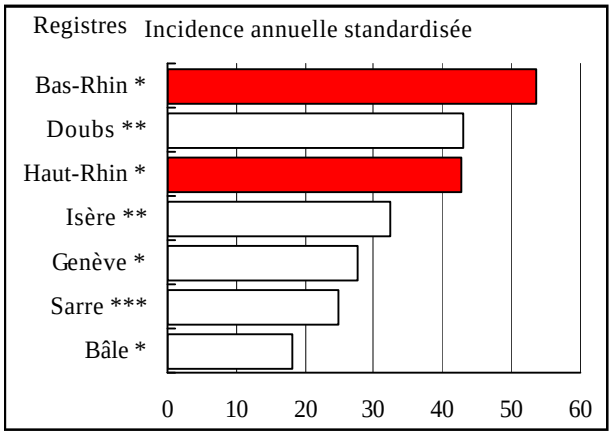
● Une incidence élevée en comparaison avec d'autres registres des cancers

En Alsace, l'incidence masculine des cancers des voies aéro-digestives supérieure (VADS) est particulièrement haute : en effet, avec des taux d'incidence standardisés (sur la population mondiale) de 53,6 cas pour 100 000 habitants et de 42,8 pour 100 000, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin arrivent respectivement en 1er et 3ème des départements ayant le taux d'incidence le plus élevé.

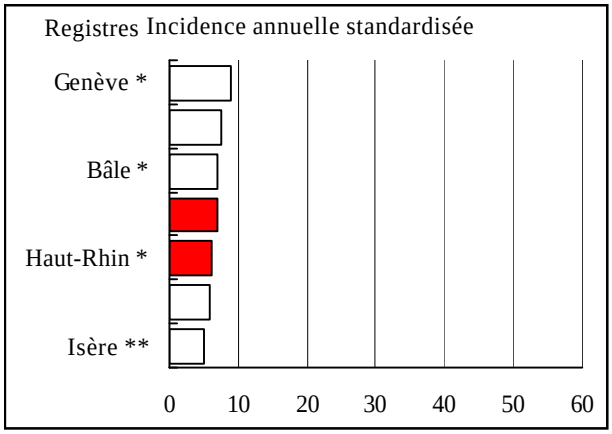
En ce qui concerne l'incidence féminine, la région se trouve dans une situation intermédiaire : le Bas-Rhin et le Haut-Rhin arrivent respectivement 4ème et 5ème, avec des taux d'incidence de 6,9 et de 6,0 pour 100 000 habitants.
On peut noter que les écarts d'incidence mesurés entre les différents registres sont ici beaucoup plus restreints que pour les valeurs masculines.

Comparaison de l'incidence des cancers des VADS entre registres

Sexe Masculin



Sexe Féminin



Source : Registre des Cancers 67 et 68
* 1994-96, ** 1993-95, *** 1995

Observatoire régional de la santé d'Alsace
4, rue de Lausanne 67000 Strasbourg ■ Tél. : 03.88.36.53.12 ■ Fax : 03.88.35.60.82
E-mail : info@orsal.org ■ Site Internet : www.orsal.org

Observatoire Régional de la Santé d'Alsace
4, rue de Lausanne 67000 Strasbourg
E-mail : info@orsal.org ■ Site Internet : www.orsal.org