



Ministère
de l'Emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère des Solidarités,
de la santé et de la famille



Études et Résultats



N° 405 • juin 2005

D'après l'enquête, réalisée en 2000, sur la prévalence des problèmes d'alcool chez les personnes ayant recours au système de soins « un jour donné », près de 20 % des patients à l'hôpital et en ville étaient considérés comme « usagers à risque ». Avec les seuils de consommation à risque proposés par l'OMS, plus sévères que ceux retenus initialement, les personnes qui déclarent des ivresses peu fréquentes ou une consommation comprise entre 22 et 28 verres par semaine deviennent également des « consommateurs à risque ». La proportion des personnes concernées passe alors à respectivement 26 % et 30 % chez les usagers de l'hôpital et de la médecine de ville. Des écarts peuvent par ailleurs exister entre le résultat des tests issus de l'interrogation des patients pour repérer les éventuels usages à risque de l'alcool, et l'avis des médecins sur l'existence ou non d'un problème d'alcool chez les personnes qui les consultent. Ainsi, 24 % des hommes à l'hôpital et 35 % en ville et, respectivement 7 et 11 % des femmes, sont classées différemment par les tests déclaratifs et les médecins. Dans la majorité des cas, le patient est considéré comme « usager à risque » par les tests mais « sans problème d'alcool » par le médecin. Ce type de discordance concerne particulièrement les jeunes et les personnes qui ne sont pas en situation de précarité, et qui ont des consommations d'alcool discontinues ou de niveau intermédiaire. Il est plus fréquemment observé en chirurgie. À l'inverse, les patients repérés « sans risque » par les tests déclaratifs alors qu'ils ont un « problème d'alcool » selon le médecin sont plus souvent des femmes et des personnes de 80 ans ou plus.

Florence CANOUI-POITRINE
et **Marie-Claude MOUQUET**, Drees
avec la collaboration de
Laure COM-RUELLE, Irdes

Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins

La consommation excessive et régulière d'alcool provoque un accroissement majeur des risques de pathologies organiques (tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures ou de l'œsophage, cirrhose du foie) et retentit sur la vie sociale et familiale. Certaines consommations ponctuelles peuvent, elles aussi, entraîner des dommages physiques (intoxication aiguë, accidents domestiques ou de la route), psychologiques et sociaux (actes de violence...). Un repérage des personnes considérées à risque peut permettre des prises en charge plus précoces et adaptées d'autant que, lorsqu'elles recourent au système de soins, elles ne mettent pas toujours en avant leurs problèmes liés à l'alcool.

Deux outils standardisés, l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) et le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), permettent de repérer les « usages à risque » de l'alcool (encadré 1). Trois questions de l'AUDIT (AUDIT-c) interrogent les personnes sur la fréquence et les quantités d'alcool qu'elles consomment. Le DETA,



à travers un questionnaire de la personne, repère qualitativement des signes d'abus et de dépendance à l'alcool. Ces deux questionnaires faisaient partie de l'enquête réalisée en 2000 auprès des personnes ayant recours au système de soins¹ « un jour donné » (encadré 2). L'avis du médecin sur l'existence ou non d'un problème d'alcool était également requis.

Le niveau du seuil de consommation à risque ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature. Néanmoins ceux définis par l'OMS sont actuellement largement repris et utilisés (encadré 3).

Lors de la réalisation de l'enquête en 2000, une procédure de classement des patients en fonction de leurs réponses à l'AUDIT-c avait été définie par un groupe d'experts selon un premier algorithme. Celui-ci a été revu depuis à partir de seuils plus sévères proposés par l'OMS (tableau 1). En effet, l'OMS cumule le nombre de verres consommés au cours de la semaine, sans s'en tenir au seul nombre de verres quotidiens. Ainsi, un homme qui consomme 7 à 9 verres d'alcool par jour mais de manière irrégulière dans la semaine (par exemple 4 à 6 fois, soit entre 28 et 54 verres au total) est classé « consom-

mateur à risque » selon les critères de l'OMS alors qu'il était auparavant considéré « sans risque ». Ensuite, le niveau de consommation « acceptable » pour les hommes est de 3 verres d'alcool par jour au maximum au lieu de 4 précédemment. Enfin, le seuil associé à l'ivresse est défini à partir d'une consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion et ce quelle qu'en soit la fréquence alors qu'il n'était pris en compte qu'à partir d'une fois par mois auparavant.

L'objectif de cette étude est double. Elle examine tout d'abord dans quelle mesure la modification des seuils de consommation à risque fait varier le classement des personnes ayant recours au système de soins entre les catégories d'« usagers sans risque » et celle d'« usagers à risque ». Elle s'attache dans un deuxième temps à comparer le résultat de l'interrogation des patients sur leurs problèmes d'alcool à partir des tests AUDIT-c et DETA aux avis formulés par les médecins.

Avec les seuils de consommation adoptés par l'OMS plus du quart des personnes ayant recours au système de soins est classé « usager à risque »

Avec les seuils proposés par l'OMS, la proportion de personnes classées « usagers à risque » est de 26 % et 30 %, respectivement parmi les personnes ayant recours à l'hôpital et à la médecine de ville « un jour donné ». Cette proportion était estimée à, respectivement, 20 % et 18 % selon la procédure précédente. Cette augmentation du nombre d'« usagers à risque » provient de la seule modification des seuils appliqués à l'AUDIT-c. Ainsi, par exemple, la proportion de consommateurs à « risque chronique » passe, chez

1. Une première publication, « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », *Études et Résultats*, n° 192, septembre 2002, Drees, a porté sur la mesure de la proportion des personnes ayant des comportements à risque d'alcoolisation excessive parmi celles ayant recours aux soins.

E • 1

Le repérage des usagers à risque de l'alcool à partir des deux tests déclaratifs et l'avis des médecins

AUDIT

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) a été mis au point par l'OMS afin de détecter les personnes dont la consommation d'alcool risque de causer des dommages de santé physique ou mentale dans le futur et celles dont la consommation est déjà responsable de problèmes. Il explore les douze derniers mois de l'individu. Les trois premières questions de l'AUDIT correspondent à une évaluation de la fréquence et de la quantité consommée et permettent de calculer un risque quantitatif.

Intitulé de l'AUDIT-c

- Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?
(jamais, 1 fois par mois ou moins, 2 à 4 fois par mois, 2 à 3 fois par semaine, 4 à 6 fois par semaine, tous les jours)

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

(1 ou 2, 3 ou 4, 5 ou 6, 7 à 9, 10 ou plus, sans objet)

- Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres ou davantage au cours d'une même occasion ?
(jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, une fois par semaine, tous les jours ou presque,)

DETA

Le test DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) est la traduction française du CAGE (Cut off, Annoyed, Guilty, Eye Opener) et a pour but le repérage de l'abus d'alcool et de la dépendance. Il explore la vie entière et a été validé en français. Il est positif si le nombre de réponses positives est supérieur ou égal à deux.

Intitulé du DETA

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? (oui, non)

- Votre Entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? (oui, non)

- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ? (oui, non)

- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool le matin pour vous sentir en forme ? (oui, non)

Ces outils sont actuellement reconnus comme fiables et performants pour repérer les personnes ayant un syndrome d'abus ou de dépendance mais également celles en amont de l'apparition de troubles liés à l'utilisation d'alcool. Néanmoins, les recommandations pour la pratique clinique établies en 2001 par la Société française d'alcoologie précisent que ces tests constituent des outils de repérage et non de diagnostic. Un résultat positif oriente vers un mésusage d'alcool ; en revanche, un résultat négatif ne permet pas d'écarter avec certitude l'éventualité d'un mésusage.

Avis du médecin

Le médecin répondait à la question suivante : « Le patient a-t-il un problème avec l'alcool ? » (oui, non).

procédure d'attribution d'un profil d'usage vis-à-vis de l'alcool

	Non-usage	Usage sans risque	Usage à risque
DETA	Négatif	Négatif	Positif
AUDIT-c	Non consommateur	Consommateur sans risque occasionnel ou régulier	Consommateur à risque ponctuel, chronique ou dépendant
Avis du médecin	Pas de problème d'alcool	Pas de problème d'alcool	Problème d'alcool

E•2

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

Cette enquête a été réalisée à la fin de l'année 2000 par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) pour la partie hospitalière et les Observatoires régionaux de la santé (ORS) pour la partie ambulatoire. Elle avait pour objectif principal, dans les populations ayant recours aux soins « un jour donné », de mesurer la proportion de personnes ayant un comportement d'alcoolisation excessive. Les objectifs secondaires étaient l'étude de la discordance entre les méthodes de repérage des comportements d'alcoolisation excessive et d'autre part, le lien entre motifs de recours aux soins et consommation excessive d'alcool, dans une perspective d'amélioration des modalités de prise en charge des patients ayant un comportement d'alcoolisation excessive.

L'enquête a été conçue en deux volets, l'un concernant l'hospitalisation en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation des secteurs publics et privés, l'autre concernant les médecins généralistes libéraux. Les échantillons constitués pour cette enquête totalisent 916 établissements et 37905 patients pour le volet hôpital et 1 844 médecins et 50372 patients pour le volet ville. Ces échantillons sont représentatifs des per-

sonnes de 16 ans ou plus ayant recours aux soins au niveau national et régional soit 327 566 patients un jour donné pour le volet hôpital et 5 384 566 patients une semaine donnée pour le volet ville. En médecine libérale, l'enquête couvre toutes les régions de France. Dans son versant hospitalier, l'Auvergne, la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion n'ont pas réalisé l'enquête.

Une première exploitation de l'enquête (Mouquet M-C, Villet Hervé, 2002) a mis en évidence que 20 % des patients présents dans un établissement de santé un jour donné et 18 % des patients vus par les médecins généralistes libéraux en consultation ou en visite ont été repérés comme ayant un usage à risque de l'alcool. Dans la population ayant recours aux soins, l'usage à risque d'alcool est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et dans la classe d'âge des 35-64 ans. De plus quels que soient l'âge et le sexe, l'usage à risque d'alcool est plus fréquent chez les patients chômeurs ou ayant un emploi précaire que chez ceux ayant un emploi stable. Il en est de même chez les personnes vivant dans des logements précaires ou sans abri aussi bien que chez les bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) ou de la Couverture maladie universelle (CMU).

**T
•01**

**repérage des consommateurs à risque à partir de l'AUDIT-c :
différences entre la méthode de classement établie initialement (1) et celle prenant en compte les critères de l'OMS**

	Non consommateurs		Consommateurs sans risque				Consommateurs à risque				Consommateurs à risque avec dépendance	
	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS
Fréquence (1 ^{re} question AUDIT-C)	Jamais	Jamais	4 à 6 fois par semaine au plus	Moins de 2 à 3 fois par semaine ET	Tous les jours ET	2 à 3 fois par semaine ou plus	4 à 6 fois par semaine au plus	-	Tous les jours ET	-	Tous les jours ET	-
Volumétrie (1 ^{re} et 2 ^e questions AUDIT-C)	-	-	-	Moins de 15 verres par semaine pour les femmes OU Moins de 22 verres par semaine pour les hommes	Moins de 3 verres par jour pour les femmes OU Moins de 5 verres par jour pour les hommes	Moins de 15 verres par semaine pour les femmes OU Moins de 22 verres par semaine pour les hommes	-	Moins de 15 verres par semaine pour les femmes OU Moins de 22 verres par semaine pour les hommes	Plus de 2 verres par jour pour les femmes OU Plus de 4 verres par jour pour les hommes	Entre 15 et 48 verres par semaine pour les femmes OU Entre 22 et 48 verres par semaine pour les hommes	Plus de 48 verres par semaine (hommes ou femmes) OU Plus de 48 verres par semaine (hommes ou femmes)	-
Consommation excessive ponctuelle (3 ^e question AUDIT-C)	-	-	Jamais OU inférieure à une fois par mois	Jamais	Jamais OU inférieure à une fois par mois	Jamais	Une fois par mois, une fois par semaine ou presque tous les jours	Moins d'une fois par mois ou une fois par mois	-	1 fois par semaine	-	Tous les jours ou presque

1. Études et Résultats n° 192, septembre 2002, Drees.

E•3

Les seuils de consommation à risque retenus par l'OMS

Pour l'usage régulier :

- pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

Pour l'usage ponctuel : jamais plus de 4 verres par occasion.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Le terme de verre désigne le « verre standard » ou unité internationale d'alcool (UIA) qui est la quantité « normalisée » délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. La taille des verres étant inversement proportionnelle à la concentration en alcool de la boisson, cette quantité correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets (considérés comme) positifs de sa consommation modérée.

Ces seuils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations ¹.

1) en cas de situation à risque :

- conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse ;
- poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc.

2) en cas de risque individuel :

- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs (psychotropes) qui potentialisent, souvent rapidement les effets psychotropes de l'alcool ;
- pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
- modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médicaments associés, de l'état psychologique... ;
- situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc).

1. Cette liste ne doit pas être considérée comme limitative.

Source : Société Française d'Alcoologie-Recommandations pour la pratique clinique-Alcoologie et addictologie, 2001.

les hommes hospitalisés, de 2,8 à 10,6 % du fait principalement de l'abaissement du seuil de consommation acceptable de 4 à 3 verres par jour (tableau 2).

L'augmentation de la proportion des personnes classées dans les catégories « à risque » selon l'AUDIT-c, le DETA ou l'avis du médecin est à cet égard plus importante chez les hommes (+11 et +20 points respectivement dans les volets hôpital et ville) que chez les femmes (+3,5 et +6,5 points) [tableau 3].

Ces passages d'une catégorie de consommateur à l'autre concernant au total 16 % des patients hospitalisés et 25 % de ceux vus par les médecins généralistes. Il s'agit principalement de passages de la catégorie de « buveur sans risque » à celle de « buveur à risque » (graphique 1). Le passage de la catégorie de « consommateur occasionnel ou régulier sans risque » à celle de « consommateur à risque ponctuel » s'explique par la prise en compte des ivresses peu fréquentes dans les critères de l'OMS². Il s'agit plus fréquemment

2. Consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion, et ce quelle que soit la fréquence, alors que l'algorithme initial ne retient l'événement qu'à partir d'au moins une fois par mois.

**T
•02**

classement des personnes de 16 ans ou plus ayant recours aux soins par le test AUDIT-c : différences entre la méthode de classement établie initialement et celle prenant en compte les critères de l'OMS (%)

	Hôpital-présents un jour donné N=37905				Ville- Patients vus une semaine donnée N=50372			
	Hommes (46,8)		Femmes (53,2)		Hommes (40,7)		Femmes (57,1) ⁽¹⁾	
	Clas- sement initial	Critères OMS	Clas- sement initial	Critères OMS	Clas- sement initial	Critères OMS	Clas- sement initial	Critères OMS
Non-consommateurs	19,8	19,8	34,3	34,3	11,7	11,7	29,0	29,0
Consommateurs occasion- nels sans risque	28,4	15,8	35,1	28,1	42,7	21,0	54,6	41,6
Consommateurs réguliers sans risque	13,9	12,1	5,3	8,3	23,3	18,6	8,4	13,5
Consommateurs à risque ponctuel	8,3	14,9	1,6	5,1	11,7	23,9	1,8	8,7
Consommateurs à risque chronique	2,8	10,6	1,3	2,1	4,9	18,8	2,4	3,2
Consommateurs à risque avec dépendance	4,8	6,2	1,0	1,4	2,6	3,2	0,5	0,7
Inclassables	22,0	20,6	21,4	20,7	3,1	2,8	3,3	3,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) La somme des proportions d'hommes et de femmes n'est pas égale à 100 % car pour 2,2 % des questionnaires dans le volet ville, le sexe n'était pas renseigné.

Champ : France entière.

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

T
•03

profils d'usage de l'alcool (1) des personnes de 16 ans ou plus ayant recours aux soins :
différences entre la méthode de classement établie initialement et celle prenant en compte les critères OMS (%)

	Hôpital- Présents un jour donné N=37905				Ville-Patients vus une semaine donnée N=50372			
	Hommes (46,8)		Femmes (53,2)		Hommes (40,7)		Femmes (57,1) ⁽²⁾	
	Clas- sement initial	Critères OMS	Clas- sement initial	Critères OMS	Clas- sement initial	Critères OMS	Clas- sement initial	Critères OMS
Non usage	13,3	13,3	27,2	27,2	9,1	9,1	26,9	26,9
Usage non à risque	47,6	36,5	55,9	52,4	58,7	38,3	64,0	57,3
Usage à risque	30,2	41,3	8,4	11,9	31,6	52,0	8,4	15,1
Inclassables	8,9	8,9	8,5	8,5	0,6	0,6	0,7	0,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) Profil déterminé à partir des résultats des tests AUDIT-c et DETA et de l'avis du médecin.

(2) La somme des proportions d'hommes et de femmes n'est pas égale à 100% car pour 2,2% des questionnaires dans le volet ville, le sexe n'était pas renseigné.

Champ : France entière.

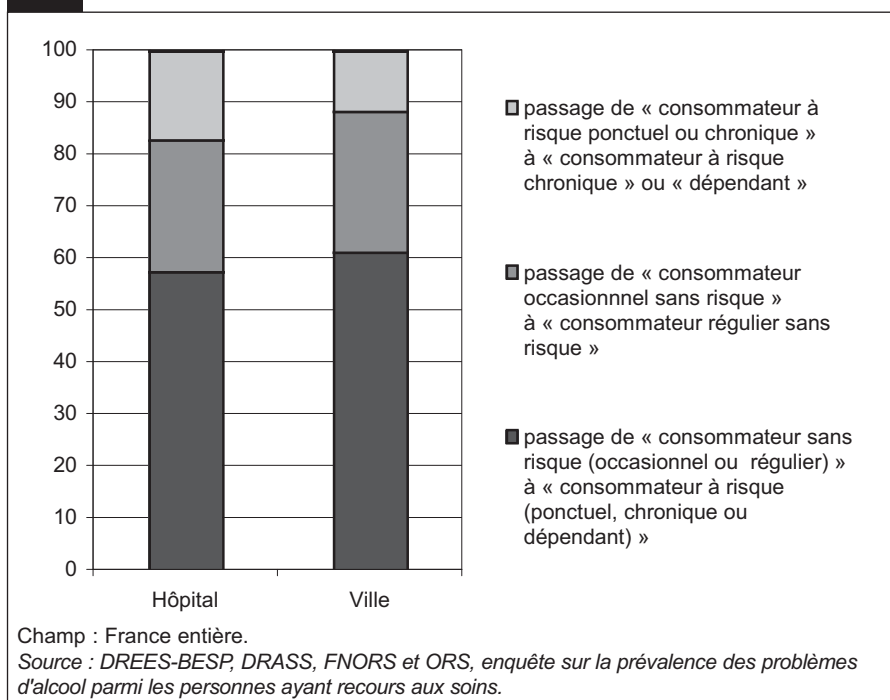
Source : DREES-BESP, DRASS, FNORS et ORS, enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours aux soins.

d'hommes de moins de 45 ans ayant un emploi stable. Par ailleurs, certains « consommateurs à risque ponctuel » deviennent des « consommateurs à risque chroniques ou dépendants ». Cela est lié à l'abaissement du seuil de consommation à risque qui passe pour les hommes de 28 verres à 21 verres par semaine en moyenne (encadré 3). Les personnes concernées sont plus souvent des plus de 45 ans et des retraités.

Parmi les patients classés « usagers à risque », en prenant en compte les seuils de consommation retenus par l'OMS, on observe une surreprésentation significative des hommes (75 % à l'hôpital et 71 % en ville contre 47 et 41 % dans l'ensemble des patients), des 25-64 ans (respectivement 68 et 70 % contre 48 et 59 %), des personnes ayant un domicile précaire ou sans abri (respectivement 9 et 2 % contre 5 et 1 %), et de celles bénéficiant du dispositif RMI/CMU (respectivement 14 et 9 % contre 7 % à l'hôpital et en ville).

G
•01

impact de l'utilisation des seuils de l'OMS sur le classement des consommateurs d'alcool avec le test AUDIT-c (%)



La mesure de la proportion des patients qui a un usage à risque de l'alcool varie de façon importante en fonction du seuil retenu pour définir la consommation à risque ce qui implique d'explicitier les seuils de consommation utilisés. Même si l'on a tenté ici de se rapprocher au plus près des critères retenus par l'OMS, la formulation de l'AUDIT-c ne permet pas tout à fait de prendre en compte l'intégralité de ses normes³. Il est donc probable que l'application stricte des normes OMS abou-

tirait à des valeurs encore plus élevées de la proportion des personnes classées « consommateurs à risque ponctuel ».

Un quart à un tiers des hommes est considéré comme « usager à risque » d'après leurs déclarations, mais « sans problème d'alcool » par le médecin

Pour comparer les tests issus de l'interrogation des patients à l'avis des

3. En ce qui concerne l'usage ponctuel, l'OMS recommande de ne pas consommer plus de 4 verres par occasion, or la 3^e question de l'AUDIT-c évalue le risque d'ivresse à partir d'une consommation ponctuelle de 6 verres par occasion.

médecins, les patients sont classés « usager à risque » si le résultat du test AUDIT-c ou celui du DETA est positif à partir de leurs déclarations. Les résultats de l'AUDIT-c et du DETA et l'avis du médecin concordent pour une grande majorité des personnes mais des écarts apparaissent pour une partie non négligeable d'entre elles (tableau 4).

Selon la première estimation, respectivement 14 % des hommes hospitalisés, 17 % de ceux consultant un médecin généraliste en ambulatoire et environ 4 % des femmes ont été classés différemment par les tests déclaratifs et par le médecin. Avec les nouveaux seuils issus des critères de l'OMS, les discordances apparaissent plus nombreuses, concernant respectivement 24 % et 35 % des hommes, 7 % et 11 % des femmes.

Une analyse des correspondances multiples permet de montrer qu'à la fois les non-consommateurs d'alcool et ceux qui déclarent des niveaux de consommation élevés (supérieurs à 28 verres par semaine) ou qui présentent une dépendance sont repérés de manière très concordante par les tests et par les médecins. En revanche, les appréciations sur la situation des personnes qui déclarent une consommation régulière et de niveau intermédiaire, et donc plus proche du seuil de consom-

mation à risque, sont plus souvent discordantes. Cela peut s'expliquer par une différence de nature entre des tests comme l'AUDIT-c et le DETA et l'appréciation portée de manière empirique par le praticien. En effet, les tests AUDIT-c et DETA font plutôt référence à une notion d'usage à risque de l'alcool, c'est-à-dire à « une conduite d'alcoolisation supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme »⁴. Le médecin a, quant à lui, répondu à la question « Le patient a-t-il un problème avec l'alcool ? » qui renvoie plutôt à l'idée d'usage nocif c'est-à-dire à une « conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence de dommages d'ordre médical, psychique ou social induits par l'alcool ». Ainsi, il est logique qu'une partie des patients soit des usagers à risque repérés par les tests AUDIT-c ou DETA, sans forcément avoir de « problème d'alcool » au sens d'un « usage nocif », c'est-à-dire de dommage avéré d'ordre médical, psychique ou social. Il n'est néanmoins pas exclu que ces écarts soient aussi liés au fait que les médecins ne se réfèrent pas aux mêmes normes pour juger des problèmes d'alcoolisation, notamment pour les consommations excessives peu

fréquentes et les consommations régulières de niveau intermédiaire, ou même qu'ils ne se focalisent pas toujours sur la prévention des problèmes d'alcool chez les patients qui consultent pour un autre motif.

La grande majorité des cas de discordance concerne des personnes classées « à risque » par les tests et « sans problème d'alcool » par les médecins. Ce type de discordance est beaucoup plus fréquent chez les personnes qui déclarent une consommation d'alcool ponctuelle (62 % chez les hommes et 82 % chez les femmes) que chez celles qui déclarent une consommation régulière. En outre, la moitié des patients concernés hospitalisés un jour donné et 60 % de ceux consultant en ville ont déclaré une consommation excessive d'alcool irrégulière et peu fréquente⁵. Ils ont été classés « sans problème d'alcool » par le médecin mais « consommateurs à risque ponctuel » selon les critères de l'OMS.

4. Société Française d'Alcoologie - Recommandations pour la pratique clinique - 2001.

5. Cf note 2.

6

T
•04 proportion de questionnaires discordants selon la méthode de classement établie initialement et celle prenant en compte les critères de l'OMS (%)

Discordance	Hôpital N=37905 Présents un jour donné				Ville N=50372 Vus une semaine donnée			
	Hommes (46,8)		Femmes (53,2)		Hommes (40,7)		Femmes (57,1) ⁽¹⁾	
	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS
Tests positifs/Avis du médecin négatif ⁽²⁾	12,1	22,1	2,9	6,2	14,7	34,5	4,1	10,5
Tests négatifs/Avis du médecin positif ⁽³⁾	2,1	1,4	0,9	0,7	2,1	0,7	0,5	0,3
Tests positifs/Avis du médecin positif ⁽⁴⁾	12,6	13,3	3,7	3,9	13,5	14,8	3,5	3,7
Tests négatifs/Avis du médecin négatif ⁽⁵⁾	49,2	39,3	69,1	65,8	65,6	45,9	87,7	81,2
Inclassables	24,0	23,9	23,4	23,4	4,1	4,1	4,2	4,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) La somme des proportions d'hommes et de femmes n'est pas égale à 100% car pour 2,2% des questionnaires dans le volet ville, le sexe n'était pas renseigné.

(2) Au moins un des deux tests AUDIT-c ou DETA est positif et le médecin considère que le patient n'a pas de problème d'alcool.

(3) Les tests AUDIT-c et DETA sont négatifs et le médecin considère que le patient a un problème d'alcool.

(4) Au moins un des tests AUDIT-c ou DETA est positif et le médecin considère que le patient a un problème d'alcool.

(5) Les tests AUDIT-c et DETA sont négatifs et le médecin considère que le patient n'a pas de problème d'alcool.

Champ : France entière.

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

Inversement, parmi l'ensemble des patients ayant recours aux soins « un jour donné », moins de 1 % des femmes et 1 à 2 % des hommes ont été classés « sans risque » par les tests et repérés comme ayant un « problème d'alcool » par le médecin. La majorité de ces patients rapportent effectivement une consommation d'alcool, mais près d'un tiers d'entre eux déclare n'avoir eu aucune consommation d'alcool au cours de l'année écoulée. La discordance observée avec l'avis du médecin pourrait dans ce cas être liée à la sous-déclaration de son niveau de consommation réel par le patient, phénomène déjà mis en évidence antérieurement, voire dans certains cas à un déni de l'usage d'alcool. Ceci met en évidence l'intérêt de la perception du médecin fondée sur l'examen clinique et la connaissance de son patient, particulièrement en ville (encadrés 4 et 5).

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes repérées comme des usagers à risque au terme des tests déclaratifs et de l'avis du médecin sont par ailleurs intéressantes à comparer⁶.

Les personnes classées « à risque » par les tests déclaratifs alors qu'elles n'ont pas de problème d'alcool selon le médecin : beaucoup de 16-24 ans

La proportion la plus forte de patients classés « à risque » par les tests déclaratifs et pour lesquels le médecin a conclu à l'absence de problème d'alcool est observée chez les jeunes de 16 à 24 ans ayant recours aux soins (tableau 5). De tels écarts sont proportionnellement moins fréquents pour les personnes d'âge intermédiaire (45-64 ans). Deux hypothèses peuvent

expliquer ce constat. D'une part les 16-24 ans déclarent plus souvent que les autres classes d'âge une consommation ponctuelle ou discontinue, et pourraient donc à ce titre être moins souvent repérés à risque par les médecins. D'autre part les consommations déclarées par les personnes de 65 ans ou plus sont plus faibles que celles de la classe d'âge intermédiaire (45-64 ans), et notamment plus souvent comprises entre 22 et 28 verres par semaine, ce qui peut plus fréquemment conduire le médecin à estimer que le patient n'a pas de problème d'alcool alors que son niveau de consommation est légèrement supérieur au seuil de consommation à risque retenu par l'OMS.

Ce type de discordance est en outre significativement moins important pour les chômeurs et les personnes occupant un emploi à durée déterminée que pour celles occupant un emploi stable. De même, il est moins fréquent pour les personnes bénéficiant du RMI ou de la CMU et pour celles ayant un domicile précaire (ou sans abri) que chez celles qui ont un domicile stable. Ces résultats sont confirmés par l'analyse « toutes choses égales par ailleurs ». En effet, parmi les patients repérés comme « à risque », les niveaux de consommation déclarés par les chômeurs, les personnes ayant un emploi à durée déterminée, celles qui ont un domicile précaire ou celles qui bénéficient des minima sociaux sont en moyenne plus élevés et conduisent donc moins souvent à des discordances, le risque étant repéré à la fois par les tests déclaratifs et par le médecin. Les personnes qui ne sont pas en situation de précarité déclarent, quant à elles, plus fréquemment des niveaux de consommation proches des seuils de consommation à risque définis par l'OMS et sont donc plus souvent dans une zone de consommation pouvant donner lieu à des écarts avec l'avis médical.

Enfin, c'est dans les services de psychiatrie que les écarts entre tests déclaratifs et avis du médecin sont les moins fréquents alors qu'ils le sont davantage en chirurgie. En effet, la proportion des patients qui déclarent des consommations proches des seuils de consommation à risque est plus faible en psychiatrie que dans les autres disci-

plines. Le motif d'hospitalisation y est en outre fréquemment associé à un problème d'alcool (demande de sevrage, troubles psychiatriques secondaires à l'abus d'alcool...). C'est au contraire en chirurgie que la proportion de patients déclarant une consommation ponctuelle d'alcool est la plus importante, même s'il ne faut pas exclure que l'attention des médecins soit aussi dans ces services moins portée sur ce type de problèmes.

En ville, les caractéristiques du médecin (sexe, ancienneté d'installation, taille de la commune dans lequel il est installé) n'apparaissent pas, ou très faiblement, toutes choses égales par ailleurs, associées aux écarts d'appréciation de la situation de leurs patients vis-à-vis de l'alcool. Néanmoins, les médecins femmes ont apprécié ces situations de façon un peu plus souvent discordante que leurs confrères masculins. Elles prennent en effet en charge davantage de jeunes et de femmes, qui ont des consommations d'alcool plus volontiers discontinues ou intermédiaires, et qui ont donc plus souvent tendance à être considérés de manière différente par les tests et par les médecins.

Les personnes classées « sans risque » par les tests déclaratifs et qui ont un problème d'alcool d'après le médecin : une discordance plus fréquente pour les femmes et les personnes de 80 ans ou plus

Parmi l'ensemble de la population des personnes ayant eu recours au système de soins « un jour donné », les femmes ont été classées beaucoup moins souvent que les hommes comme présentant un risque d'alcoolisation, et les écarts entre les résultats des tests issus de leurs déclarations et l'avis du médecin ont aussi été moins fréquents. Toutefois, parmi les seuls patients repérés comme « à risque » par une des trois méthodes, les cas ne faisant pas apparaître de risque à partir des déclarations des patients mais pour lesquels le médecin a notifié la présence d'un problème d'alcool, sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes. Cette différence est confirmée par

6. Les variables étudiées sont d'une part les caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, sexe, type d'emploi, de domicile, bénéfice ou non du RMI ou de la CMU) et d'autre part les caractéristiques des soignants (discipline d'hospitalisation pour le volet hôpital, sexe du médecin, ancienneté d'installation et taille de la commune d'installation pour le volet ville). L'analyse de la discordance « toutes choses égales par ailleurs » a pris en compte l'ensemble de ces variables. L'algorithme de l'AUDIT-c, choisi pour cette analyse, est celui élaboré à partir des normes proposées par l'OMS.

T
• 05

caractéristiques sociodémographiques des patients ayant recours aux systèmes de soins repérés
à risque d'alcoolisation excessive par les tests déclaratifs et/ou le médecin (%)

	Hôpital (N=37905) - Présents un jour donné			Ville (N 50372) - Vus une semaine donnée		
	Usage à risque	Tests positifs/ Avis du médecin négatif ⁽¹⁾	Tests négatifs/ Avis du médecin positif ⁽²⁾	Usage à risque	Tests positifs/ Avis du médecin négatif ⁽¹⁾	Tests négatifs/ Avis du médecin positif ⁽²⁾
Sexe						
Homme ⁽³⁾	41,3	53,4	3,4	52,0	66,3	1,4
Femme	11,9	51,6	6,2	15,1	69,7	2,2
Âge						
16-24ans	29,7	77,2	-	29,7	83,3	-
25-44ans	35,7	49,6	1,8	35,7	72,5	0,9
45-64ans	37,8	44,8	4,2	36,3	59,4	1,8
65-79 ans	19,0	62,7	6,7	23,7	65,4	2,7
80 et plus	7,1	67,7	9,5	10,9	74,1	3,6
Emploi						
Stable	39,4	61,8	1,6	37,8	73,9	1,1
Précaire	50,6	48,6	-	40,0	58,2	1,4
Chômage	61,7	29,6	1,7	45,0	42,9	1,5
Retraité	18,4	62,1	7,0	24,6	65,5	2,5
Au foyer	15,2	49,0	3,3	13,8	59,9	2,6
Domicile						
Stable	26,4	56,1	3,9	30,3	68,1	1,6
Précaire ou Sans Abri	45,6	28,3	5,3	49,9	28,5	-
RMI/CMU						
oui	47,4	33,3	3,5	38,5	41,2	2,2
non	25,7	57,4	4,4	30,2	70,3	1,5
Service d'hospitalisation						
Médecine	24,4	51,9	5,0			
Chirurgie	26,1	71,4	2,3			
Soins de suite et de réadaptation	23,1	51,9	5,0			
Psychiatrie	34,8	31,9	4,4			
Sexe du médecin						
Homme				29,8	66,3	1,5
Femme				30,4	70,6	1,4

(1) Au moins un des deux tests AUDIT-c ou DETA est positif et le médecin considère que le patient n'a pas de problème d'alcool.

(2) Les tests AUDIT-c et DETA sont négatifs et le médecin considère que le patient a un problème d'alcool.

(3) Lecture : 41,3 % des hommes hospitalisés un jour donné ont un usage à risque de l'alcool d'après l'une des trois méthodes de repérage. Parmi ces derniers, pour 53,4 % les tests sont positifs mais le médecin considère qu'il n'y a pas de problème d'alcool et pour 3,4 % les tests déclaratifs sont négatifs mais le médecin considère qu'il existe un problème d'alcool.

Champ : France entière.

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

8

l'analyse « toutes choses égales par ailleurs ». De même, les discordances de ce type sont proportionnellement plus nombreuses chez les personnes de 80 ans ou plus et augmentent d'ailleurs régulièrement avec l'âge, cette différence persistant après prise en compte des autres caractéristiques sociodémogra-

phiques. L'explication qui peut être évoquée ici serait l'existence d'une plus forte sous-déclaration des problèmes de consommation d'alcool chez les femmes et aux âges élevés ou le fait que ces problèmes polarisent davantage l'attention des médecins pour eux que pour les hommes adultes.

Ni les autres caractéristiques sociodémographiques des patients (type d'emploi, de domicile, bénéfice ou non de minima sociaux) ni le type de service d'hospitalisation n'apparaissent par contre, au terme de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs », liés à ce type de discordance. ●

E•4

Les écarts entre les résultats du test AUDIT-c et l'avis du médecin

Dans l'enquête réalisée à l'hôpital et en ville, 26 % à 38 % des hommes et 6 à 10 % des femmes, qui n'ont pas de problème d'alcool d'après le médecin, sont classés « consommateurs à risque » par le test AUDIT-c.

Inversement, 17 % et 12 % des hommes qui ont, selon l'enquête, un problème d'alcool d'après le médecin sont classés « consommateurs sans risque » par l'algorithme décisionnel de l'AUDIT-c élaboré à partir des normes OMS (tableaux a et b). Ces proportions sont de 21 % et 23 % pour les femmes.

Ces résultats sont nécessairement liés au seuil de consommation à risque choisi. Ainsi, dans le volet hôpital, lorsque l'on applique l'algorithme initial de l'AUDIT-c, la proportion d'hommes classés « consommateur à risque » par le test mais qui n'ont pas de problème d'alcool d'après le médecin diminue de 26 % à 8 % pour les hommes et de 6 % à 1,5 % pour les femmes. Inversement, la proportion de patients classés « consommateur sans risque » par le test mais qui ont un problème d'alcool d'après le médecin passe de 17 % à 29 % pour les hommes et de 21 % à 31 % pour les femmes.

Ces différences s'expliquent par la modification du seuil de risque : le nouvel algorithme proposant des normes de consommation plus sévères, une plus grande proportion de patients est repérée « à risque » par le test tout en restant classée dans la catégorie « sans problème d'alcool » par le médecin.

tableau a – écarts entre l'avis du médecin et le résultat du test AUDIT-c chez les patients de 16 ans ou plus hospitalisés un jour donné selon la méthode de classement établie initialement et celle prenant en compte les critères de l'OMS (%)

Avis du médecin	Problème d'alcool (11,9)				Pas de problème d'alcool (73,9) ⁽¹⁾			
	Hommes (73,3)		Femmes (26,7)		Hommes (42,8)		Femmes (57,2)	
	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS
Non-consommateurs	6,5	6,5	7,2	7,2	25,3	25,3	38,8	38,8
Consommateurs occasionnels sans risque	14,3	4,8	18,3	6,8	34,8	20,3	39,5	32,1
Consommateurs réguliers sans risque	8,6	5,5	5,4	7,1	16,7	14,9	5,9	9,2
Consommateurs à risque ponctuel	20,3	14,8	15,5	12,3	6,3	16,1	0,8	5,1
Consommateurs à risque chronique	10,3	24,2	14,6	23,7	1,3	8,6	0,6	1,0
Consommateurs à risque avec dépendance	24,9	31,6	18,5	25,7	0,8	1,1	0,1	0,1
Inclassables	15,1	12,6	20,5	17,2	14,8	13,7	14,3	13,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) La proportion de patients sans et avec un problème d'alcool selon le médecin n'est pas égale à 100 % car pour 14,2 % des questionnaires, l'avis du médecin n'était pas renseigné.

Champ : France entière.

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

tableau b – écarts entre l'avis du médecin et le résultat du test AUDIT-c chez les patients de 16 ans ou plus consultant en médecine générale une semaine donnée selon la méthode de classement établie initialement et celle prenant en compte les critères de l'OMS (%)

Avis du médecin	Problème d'alcool (8,7)				Pas de problème d'alcool (86,5) ⁽¹⁾			
	Hommes (73,1)		Femmes (26,4)		Hommes (38,2)		Femmes (61,4) ⁽²⁾	
	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS	Classement initial	Critères OMS
Non-consommateurs	2,7	2,7	5,9	5,9	13,5	13,5	30,2	30,2
Consommateurs occasionnels sans risque	13,4	2,6	24,8	6,7	48,8	25,0	56,4	43,6
Consommateurs réguliers sans risque	16,8	6,2	6,1	10,4	24,8	21,1	8,6	13,9
Consommateurs à risque ponctuel	27,1	16,7	14,0	15,3	8,6	25,4	1,2	8,4
Consommateurs à risque chronique	22,1	51,2	34,4	43,9	1,6	12,5	1,0	1,4
Consommateurs à risque avec dépendance	14,8	18,5	11,2	15,0	0,3	0,4	–	–
Inclassables	3,1	2,1	3,6	2,8	2,4	2,1	2,6	2,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) La proportion de patients sans et avec un problème d'alcool selon le médecin n'est pas égale à 100 % car pour 4,8 % des questionnaires, l'avis du médecin n'était pas renseigné.

(2) La somme des proportions d'hommes et de femmes n'est pas égale à 100 % car pour 2,2 % des questionnaires, le sexe n'était pas renseigné.

Champ : France entière.

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

Les écarts entre les résultats du test DETA et l'avis du médecin

La confrontation du résultat du test DETA à l'appréciation du médecin, issue de l'enquête, fait apparaître que 18 % des hommes et 19,5 % des femmes ayant recours aux soins hospitaliers « un jour donné » ont un problème d'alcool d'après le médecin mais un test DETA négatif, ces proportions étant de 27 % et 23 % pour les usagers de soins en ville (tableaux c et d). Ces différences correspondent à la situation où le patient ne déclare pas de mésusage de l'alcool au travers des quatre questions du DETA alors que le médecin repère un problème d'alcool.

Environ 10 % des hommes n'ayant pas de problème d'alcool d'après le médecin ont au contraire un test DETA positif, cette proportion étant de 2,5 % chez les femmes. Dans ce cas, il s'agit plus souvent d'abus que de dépendance : en effet ceux qui ont répondu positivement à la 4^e question du DETA, qui explore plus spécifiquement le problème de dépendance (Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?) ne sont que rarement classés par le médecin « sans problème d'alcool » (1 %). De plus, le DETA explorant la vie entière, les patients qui ont eu un problème d'alcool et abstinents au moment de l'enquête ont de fortes chances d'avoir un test DETA toujours positif alors que le médecin peut considérer dans certains cas que le patient n'a plus de problème d'alcool.

tableau c – écarts entre l'avis du médecin et le résultat du test DETA chez les patients de 16 ans ou plus hospitalisés un jour donné (%)

Avis du médecin DETA	Problème d'alcool (11,9)		Pas de problème d'alcool (73,9)	
	Hommes (73,3)	Femmes (26,7)	Hommes (42,8)	Femmes (57,2)
Positif	70,3	66,3	11,8	2,5
Négatif	18,2	19,5	72,8	81,1
Inclassables	11,5	14,2	15,4	16,4
Total	100	100	100	100

(1) La proportion de patients sans et avec un problème d'alcool selon le médecin n'est pas égale à 100 % car pour 14,2 % des questionnaires, l'avis du médecin n'était pas renseigné.

Champ : France entière.

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

tableau d – écarts entre le résultat du test DETA et l'avis du médecin chez les patients de 16 ans ou plus consultant en médecine générale une semaine donnée (%)

Avis du médecin DETA	Problème d'alcool (8,7)		Pas de problème d'alcool (86,5) ⁽¹⁾	
	Hommes (73,1)	Femmes (26,4)	Hommes (38,2)	Femmes (61,4) ⁽²⁾
Positif	70,6	75,0	10,7	2,6
Négatif	27,1	23,0	87,8	95,6
Inclassables	2,3	2,0	1,5	1,8
Total	100	100	100	100

(1) La proportion de patients sans et avec un problème d'alcool selon le médecin n'est pas égale à 100 % car pour 4,8 % des questionnaires, l'avis du médecin n'était pas renseigné.

(2) La somme des proportions d'hommes et de femmes n'est pas égale à 100 % car pour 2,2 % des questionnaires, le sexe n'était pas renseigné.

Champ : France entière.

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

Pour en savoir plus

- Inserm, 2003, *Alcool, Expertise Collective, Dommages Sociaux Abus et Dépendance*, Février.
- MOUQUET M.-C., VILLET H., 2002, « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », *Études et Résultats*, n° 192, septembre, Drees.
- MOUQUET M.-C., VILLET H., 2003, « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », Document de travail, n° 53, juin, Drees.
- Anaes, 2001, *Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins*. Septembre, 25 p.
- Inpes, 2004, *Alcool, les conseils de consommations et les seuils à ne pas dépasser*, Dossier Spécial Actualités Alcool, n° 20, juillet/août.
- Société française d'alcoologie, 2001, *Recommandations pour la pratique clinique – Alcoologie et addictologie*.
- COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LATIL E., LENGAGNE P., 2005, « Prévalence et déterminants des problèmes d'alcool en population générale en France en 2002 » (titre provisoire), Rapport Irdes, à paraître en juin.
- COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LATIL E., LENGAGNE P., 2005, « Prévalence des problèmes d'alcool en France : comparaison de deux enquêtes en population générale » (titre provisoire), Questions d'économie de la santé, Irdes, à paraître en juin.
- COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LATIL E., LENGAGNE P., 2005, « Les déterminants socioéconomiques des problèmes d'alcool en France en population générale » (titre provisoire), Questions d'économie de la santé, Irdes, à paraître en juin.

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »

n° 1, janvier-mars 2005

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Études sur les dépenses de santé »

n° 1, janvier-mars 2005

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

- et aussi...

Statiss, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr