

L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype

François Beck, Stéphane Legleye et Stanislas Spilka*

À partir de quelques questions, l'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds offre un regard sur les niveaux d'alcoolisation des différentes catégories de personnes sans domicile qui ont recours à ces services. Cet effort de quantification permet de mettre en évidence la diversité des pratiques au sein de cette population. Des distinctions nettes apparaissent suivant le type d'hébergement et de ressources, mais aussi suivant l'âge, le sexe et la nationalité des répondants. À la grande diversité des situations sociales rencontrées correspond ainsi une grande variété de comportements à l'égard de l'alcool. Les personnes de nationalité française apparaissent ainsi plus souvent consommatrices, tandis que les usages les plus importants s'avèrent liés aux situations de précarité les plus marquées.

Il est possible, dans une certaine mesure, de comparer les niveaux d'usage d'alcool déclarés par les personnes sans domicile avec ceux observés au sein de la population générale par le biais d'enquêtes auprès des ménages. Cette comparaison reste fragile sur le plan méthodologique, mais elle montre que l'alcool n'est pas toujours aussi présent dans les parcours des personnes sans domicile que dans l'imaginaire collectif.

Ce constat général doit toutefois être nuancé par l'examen des signes d'usages problématiques d'alcool : la proportion de personnes semblant présenter d'importants risques d'usage nocif ou de dépendance à l'alcool apparaît nettement plus élevée au sein de la population des personnes sans domicile que dans la population générale, en particulier parmi les individus dont les situations sociales sont les plus difficiles.

* François Beck, Stéphane Legleye et Stanislas Spilka appartiennent à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Les études sur les usages de substances psychoactives des personnes sans domicile sont relativement nombreuses aux États-Unis (Koegel *et al.*, 1990) comme en Australie (Herrman *et al.*, 1989), au Canada (Fournier et Mercier, 1996) et en Europe (Fichter *et al.*, 1996 ; OPCS, 1996 ; Kovess et Mangin-Lazarus, 1999). Celles menées en particulier sur l'alcoolisation présentent des prévalences pouvant varier fortement d'une enquête à l'autre (Fisher *et al.*, 1987 ; 1989 ; Schutt et Garrett, 1992 ; Fournier et Mercier, 1996 ; Fountain *et al.*, 2003). La diversité des résultats reflète en grande partie celle des populations cibles, des méthodologies employées (types d'échantillon et de sélection des individus) et des indicateurs utilisés (alcoolisme, usage occasionnel, usage régulier, etc.). En France, les recherches menées par l'observatoire du Samu social de Paris (1998 ; 1999) ou l'association Vie Libre (Dabit et Ducrot, 1999), toutes deux auprès d'environ 300 personnes vivant dans la rue, ont mis en évidence une alcoolisation excessive très présente (trois quarts des personnes environ consommeraient quotidiennement de l'alcool, avec d'importantes quantités moyennes déclarées), mais elles portent sur une frange particulièrement précarisée des individus sans domicile.

L'enquête *auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds dite Sans-domicile 2001* réalisée en France auprès d'un échantillon de 4 084 utilisateurs francophones dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants, comporte au sein du module *santé* quatre questions (1) relatives à la consommation d'alcool (cf. encadré 1). La première question permet, de manière très synthétique, de qualifier l'usage actuel de boissons alcoolisées. Les trois suivantes sont inspirées du test clinique DETA (2) censé repérer les usagers d'alcool présentant des risques d'alcoolodépendance. Cette enquête permet ainsi d'examiner les particularités d'usage d'une population fortement précarisée qui reste mal connue en France et de reconsidérer un certain nombre de préjugés qui attribuent systématiquement aux personnes sans domicile une consommation excessive d'alcool, sans tenir compte de la diversité des populations et des situations concernées. L'étude porte plus particulièrement sur les personnes de l'échantillon qui sont sans domicile : elles ne vivent pas nécessairement dans la rue mais leurs conditions d'hébergement (3) sont toujours temporaires, souvent précaires et parfois inexistantes. En conséquence, les personnes qui ont déclaré être propriétaires, locataires ou encore logées

par leur employeur ont été écartées de l'analyse (soit 278 individus).

Une consommation actuelle d'alcool qui apparaît globalement modérée...

Sur l'ensemble de l'échantillon des personnes sans domicile, la moitié des individus déclarent consommer actuellement de l'alcool (vin, bière ou alcool), principalement les hommes (60 % *versus* 27 %). Il convient d'emblée de noter que, comme souvent dans les enquêtes en population générale, il y a une ambiguïté sur des produits tels que le cidre dès lors qu'une question *ad hoc* n'est pas posée ou qu'il n'est pas explicitement cité dans les exemples, ce produit étant parfois considéré comme n'étant pas « de l'alcool » (Ancel et Gaussoit, 1998), notamment par les adolescents, comme a pu le montrer l'analyse des commentaires libres d'une récente enquête interrogeant les adolescents sur leur consommation d'alcool (Beck *et al.*, 2003a).

Si, parmi les hommes, une majorité déclare boire actuellement quelle que soit la tranche d'âge, ceux âgés de 45 à 54 ans se démarquent par une consommation plus répandue (cf. graphique I). De plus, ces derniers sont plus nombreux que le reste des hommes à déclarer une consommation fréquente (22 % *versus* 16 %). Parmi les femmes, les proportions sont très différentes puisque seul un quart des femmes déclare consommer de l'alcool actuellement, à l'exception de celles âgées de 45 à 54 ans, pour lesquelles cette consommation est plus répandue (la proportion est supérieure de 12 points à celle de l'ensemble des femmes). Les femmes se distinguent aussi nettement des hommes par leur très faible niveau de consommation fréquente, inférieur ou égal à 3 % quelle que soit la tranche d'âge.

De façon générale, le constat d'une alcoolisation nettement masculine s'inscrit dans des

1. « Actuellement, vous arrive-t-il de boire du vin, de la bière ou de l'alcool ? » : « souvent » ; « occasionnellement » ; « jamais ».

« Au cours des douze derniers mois, avez-vous ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? »

« Au cours des douze derniers mois, votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? »

« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? »

2. Diminuer, Entourage, Trop, Alcool. Il s'agit d'une traduction du test américain CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

3. Les hébergements déclarés la veille de l'interview recouvrent l'ensemble des types d'habitation mobilisés généralement par les personnes sans domicile : il peut s'agir de centres d'hébergement de moyen séjour (CHRS, centre maternel, FJT), de chambres d'hôtel, de centres d'hébergement d'urgence (asile de nuit) gérés par des associations ou des organismes publics ou d'habitations de fortune (squats, espaces publics, etc.).

LES SOURCES MOBILISÉES

L'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds

La méthode utilisée par l'Insee pour atteindre les sans-domicile a consisté à prendre contact avec les personnes par l'intermédiaire des services d'aide qu'elles fréquentent. Les services retenus étaient d'une part l'hébergement, puisqu'une partie des sans-domicile est définie par le fait qu'ils fréquentent ce type de structures et d'autre part les distributions de repas chauds sans lesquelles il serait impossible de contacter les sans-domicile qui dorment dans la rue sans jamais se rendre dans les centres. Ainsi, dans le prolongement des travaux précurseurs de l'Ined en France (Marpsat et Firdion, 2000), l'Insee a interrogé en janvier 2001 environ 4 000 personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas chauds, dans 80 agglomérations de la France métropolitaine de plus de 20 000 habitants.

La période de collecte, en hiver, a été déterminée en fonction du moment de l'année où les personnes sans-domicile ont tendance à fréquenter davantage les structures d'aide, lorsque l'offre de services est la plus importante.

Afin d'éviter les doubles comptes, les enquêteurs ont demandé aux personnes interrogées quels lieux d'hébergement ou de restauration gratuite elles avaient fréquentés pendant la semaine écoulée. Néanmoins, plusieurs catégories de sans-domicile n'ont pas été prises en compte comme ceux, en premier lieu, qui dorment dans la rue pour une période de temps courte et ne font pas appel à un centre ou à une distribution de repas (par exemple, dans le cas de violences conjugales ponctuelles). L'enquête n'atteignait pas non plus les sans-domicile dormant dans la rue de longues périodes de temps, connaissant le circuit d'assistance mais ne voulant pas y faire appel, ni ceux qui étaient présents dans les agglomérations dépourvues de services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. Il s'agit principalement d'agglomérations de petites tailles dans lesquelles on peut supposer que la précarité résidentielle conduise moins à dormir dans des lieux publics qu'à loger dans des constructions provisoires ou des habitations de fortune telles que les baraques de chantier, les caravanes immobilisées ou les locaux agricoles transformés en logement. Enfin, les entretiens ayant été réalisés en français uniquement, les locuteurs non-francophones n'ont pas pu être enquêtés de manière détaillée. Ils ont néanmoins été dénombrés et représentent 14,5 % de l'ensemble des usagers et 10,5 % de la population sans domicile (cf. Brousse, 2006, ce numéro, pour de plus amples détails sur cette enquête).

Les enquêtes en population générale : ENVEFF et le Baromètre Santé

En 2000, ont eu lieu deux enquêtes dont les résultats peuvent être comparés à l'enquête *auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds*. Il s'agit de l'enquête ENVEFF sur les violences envers les femmes en France (Jaspard *et al.*, 2003) et du *Baromètre santé*, enquête sur les comportements de santé (Guilbert *et al.*, 2001). L'enquête ENVEFF a été commanditée en 1997 par le service des Droits des femmes, coordonnée par l'institut de démographie de l'université Paris I (Idup) et réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs (CNRS, Ined, Inserm, Université). Quant au *Baromètre Santé*, sa création a été décidée en 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), actuel Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en relation avec les grands organismes nationaux en charge des problèmes de santé. L'exercice 2000 a ainsi été mis en place avec le concours de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Direction générale de la santé (DGS), la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), le Haut comité de santé publique (HCSP) et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Cette enquête mesure l'état des comportements, des attitudes, des opinions et des connaissances de la population enquêtée et donne des informations d'ordre déclaratif sur les grands thèmes de santé.

Ces deux enquêtes ont été menées par téléphone avec un système de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). L'échantillon était, dans les deux cas, issu d'un sondage aléatoire à deux degrés (ménage puis individu) ce qui permet l'interrogation de personnes inscrites sur la liste rouge. Les numéros de téléphone des ménages ont d'abord été obtenus par tirage aléatoire dans l'annuaire téléphonique. Chaque numéro s'est ensuite vu incrémenté du chiffre 1, la liste contenant alors un certain nombre de numéros de ménages de la liste rouge. Une pondération par la probabilité de tirage au sein du ménage a été réalisée, suivie d'un redressement sur les structures métropolitaines selon les groupes d'âge, les catégories socioprofessionnelles, le statut d'activité et le statut matrimonial, obtenus à partir des données du recensement de 1999. L'échantillon ENVEFF comptait 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans et celui du *Baromètre santé* 13 685 personnes âgées de 15 à 75 ans.

pratiques et des représentations sociales de la consommation d'alcool fortement différenciées selon le genre. Cette distinction se retrouve pour la plupart des substances psychoactives

(Coppel, 2004), à l'exception notable du tabac, les fumeuses étant depuis quelques années aussi nombreuses que leurs homologues masculins. Parmi les hommes, une sociabilité alcoolici-

sée s'avère fréquemment associée à l'idée de convivialité, de robustesse et de valeurs viriles (Dunning et Maguire, 1995), au point qu'elle s'avère même parfois indispensable pour intégrer un groupe social (Castelain, 1994). À l'opposé, pour les femmes, ce type d'alcoolisation a longtemps été vécu comme une débauche d'autant plus inacceptable qu'elle sortait de la sphère familiale et s'affichait publiquement. Cependant, cette conception de l'alcoolisation féminine tend progressivement à disparaître. La consommation d'alcool parmi les femmes apparaît désormais plus fréquemment associée à des valeurs positives telles que l'émancipation et l'indépendance (Eriksen, 1999).

La population féminine sans domicile, qui apparaît moins consommatrice d'alcool que celle des hommes, reste sensible à la stigmatisation sociale de la femme buveuse (4) (Bahr et Garrett, 1976). Si cette moindre consommation protège un bon nombre d'entre-elles des conséquences négatives de l'abus d'alcool telle que la dépendance (Fournier et Mercier, 1996), elle s'accompagne de conséquences néfastes sur le plan social : dans leur étude, Bahr et Garrett constatent en effet que les femmes itinérantes se cachent parfois pour boire, se privant ainsi finalement de la socialisation par le *bottle gang*, sorte de tissage du lien social au travers de l'alcoolisation, à laquelle ont recours les hommes (Rubington, 1968). Soulignons néanmoins que,

même parmi les hommes, un sentiment de honte lié au statut de buveur peut s'avérer très présent, notamment dans un contexte de précarité sociale, comme le souligne Vincent de Gaulejac (1996, p. 246) : « *L'alcoolique est un spécialiste de la honte et du mépris. Il vit en permanence dans la crainte du jugement des autres* ».

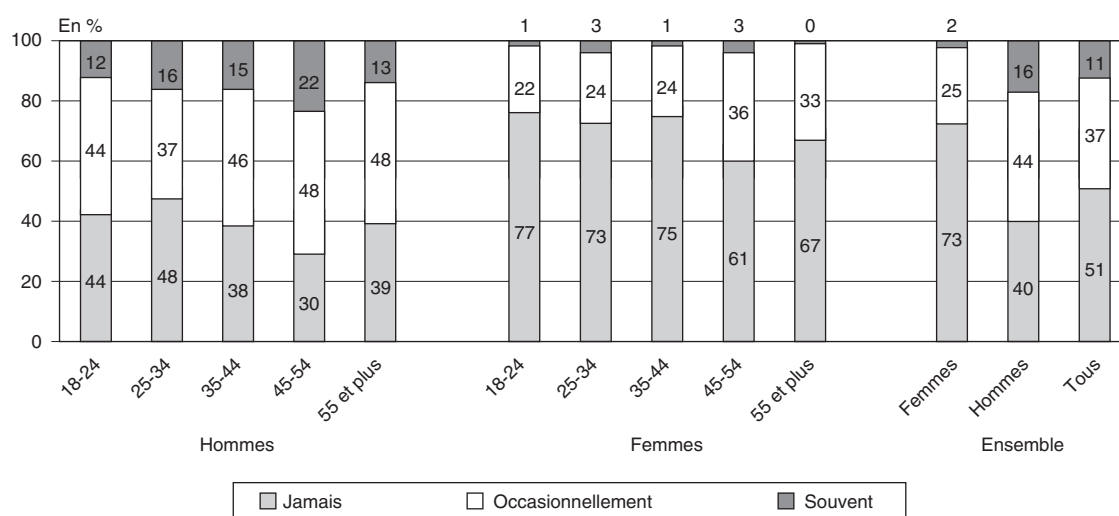
Les questions sur l'usage de tabac et de drogues illicites n'apparaissent malheureusement pas dans cette enquête, à l'inverse de celle menée auprès des jeunes utilisateurs des services d'hébergement, de restauration gratuite et des centres d'accueil de jour de Paris et de la petite couronne (Amossé *et al.*, 2001). Cette absence limite donc l'appréhension des risques sanitaires dans la mesure où la polyconsommation peut avoir des effets néfastes multipliés, notamment l'usage conjoint d'alcool et de tabac.

... inférieure à celle mesurée en population générale ?

Les études en population générale concernant la consommation d'alcool menées récemment en France montrent également des comportements différenciés selon le sexe et l'âge. En

4. Dans un des commentaires libres à la fin du questionnaire, une femme interrogée s'indigne que l'on puisse laisser les femmes vivre dans la rue et s'adonner à l'alcoolisme.

Graphique I
Consommation actuelle d'alcool chez les personnes sans domicile



Lecture : en population générale, les personnes de 65 ans et plus constituent parfois une classe d'âge spécifique en raison de comportements parfois différents de ceux des 55 à 64 ans (consommation d'alcool légèrement moindre, perception plus optimiste de leur état de santé, etc.). Toutefois, leur effectif étant trop faible dans l'échantillon (65 individus), il n'était pas envisageable d'en faire une tranche d'âge distincte.

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

particulier, les hommes apparaissent toujours plus consommateurs que les femmes et l'observation des fréquences révèle de forts contrastes entre générations (Legleye *et al.*, 2001). Dans l'échantillon retenu de personnes sans domicile, la proportion d'individus déclarant ne pas boire d'alcool actuellement s'élève donc à 50 % alors que seulement 11 % admettent boire souvent et 37 % occasionnellement. En population générale adulte, seuls 7 % des 18 à 75 ans disent n'avoir pas bu d'alcool au cours des douze derniers mois, et 25 % déclarent une abstinence au cours de la dernière semaine. À l'inverse, l'usage régulier (au moins trois jours de consommation par semaine) s'élève à 47 % parmi les hommes et à 21 % parmi les femmes du même âge (l'usage quotidien à 33 % et 14 %). Les sans-domicile apparaissent donc de prime abord moins consommateurs que la population générale du même âge.

En fait, les résultats obtenus ici doivent être comparés à ceux obtenus dans les enquêtes en population générale avec une grande prudence, compte tenu de la différence de formulation et même de nature des questions posées. La question posée dans l'enquête *Sans-domicile 2001* (« Actuellement, vous arrive t-il de boire du vin, de la bière ou de l'alcool ? » : « souvent » ; « occasionnellement » ; « jamais ») présente l'avantage d'être particulièrement simple dans sa formulation. Cependant, elle porte sur l'actualité de la consommation sans assigner à la période interrogée de définition claire, au contraire de ce qui est pratiqué dans les enquêtes en populations générale ou scolaire, qui utilisent des référentiels couvrant généralement les douze derniers mois, les trente derniers jours, les sept derniers jours et la veille de l'interrogation (Bless *et al.*, 1997 ; Hibell *et al.*, 2001 ; Leifman, 2002).

D'autre part, la question invite le répondant à évaluer sa propre pratique et à en qualifier la régularité sans dénombrer ses consommations. Cette opération de jugement peut induire une volonté de minimiser celle-ci afin de ne pas offrir une image de soi trop défavorable, proche du stéréotype du « clochard alcoolique ». Ce constat, s'il vaut pour la vie au quotidien (Gaussot, 1998), se révèle encore plus présent en situation d'entretien dans l'interaction entre enquêteur et enquêté. Au cours de cette « discussion », l'enquêté cherche souvent les « bonnes réponses », celles qui lui semblent les plus « socialement désirables », en particulier pour les questions susceptibles de susciter à son égard un jugement moral dépréciateur (de Singly, 1983). Par ailleurs, certains

répondants peuvent craindre, en déclarant une consommation d'alcool même minime, de remettre en cause une partie des engagements pris envers la structure d'accueil, ce qui peut avoir des conséquences sur l'hébergement. En effet, de nombreuses structures d'insertion par le logement exigent, de la part des personnes qu'elles accueillent, le respect non seulement de règles communes de fonctionnement (notamment l'absence de consommation d'alcool dans le logement (5)) mais également des engagements pris dans le cadre d'un parcours d'insertion. Pour de nombreuses femmes avec enfants en situation précaire, le logement est une condition *sine qua non* pour conserver leur garde. Dès lors, apparaît comme une « bonne mère » revêt une importance extrême et pourrait expliquer des niveaux de consommation déclarés particulièrement bas. De tels comportements peuvent, de ce fait, aboutir à un portrait qui diffère singulièrement de celui qui serait brossé en d'autres circonstances, en présence des pairs par exemple (Goffman, 1973). D'autre part, les modalités de réponses offertes dans le questionnaire sont peu nombreuses : une modalité « rarement » aurait permis aux consommateurs les plus occasionnels de ne pas répondre « jamais » qui suggère une abstinence totale, tout en évitant la modalité « occasionnel » qui a pu leur paraître un rythme trop fréquent. Enfin, certains répondants pourraient comprendre les modalités de réponse « occasionnellement » et « souvent » comme se rapportant à une fréquence de consommation par jour, ce qui pourrait impliquer une certaine sous-déclaration.

La comparaison avec d'autres enquêtes auprès des personnes sans domicile se révèle tout aussi délicate, pour des raisons méthodologiques que sont, notamment, l'absence de questionnement normalisé et l'inexistence de base de sondage et, de ce fait, de critères partagés de représentativité des échantillons. Ainsi, les résultats de l'enquête réalisée en France en 2001 contrastent avec ceux d'enquêtes ayant montré la survenue fréquente de troubles liés à l'usage d'alcool au sein des populations en difficulté sociale (Reed *et al.*, 1992), en particulier des populations sans domicile (Koegel et Burman, 1988 ; Fischer et Breakey, 1991) et ce d'autant plus parmi les hommes (Combaluzier, 2004).

En revanche, les résultats obtenus rejoignent en partie le constat de Kovess et Mangin-Lazarus

5. À l'inverse, certaines structures, en particulier d'accueil d'urgence, tolèrent une certaine quantité d'alcool pour ne pas se couper d'une partie du public auquel elles s'adressent.

(1997) qui relativisaient la représentation courante d'une omniprésence de l'alcool dans la population sans domicile et même au sein de celle vivant dans la rue. Parmi les jeunes utilisateurs des services d'hébergement, de restauration gratuite et des centres d'accueil de jour de Paris et de la petite couronne (6), la consommation d'alcool apparaissait plus faible que dans la population générale du même âge (Amossé *et al.*, 2001). Pour les auteurs de cette étude, ce résultat provient notamment du fait que la majorité des jeunes enquêtés ne vivent pas *stricto sensu* dans la rue mais dans des foyers ou centres d'hébergement. Ainsi, il n'est pas surprenant que leur consommation d'alcool ne corresponde pas à celle des personnes sans domicile plus âgées et plus marginalisées. Enfin, les résultats issus de l'échantillon *Sans-domicile 2001* contrastent avec une littérature anglosaxonne qui a fréquemment montré un fort lien positif entre les usages de toutes les substances psychoactives (7) et le fait d'être sans-domicile parmi les adolescents (Yates *et al.*, 1988 ; Robertson *et al.*, 1989 ; Forst, 1994 ; Koopman *et al.*, 1994 ; Smart *et al.*, 1994).

Des situations sociales et des consommations hétérogènes

Si les estimations de consommation d'alcool des personnes sans domicile peuvent varier fortement selon les enquêtes, il est raisonnable de penser qu'une partie des écarts provient de la difficulté de définir puis de quantifier les différentes formes de précarité résidentielle. Selon les enquêtes, les expressions « sans-domicile fixe » ou « sans-abri » ne recouvrent pas les mêmes réalités (Brousse *et al.*, 2002a). Au sein de l'échantillon de l'enquête *Sans-domicile 2001* coexistent ainsi des situations sociales et des parcours de vie particulièrement disparates. Ainsi, et sans remettre en cause la situation de précarité (8) ou d'exclusion des uns ou des autres, il subsiste de fortes différences entre une femme avec un enfant hébergée en centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), qui travaille (éventuellement dans le cadre d'un emploi aidé comme un CES, par exemple), et un homme vivant seul, allocataire du revenu minimum d'insertion (RMI) et qui, au cours de sa vie, a été obligé de dormir fréquemment dans la rue (13 % des personnes sans domicile déclarent avoir dormi plus d'un an dans la rue au cours de leur vie).

D'autre part, les personnes sans domicile de l'enquête se différencient également de la

population générale par de nombreuses autres caractéristiques (sexe, âge, nationalité, etc.). La population interrogée est, ainsi, plus jeune avec une sur-représentation masculine (les deux tiers des sans-domicile sont des hommes et la part des moins de 40 ans s'avère 1,5 fois plus élevée que dans l'ensemble de la population). En constituant 30 % de l'échantillon, soit 4 fois plus que dans la population générale, les personnes de nationalité étrangère sont également fortement représentées. Ce dernier point pourrait s'expliquer, d'une part, par la présence de personnes étrangères en situation irrégulière et, d'autre part, par une législation concernant le droit d'asile et de séjour qui ne permet pas aux personnes en attente d'un statut de travailler, les mettant de fait dans une situation financière précaire. Par ailleurs, les centres d'accueil spécialisés pour ces personnes sont en nombre insuffisant aujourd'hui en France (Aliaga *et al.*, 2003 ; Bourgeois *et al.*, 2004).

Enfin, les enquêtes en population générale ont montré également qu'au-delà du genre et de l'âge, de nombreuses caractéristiques comme le revenu, la situation familiale sont susceptibles d'exercer une influence sur la consommation d'alcool (Legleye *et al.*, 2001). Dès lors, il est intéressant d'essayer de distinguer, au sein de l'échantillon, différentes situations de précarité même si un tel exercice se révèle obligatoirement délicat et imparfait.

Les conditions de logement, renseignées ici par la situation de la personne vis-à-vis du logement la veille de l'enquête, révèlent des situations très disparates qui permettent de regrouper les personnes sans domicile en deux grandes catégories. D'une part, celles qui bénéficient d'un mode d'hébergement plus ou moins stable qui leur permet de rester dans un logement durant la journée et, d'autre part, les personnes sans abri (qui la veille ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation). Dans cette seconde catégorie sont également incluses les personnes hébergées pour une seule nuit dans des centres ou des foyers qu'elles doivent quitter le matin, sou-

6. La définition des sans-domicile et le mode d'échantillonnage de ces deux enquêtes sont assez proches de ceux de l'enquête Sans-domicile 2001, à ceci près que la définition des services d'hébergement est plus restreinte (ne comptant pas les centres maternels, par exemple).

7. Il faut ici garder à l'esprit que l'enquête Sans-domicile 2001 ne mesure pas la consommation de drogues illicites, et que Kovess et Mangin-Lazarus (1997) ont montré que les jeunes allaient plus vers les drogues illicites que les adultes, ceux-ci allant plus vers l'alcool.

8. À défaut de proposer une définition de la précarité, ce qui ne saurait être le propos de cet article, nous utiliserons un certain nombre d'indicateurs qui en cernent les principales caractéristiques à partir des données disponibles dans l'enquête.

vent avant 8 heures et qui se retrouvent, de fait, dans l'obligation de vivre une grande partie de la journée dans la rue. Les sans-abri ainsi définis sont majoritairement des hommes (plus de 90 %) et ils représentent 20 % de la population des sans-domicile interrogés dans l'enquête.

Les ressources financières permettent aussi de distinguer deux grandes catégories d'individus (9) : d'une part, ceux percevant des revenus réguliers au sein desquels on peut différencier les prestations sociales (31 % des individus), le RMI (22 %) et le salaire (30 %) ; de l'autre les individus (16 %) ne percevant que des revenus aléatoires de la mendicité, des aides associatives ou familiales. Concernant ces derniers, un tiers a moins de 25 ans (il n'existe pas de dispositif d'aide pour les personnes seules de moins de 25 ans) et 46 % sont des personnes de nationalité étrangère qui ont généralement peu accès aux prestations sociales. Par ailleurs, les situations familiales distinguent très fortement hommes et femmes : alors que la majorité des hommes vivent seuls (88 %), les femmes vivent majoritairement en couple ou avec des enfants (59 %).

D'autres facteurs, tels que l'état de santé par exemple, peuvent influencer sur la consommation d'alcool des personnes. Or celui des personnes sans domicile apparaît nettement plus dégradé que celui du reste de la population française (de la Rochère, 2002a) (cf. tableau 1). Seules deux variables pouvant résumer en partie l'état de santé des personnes sans domicile ont été mobi-

lisées et croisées avec les trois variables du test Deta : l'état de santé ressenti et la consommation de médicaments psychotropes. Il convient ici de rappeler que les aptitudes à citer les maladies subies diffèrent fortement selon la culture (Sadana, 2000) ou le niveau d'instruction et l'âge du répondant (Kalter, 1992 ; Mackenback *et al.*, 1996), ce qui peut expliquer une partie des écarts entre les populations comparées.

Dans l'ensemble, les caractéristiques observées s'avèrent associées à la fréquence de consommation d'alcool (cf. tableau 2). Comme dans la population générale, les consommations se distinguent ainsi très fortement en fonction du sexe : quels que soient les facteurs socio-économiques étudiés, les hommes sont toujours nettement plus nombreux que les femmes à déclarer boire.

Les étrangers apparaissent nettement moins consommateurs que les français, une majorité d'entre eux se déclarant non-consommateurs (64 % *versus* 46 %). Ce résultat rejoint ceux fournis par l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecins du monde à partir de l'étude d'environ 20 000 patients usagers des centres d'accueil, de soins et d'orientation (Fahet *et al.*, 2004 ; Drouot et Simmonot, 2003) ainsi que ceux obtenus auprès de 350 patients

9. Il s'agit des principales sources de revenus perçues au cours du mois précédent l'enquête. Notons que 16 % des individus n'ont pas souhaité répondre à cette question, dont plus de la moitié est de nationalité étrangère.

Tableau 1
Perception de l'état de santé actuel et prévalences des principaux problèmes de santé physique (1) des sans-domicile

		En %	
		Population générale	Population des sans-domicile (2) usagers des services d'aide
Perception de la santé	De médiocre à très mauvaise	3	16
	Moyenne	16	31
	De bonne à très bonne	81	53
Déclare au moins une maladie chronique ou grave		32	65
<i>dont : maladie respiratoire</i>		6	14
<i>séquelles d'accident ou de maladie grave</i>		2	13
<i>désordres alimentaires importants</i>		<2	9
<i>maladie du foie et de la vésicule biliaire</i>		<2	6
Usage de médicaments psychotropes (somnifères, antidépresseurs, etc.)		18 (a)	20 (3)
1. « Êtes-vous atteint de l'une des maladies chroniques ou graves suivantes ? » (pour la liste précodée des maladies, se référer au questionnaire)			
2. Les chiffres sont issus d'une publication antérieure (De la Rochère, 2002a) dans laquelle la définition d'une « personne sans domicile » est plus stricte que celle du présent article puisque les personnes hébergées en hôtel ou par une tierce personne n'y sont pas incluses.			
3. Ce chiffre résulte de l'exploitation par l'OFDT de l'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds.			

Champ : personnes de 18 à 60 ans.

Sources : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee sauf (a) Baromètre Santé 2000, Inpes (il s'agit des prévalences au cours de l'année).

ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé (de la Blanchardière *et al.*, 2004), études qui constatent toutes deux une très nette sous-consommation de toutes les substances psychoactives parmi les étrangers. Comme cela avait été également montré par l'enquête réalisée en 2000 par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CreDES, devenu depuis Irdes, Institut de recherche et documentation en économie de la santé) dans les centres de soins gratuits (Collet *et al.*, 2003), cet écart de consommation a tendance à se réduire au fur et à mesure que la durée de séjour s'allonge, les patients étrangers présents sur le territoire français depuis au moins dix ans présentant des niveaux de consommation similaires à ceux des français. Sans qu'il soit possible ici de vérifier cette hypothèse, des motifs religieux pourraient, en partie, expliquer cet état de fait : plus d'un tiers des étrangers interrogés dans l'enquête sont originaires d'Afrique du Nord et de très nombreux autres sont issus de pays d'Afrique noire, dans lesquels l'Islam occupe une place importante. Il ne faut pas écarter non plus une plus grande réticence à déclarer un usage plus stigmatisé que dans d'autres religions, mais ceci ne saurait expliquer toute la différence.

Le fait de déclarer vivre avec des amis apparaît associé à une consommation fréquente d'alcool.

Il est vraisemblable que cette situation particulière, qui concerne 6 % de la population étudiée, soit 181 individus, favorise une consommation entre pairs. Parmi les hommes, ceux vivant seuls avec un enfant déclarent, en revanche, plus souvent un usage fréquent. Ce résultat surprenant est peut être dû au faible effectif concerné : les hommes élevant seuls un ou plusieurs enfants ne représentent que 2 % des personnes sans-domicile (soit seulement 35 individus de l'échantillon). Cette situation familiale apparaît donc plutôt rare et correspond vraisemblablement à un profil très particulier. Enfin, vivre seul semble favoriser également une consommation plus importante, chez les femmes comme chez les hommes.

Le type d'habitat apparaît fortement lié à l'alcoolisation, en particulier pour l'usage fréquent. Globalement, les personnes définies « sans abri » ne sont pas plus nombreuses à boire de l'alcool au moins occasionnellement, mais la minorité d'usagers fréquents y est plus importante (presque deux fois plus importante chez les hommes, trois fois plus chez les femmes). Ces résultats corroborent ceux obtenus par Amossé *et al.* (2001) au sein des jeunes sans domicile de Paris et de la petite couronne : si deux jeunes vivant en foyer sur dix déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par

Tableau 2
Consommation actuelle d'alcool selon différentes variables socio-économiques

En %

	Occasionnellement			Souvent			Occasionnel ou fréquent
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Ensemble
Français	47	29 ^{°°°}	41 ^{***}	20	2 ^{°°°}	14 ^{***}	54^{***}
Étrangers	36	16 ^{°°°}	30	8	1 ^{°°°}	6	36
Couple avec/sans enfant(s)	42	30 ^{°°°}	36 ^{***}	11	1 ^{°°°}	6 ^{***}	42^{***}
Foyer monoparental	21	19 [°]	19	32	1 ^{°°°}	4	23
Vivre avec des amis	41	26	39	26	18 [°]	25	64
Seul(e)	45	29 ^{°°°}	42	15	3 ^{°°°}	13	54
Personne sans abri	37	26 [°]	36	24	6 ^{°°}	22 ^{***}	57^{**}
Autre	46	25 ^{°°°}	38	14	2 ^{°°°}	9	47
Revenus du Travail	47	28 ^{°°°}	41 [*]	15	1 ^{°°°}	10 ^{***}	50^{**}
Revenu Minimum d'Insertion	45	25 ^{°°°}	40	22	3 ^{°°°}	17	56
Allocations (1)	48	25 ^{°°°}	38	17	1 ^{°°°}	10	48
Autres (2)	43	22 ^{°°°}	36	13	4 ^{°°}	10	46
Ensemble	44	25 ^{°°°}	37	16	2 ^{°°°}	11	49

1. Revenus des allocations chômage, allocations parent isolé, allocations d'insertion, minimum vieillesse, pensions alimentaires (7 individus concernés).
2. Ressources aléatoires : aides familiales ou d'organismes associatifs/publics ou encore aides financières donnée par des personnes dans la rue.

Lecture : 47 % des hommes sans domicile de nationalité française déclarent boire occasionnellement.
°, °°, °°° signalent des différences significatives respectivement aux seuils 0,05 ; 0,01 et 0,001 entre les sexes (en ligne) selon le test du Chi² (afin de ne pas donner aux tests une puissance artificielle, ceux-ci ont été effectués sur les effectifs bruts alors que les données du tableau sont pondérées).

*, **, *** signalent des différences significatives entre les caractéristiques socio-démographiques (en colonne).

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

semaine, la proportion atteint trois sur dix pour ceux logés en hôtel par une association, quatre sur dix pour ceux vivant dans un logement obtenu par relation et la moitié pour ceux vivant dans un habitat de fortune. Selon les auteurs, ces consommations traduisaient le lien positif entre alcool et précarité mais reflétaient également l'interdiction d'introduire de l'alcool dans certains centres d'hébergement (Orwell, 1931, sur Londres et Paris).

La relative rareté des déclarations de consommation fréquente d'alcool parmi les personnes sans domicile semble ainsi cacher une réalité contrastée. Il apparaît en particulier qu'une précarité croissante suscite des consommations d'autant plus importantes. Les facteurs retenus ici s'avèrent souvent liés entre eux. Ainsi, l'âge intervient indirectement dans de nombreuses caractéristiques telle que la situation familiale (par exemple, vivre avec un enfant est plus fréquent parmi les jeunes et les femmes). Quant à la catégorie des « sans-abri », elle comporte principalement des hommes. Enfin, certains facteurs tels que les sources de revenus sont structurellement liées soit à l'âge soit à la nationalité de la personne. Pour contrôler ces possibles facteurs de confusion, une modélisation logistique a été effectuée, afin de mesurer les différents effets de chaque facteur toutes choses égales par ailleurs (cf. tableau 3). La modélisation a été effectuée ici sur la variable « boire souvent *versus* boire occasionnellement ou jamais ». Pour gommer les éventuels liens structurels entre les variables et tenir compte des effectifs relativement faibles, nous avons eu recours à des variables synthétiques (par exemple, le nombre de tranches d'âges a été réduit à trois). De même, la

modélisation pour chaque sexe, effectuée initialement, n'a pas été retenue compte tenu du très faible effectif de femmes qui déclarent consommer souvent de l'alcool et parce qu'elle n'apportait pas – peut-être en raison de ce faible effectif – d'information supplémentaire.

Si l'analyse confirme les associations simples observées précédemment, il est possible de hiérarchiser les facteurs influents. Le sexe reste un élément déterminant de l'usage fréquent d'alcool, devant le fait de déclarer « faire la manche » ou d'être « sans-abri » (cf. tableau 3). Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, il y a 4,3 et 1,3 fois plus de buveurs fréquents parmi les individus qui ont respectivement déclaré avoir fait la manche ou dormi en centre d'hébergement d'urgence ou dans la rue la veille de l'enquête que parmi les autres et 5,5 fois parmi les hommes que parmi les femmes. À l'inverse, être de nationalité étrangère, vivre en couple ou élever des enfants semble être, comme en population générale, un facteur limitant la consommation d'alcool. De même, déclarer des revenus liés uniquement aux aides familiales et associatives est associé à une consommation moins fréquente. Ce résultat, qui peut paraître surprenant, est vraisemblablement lié au fait que parmi ces personnes, seuls 56 individus (soit 20 % des individus de la catégorie) déclarent percevoir des ressources uniquement liées à la mendicité. De plus, il apparaît que les personnes qui n'ont pas indiqué la nature de leurs revenus présentent un profil de consommation proche des individus qui déclarent des revenus liés à des aides. Au final, les conditions de logement pourraient être un élément plus déterminant pour le comportement d'alcoolisation

Tableau 3
Modélisation (1) de la consommation actuelle d'alcool selon différentes variables ajustées par sexe et âge

Boire souvent <i>versus</i> les autres		Odds ratio
Statut (<i>versus</i> autres sans-domicile)	Sans abri	1,32*
Source de revenus (2) <i>versus</i> revenu fixe : salaire ou allocation dont RMI	Autres (aides ponctuelles, dons, etc.)	0,62**
	Non-réponse	0,62**
Mendicité (3) : <i>versus</i> non	Oui	4,26***
Situation familiale (<i>versus</i> seul)	Élever un enfant et/ou vivre en couple	0,75
	Vivre avec des amis	2,00**
Sexe (<i>versus</i> femme)	Hommes	5,47***
Nationalité (<i>versus</i> française)	Étrangère	0,43***
Âge (<i>versus</i> moins de 30 ans)	51 ans et plus	1,59*
	30 à 50 ans	1,53*

1. La modélisation a été effectuée sur les effectifs bruts.
2. 16 % des individus n'ayant pas répondu à la question, une catégorie « non-réponse » a été introduite dans le modèle afin de contrôler un profil éventuellement très particulier.
3. Déclarer avoir fait la manche tous les jours ou ponctuellement le mois précédent celui de l'enquête.

Lecture : *, **, *** signalent des odds ratios significativement supérieurs ou inférieurs à 1 aux seuils 0,05, 0,01 et 0,001. Ainsi, les personnes recourant à la mendicité ont significativement plus de risques (4,3 fois) que les autres de boire souvent.

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

que le type de ressources, la mendicité jouant sans doute un rôle particulier qu'il conviendrait d'approfondir (10).

Les personnes sans abri apparaissent nettement plus consommatrices que l'ensemble des personnes sans domicile à tous les âges, avec un point culminant (35 %) pour ceux âgés de 45 à 54 ans. Ce sont ensuite les personnes allocataires du RMI qui présentent les prévalences les plus importantes sauf après 45 ans. Ce sont alors les personnes vivant en couple ou avec des enfants qui affichent des niveaux de consommation plus élevés. Là encore ceux âgés de 45 à 54 ans présentent la prévalence la plus élevée (respectivement 20 % et 21 %) (11). Le faible niveau de consommation des sans-abri âgés de plus de 55 ans est vraisemblablement dû à la faiblesse de l'effectif (14 personnes). Il s'agit principalement d'hommes seuls, qui sont âgés de 58 ans en moyenne (cf. graphique II).

Dans la littérature sociologique, l'usage d'alcool apparaît souvent comme un mode de vie indissociable de la rue : son rôle au sein des groupes et la pression à la consommation que ceux-ci exercent ne sont pas sans évoquer le « prosélytisme confraternel » ayant cours dans certaines professions (Castelain, 1994, Roquet, 2001). Au sein d'un groupe social, l'alcool est souvent un facteur susceptible de faciliter les échanges. Dans la mesure où la plupart des membres consomment de l'alcool, il permet d'augmenter sa popularité et d'« entrer dans la norme ». Pour les personnes sans abri, si la consommation d'alcool, en particulier chez les hommes, conserve ce rôle de socialisation, elle peut être aussi directement liée aux conditions de vie en étant notamment un moyen de supporter la rudesse de la rue. Les pratiques de consommation alcoolique sont en grande partie déterminées par les choix et les conditions de vie. Les équipes mobiles se rendant à la rencontre des personnes en grande exclusion soulignent à la fois l'omniprésence de l'alcool comme préliminaire à la sociabilité, la grande part de responsabilité que lui attribuent les individus dans leur déchéance physique et psychique, le rôle de mise à distance de la honte et de désinhibiteur dans l'entreprise de la mendicité. Elles évoquent également le soutien apporté à une immobilité prolongée dans la rue, une protection contre la violence humaine et des agressions climatiques et la fonction d'anesthésiant qui permettent de supporter la durée parfois longue de collecte de l'argent nécessaire à un réapprovisionnement en boissons alcoolisées (Nauleau et Quesemand-Zucca, 2002). Ces équipes font aussi le constat

d'un sevrage possible et même étonnamment rapide et accepté dans le cadre d'une prise en charge individuelle qui n'est envisageable que dans les lieux de repos médicalisés. Le retour à la rue semble en revanche être synonyme de rechute inéluctable. Ce rôle joué par l'alcool, qu'on pourrait presque qualifier d'antalgique, apparaît assez proche de celui parfois tenu par les opiacés (en particulier l'héroïne). Ceux-ci permettent de soulager les douleurs liées à la rudesse et l'inconfort de la vie dans la rue lorsque les individus ont les moyens financiers de s'en procurer (Wright *et al.*, 2005).

Dans la population des sans-domicile, les principaux facteurs associés à l'usage fréquent d'alcool restent donc similaires à ceux trouvés dans la population générale. Les situations les plus précaires (être sans abri notamment) sont fortement liées à une consommation fréquente d'alcool. À l'inverse, avoir un enfant à charge est un facteur important d'obtention d'aides et d'intégration notamment en termes d'hébergement pour les personnes sans domicile. Or, la fréquentation d'établissements spécifiques de moyen ou long séjour tels que les CHRS incite peut-être davantage à un auto-contrôle des usages de substances psychoactives et en particulier d'alcool.

Un usage problématique d'alcool délicat à mesurer et qui concerne surtout les situations de grande précarité

Le repérage des usagers présentant des problèmes est une entreprise particulièrement délicate dans une enquête quantitative. Les questions susceptibles d'être mobilisées pour ce faire, souvent stigmatisantes, nécessiteraient plutôt un entretien approfondi où le contexte de consommation doit être abordé dans le détail. Le test le plus couramment utilisé à l'heure actuelle est le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders *et al.*, 1993) dont il existe une version française (Michaud *et al.*, 2003). Celui-ci a été validé en population clinique et en population générale par rapport aux critères d'abus et de dépendances du DSM IV (APA, 1994) mais il présente le défaut d'être long (10 questions) et sans filtre, et de ce fait assez pénible pour les individus peu concer-

10. Parmi les personnes déclarant faire la manche 35 % sont allocataires du RMI et 10 % ont un salaire. En France, excepté les moins de 25 ans, l'ensemble de la population est théoriquement en mesure de percevoir une aide financière qu'il s'agisse du RMI ou du minimum vieillesse. La mendicité pourrait apparaître davantage comme le marqueur d'un mode de vie qu'un signe d'absence de ressources financières.

11. Les personnes de moins de 25 ans sans domicile vivant en couple avec au moins un enfant, peuvent percevoir le RMI ; une telle situation s'avère rare dans l'enquête (n = 2).

nés par l'alcool. Une version courte est donc parfois proposée afin de soulager les individus les moins concernés, en cinq items (Piccinelli *et al.*, 1997), et il existe même une version se réduisant aux trois premières questions, l'AUDIT-C (Bush *et al.*, 1998 ; Aertgeerts *et al.*, 2001) qui permet de classer les individus plus grossièrement par rapport au risque alcool et qui a été validé en tant que tel (12).

Dans le test DETA (Ewing, 1984), utilisé généralement dans les enquêtes en population générale (Baudier et Arènes, 1997 ; Legleye *et al.*, 2001), sont considérés comme usagers d'alcool « à risque » ceux qui répondent par l'affirmative à au moins deux de ces questions :

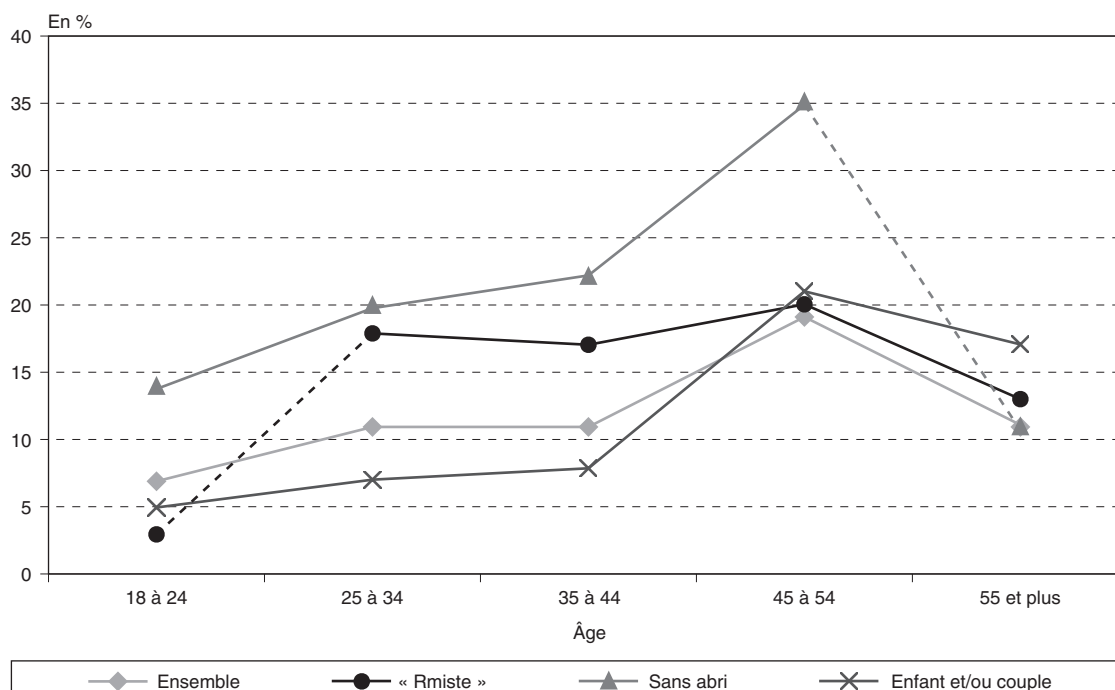
- Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

La validité de la version américaine en population générale a toutefois été remise en question

(Bisson *et al.*, 1999). Un des défauts de ce test est qu'il propose en effet comme référence temporelle la vie entière et peut, de ce fait, repérer d'anciens usagers à risque qui n'ont au moment de l'enquête aucun problème avec l'alcool. Dans l'enquête *Sans-domicile 2001*, seules trois des questions du test DETA ont été retenues, la question sur l'impression de boire trop n'ayant pas été posée. En fait, si une étude récente propose de raccourcir le test à trois items sur la base de mesures de sensibilité et de spécificité, elle conclut que c'est le fait d'avoir déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour se sentir en forme qui pourrait être supprimé (Malet *et al.*, 2002). De plus, ces trois questions n'étaient posées qu'aux personnes déclarant une consommation actuelle d'alcool (*occasionnellement* ou *souvent*) et ne portaient que sur les douze derniers mois, ce qui permet d'isoler plus sûrement des individus rencontrant actuellement un problème dans leur consommation d'alcool.

12. La question de la mesure des problèmes d'alcool en France a fait l'objet d'une étude récente confrontant les performances et les apports respectifs des tests AUDIT-C et DETA dans deux enquêtes en population générale (Com-Ruelle *et al.*, 2005). Pour une recension des principaux tests de repérage précoce des usages problématiques d'alcool et d'autres substances psychoactives, voir Beck et Legleye (2005).

Graphique II
Consommation fréquente d'alcool par tranches d'âges selon différentes catégories de sans-domicile



Lecture : les pointillés font apparaître les catégories dont les effectifs sont faibles. Par exemple, seules 14 personnes sans abri sont âgées de 55 ans et plus.

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

À l'instar de la question concernant la fréquence d'usage, l'utilisation et l'interprétation de ce test nécessitent ici quelques précautions. Le test n'est d'abord pas complet, puisqu'il y manque une question ; il ne saurait donc servir à repérer les mêmes usages *stricto sensu* que le DETA et ne repose pas sur un score étalonné. D'autre part, ses caractéristiques sont en partie dépendantes de l'entourage du répondant, qui peut se montrer plus ou moins tolérant à l'égard du comportement de consommation d'alcool du répondant. Or, la sensibilité d'un individu aux risques encourus pour l'usage d'un produit psychoactif est fortement liée à son propre usage du produit mais aussi aux normes régissant la consommation dans son environnement social propre, son niveau de vie, d'études, etc. (Beck *et al.*, 2003). Ces caractéristiques différant largement par rapport à la population générale, il est probable que le test offre des résultats différents de ceux qui seraient obtenus dans d'autres segments de la population française. Enfin, il importe de préciser l'objectif d'un tel outil : le DETA ne repère pas l'alcoolisme, ni la dépendance proprement dite, mais plus modestement le sur-ensemble des usages qui peuvent être considérés comme potentiellement problématiques pour l'individu et son entourage. L'intérêt de cette construction sociale est de constituer une référence, l'idée étant que l'étalon est la population générale et

que la mesure du pourcentage observé sur une population particulière ne prend sens que par la comparaison à cet étalon.

Dans l'enquête *Sans-domicile 2001*, quel que soit le sexe, c'est le besoin de diminuer sa consommation qui est le plus fréquent (20 % des hommes et 4 % des femmes), devant les remarques de l'entourage (14 % des hommes et 1 % des femmes), et le besoin d'alcool le matin pour se sentir en forme (7 % des hommes et 2 % des femmes) (cf. tableau 4).

Comme précédemment, les personnes de nationalité étrangère, celles élevant des enfants, les individus ayant un mode d'hébergement plutôt stable ou une activité professionnelle ont une consommation d'alcool moins souvent potentiellement problématique que l'ensemble des autres personnes sans domicile. Dans tous les cas de figure, les femmes restent clairement moins concernées par des problèmes liés à leur consommation, bien que les différences entre les hommes et les femmes n'apparaissent pas significatives parmi les personnes sans abri (la très faible proportion de femmes sans abri invite, néanmoins, à considérer ce dernier point avec circonspection). En règle générale, les prévalences mesurées parmi les femmes sont très faibles (inférieures à 5 %) sauf parmi les allocataires du

Tableau 4
Usages potentiellement problématiques d'alcool selon différentes variables socio-économiques

En %

	Besoin d'alcool dès le matin pour se sentir en forme			Ressentir le besoin de diminuer sa consommation de boissons alcoolisées			Mon entourage a déjà fait des remarques au sujet de ma consommation		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Français	9	2 ^{°°}	6 ^{***}	24	4 ^{°°°}	17 ^{***}	16	1 ^{°°°}	11 ^{***}
Etrangers	4	2 [°]	3	11	3	8	8	1	5
Couple avec/sans enfant(s)	2	0	1 ^{***}	11	2 ^{°°}	6 ^{***}	5	1 ^{°°°}	3 ^{***}
Famille monoparentale	1	2 ^{°°}	2	35	2 ^{°°°}	5	1	1	1
Vivre avec des ami(e)s	8	25 ^{°°°}	10	21	29 [°]	22	18	7 ^{°°}	16
Seul(e)	8	1 ^{°°°}	6	20	4 ^{°°°}	17	15	2 ^{°°°}	12
Personne sans abri	12	4	11 ^{***}	20	11	19 [*]	12	2 [°]	11 ^{**}
Personne sans domicile	5	2 ^{°°°}	4	20	3 ^{°°°}	13	14	1 ^{°°°}	9
Revenus Travail	3	1 ^{°°}	2 ^{***}	17	2 ^{°°°}	12	7	1 ^{°°°}	5 ^{***}
Revenus RMI	11	3 ^{°°°}	9	25	7 ^{°°°}	21	21	2 ^{°°°}	15
Autres revenus fixes	8	1 ^{°°°}	5	25	4 ^{°°°}	16	20	2 ^{°°°}	12
Autres	9	2 ^{°°°}	7	16	3 ^{°°°}	12	12	1 ^{°°}	8
Ensemble	7	2 ^{°°°}	5	20	4 ^{°°°}	14	14	1 ^{°°°}	10

Lecture : 9 % des hommes sans domicile de nationalité française ont déclaré « avoir besoin d'alcool dès le matin pour se sentir en forme ».

[°], ^{°°}, ^{°°°}, signalent des différences significatives respectivement aux seuils 0,05 ; 0,01 et 0,001 entre les sexes (en ligne), test du Chi² ou test exact de Fisher lorsque les effectifs sont trop faibles.

^{*}, ^{**}, ^{***} signalent des différences significatives entre les caractéristiques socio-démographiques (en colonne).

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

RMI et les sans-abri dont respectivement 7 % et 11 % déclarent « avoir ressenti le besoin de diminuer leur consommation » (cf. tableau 4). Mais là encore ces résultats sont vraisemblablement liés à la petitesse de l'échantillon concerné. Parmi les hommes, ce sont les sans-abri, puis les allocataires du RMI qui présentent pour chacune des questions les proportions les plus importantes.

L'enquête permet d'apporter un regard complémentaire sur ces résultats par le biais des problèmes d'alcoolisme survenus dans la famille du répondant. Ainsi, 23 % des personnes interrogées déclarent avoir connu dans leur jeunesse une telle situation au sein de leur famille, ces proportions augmentant avec le nombre de réponses positives au test (cf. tableau 5). Cependant, ces problèmes ne sont pas les plus fréquents déclarés par les répondants : parmi les 10 situations difficiles proposées, ils occupent une position médiane, tout comme les divorces ou le départ d'un des parents (24 %). Les gros problèmes d'argent, ainsi que les disputes avec les parents, déclarés respectivement par 34 % et 32 % des répondants, arrivent en première position tandis que le séjour en prison d'un parent (6 %) reste de loin le problème le plus rare.

Quel que soit le problème déclaré, les personnes sans domicile de nationalité étrangère sont toujours nettement moins nombreuses que celles de nationalité française (toutes les différences sont significatives), l'écart le plus important concernant les problèmes d'alcoolisme dans la famille (5,8 % *versus* 30,3 %).

Deux enquêtes en population générale menées en 2000 ont posé des questions proches de celles de l'enquête *Sans-domicile 2001* et permettent d'offrir des éléments de comparaison : l'enquête *ENVEFF* et le *Baromètre Santé* (cf. encadré 1). Dans la première, des femmes de 20 à 59 ans étaient interrogées sur le fait d'avoir déjà ressenti le besoin de diminuer leur consommation de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois tandis que dans la seconde, des personnes âgées de 15 à 75 ans se voyaient poser les quatre questions du test DETA.

Malgré la différence de période de référence dans le *Baromètre santé 2000* (la vie) et l'enquête *Sans-domicile 2001* (les douze derniers mois), les proportions de réponses positives se révèlent proches dans les deux enquêtes (cf. tableau 6). Il existe toutefois une différence

Tableau 5
Les problèmes rencontrés par les sans-domicile avant l'âge de 20 ans

	Hommes	Femmes	Étrangers	Français	Ensemble
Gros problèmes d'argent	31,7	39,2	31,5	35,8	34,4
Chômage prolongé ou faillite d'un des parents	11,0	16,6	10,4	14,0	12,9
Maladies, handicaps ou accidents graves du père	18,9	20,8	17,7	20,3	19,5
Maladies, handicaps ou accidents graves de la mère	16,3	19,8	13,4	19,3	17,5
Divorce des parents, départ d'un des parents	21,7	29,3	13,9	28,7	24,2
Graves disputes, conflits entre les parents	29,2	39,1	17,5	39,1	32,5
Problèmes de violence dans la famille	22,0	30,7	11,2	30,9	24,9
Problème d'alcoolisme dans la famille	21,6	25,1	5,8	30,3	22,8
Un des parents est allé en prison durant la jeunesse de la personne	5,6	8,1	3,6	7,7	6,4
Conflit grave avec un membre de la famille	26,0	33,3	13,8	35,0	28,5

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

Tableau 6
Fréquence de trois signes d'usage potentiellement problématique d'alcool dans trois enquêtes auprès des adultes

	J'ai déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour me sentir en forme		Ressentir le besoin de diminuer sa consommation de boissons alcoolisées		Mon entourage a déjà fait des remarques au sujet de ma consommation	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sans-domicile 2001	7	2	20	4	14	12
ENVEFF 2000	–	–	–	3,9	–	–
Baromètre 2000	1,2	0,3	19,0	6,9	11,6	2,6
MGEN 2001	1,8	0,7	20	8	11	3

Champ : la période de référence est l'année dans l'enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas chauds, toute la vie pour ENVEFF, le Baromètre santé et l'enquête MGEN.

Sources : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee ; ENVEFF 2001 ; Baromètre santé 2000, INPES ; MGEN 2001.

importante concernant le fait d'avoir ressenti le besoin de boire de l'alcool le matin pour se sentir en forme : parmi les hommes sans domicile, la proportion de ceux qui ont répondu positivement à cette question est près de six fois plus élevée (7 % contre 1,2 %). La période de référence de la question étant plus courte dans l'enquête *Sans-domicile 2001*, il est vraisemblable que les usages potentiellement problématiques soient plus fréquents dans la population des sans-domicile que dans la population générale (dont les pourcentages contiennent des individus ayant connu de telles situations il y a plus d'un an mais pas dans les douze derniers mois).

Au sein de l'échantillon de l'enquête *ENVEFF*, le besoin de diminuer sa consommation au cours de l'année a été ressenti par 3,9 % des femmes (Beck et Brossard, 2004), comme dans l'enquête *Sans-domicile 2001*. Enfin, l'enquête sur la santé des mutualistes *MGEN* réalisée en 2001 auprès de 6 650 adhérents âgés de 20 à 60 ans (Kovess *et al.*, 2001) permet de confirmer grossièrement ces niveaux, les résultats obtenus s'avérant proches de ceux du *Baromètre santé 2000*.

Les concepteurs du test *DETA* stipulent qu'à partir de deux réponses positives, le risque d'alcoolodépendance actuel ou passé est élevé. L'utilisation d'un tel score pour les trois questions du test *DETA* présentes dans l'enquête *Sans-domicile 2001* n'est pas validée, mais, restreint à trois plutôt qu'à quatre questions, son usage ne peut manquer d'être encore plus discriminant. Selon ce critère, dans la population sans domicile, 9 % des personnes présenteraient donc un risque important vis-à-vis de l'alcool, les hommes étant 6 fois plus nombreux dans cette situation que les femmes (13 % *versus* 2 %). D'après le *Baromètre santé*, en population générale, 4,1 % des personnes de 18 à 75 ans seraient dans ce cas, les hommes étant alors 6 fois plus nombreux (7,1 % *versus* 1,3 %) (13). Cet écart confirme le caractère problématique beaucoup plus fréquent (du simple au double) de l'usage d'alcool au sein de la population sans domicile, les deux enquêtes s'accordant pour situer le risque maximal entre 40 et 50 ans et l'importance de l'écart hommes – femmes.

À l'aide du modèle logistique précédent, restreint aux usagers d'alcool, il est possible de vérifier que l'obtention d'au moins deux signes d'usage problématique parmi les trois proposés (plutôt qu'un seul ou aucun) est associée aux mêmes facteurs que l'usage fréquent d'alcool. D'un côté, le fait d'être un homme plutôt qu'une femme (odds ratio – noté OR par la

suite – de 2,10), de recourir souvent à la mendicité (OR=2,1), ou d'avoir entre 30 et 50 ans (OR=1,95), de même que le fait de vivre avec des amis plutôt que seul(e) (OR=1,52 ; ce dernier étant significatif de justesse) augmentent nettement les chances de présenter de tels signes. À l'inverse, le fait d'être de nationalité étrangère (OR=0,62), de vivre en couple ou avec des enfants plutôt que seul(e) ou de n'avoir pas indiqué la provenance de ses revenus (OR=0,61) les diminuent de façon importante (14). Toutefois, cette confirmation n'est pas étonnante compte tenu du lien entre fréquence de consommation et signes d'usage problématique. Il est donc utile d'éclairer la situation par d'autres données pour en enrichir la compréhension.

Si la précarité est fortement associée à des usages plus fréquents et plus souvent potentiellement problématiques d'alcool, il existe malgré tout peu de différences entre les personnes qui ont une, deux voire trois réponses positives parmi les personnes sans domicile (cf. tableau 7 et graphique III). La seule différence véritablement significative est celle concernant la santé : plus elles déclarent de signes d'usage potentiellement problématique, plus elles expriment une opinion négative sur leur état de santé : si une majorité parmi celles qui n'ont aucune réponse positive considère avoir un bon état de santé, seuls 20 % émettent ce jugement lorsqu'elles ont répondu positivement aux trois questions ($p < 0,01$). Il en est de même avec la consommation de médicaments psychotropes puisqu'ils sont presque deux fois plus nombreux que l'ensemble de l'échantillon à en avoir pris lors des sept derniers jours. Néanmoins, l'examen des tendances confirme l'existence du lien entre précarité et usage problématique d'alcool : bien que les différences ne soient pas significatives pour des raisons d'effectif, certains signes de précarité sont plus fréquents parmi les individus qui cumulent les signes d'usage problématique. Ainsi, « avoir déjà dormi dans la rue au cours de sa vie » semble plus répandu parmi les individus qui présentent trois réponses positives au test que parmi ceux qui n'en présentent qu'une ou deux.

*

* *

13. Les proportions correspondantes pour le test *DETA* complet sont 9,2 % (14,6 % vs 4,1 %), le sex ratio étant alors plus faible, de l'ordre de quatre.

14. Recevoir des aides ponctuelles plutôt qu'un revenu fixe semble également limiter les chances de présenter au moins deux signes d'usage problématique, mais l'odds ratio n'est pas significatif (OR=0,76).

L'enquête *Sans-domicile 2001* permet de quantifier sommairement les niveaux d'alcoolisation des différentes catégories de personnes sans domicile usagers des services d'aide et ainsi de montrer la diversité des usages suivant le type d'hébergement et de ressources, mais aussi suivant l'âge, le sexe et la nationalité des répondants. Il n'est toutefois pas question d'envisager, sur cette seule base, une étiologie des consommations ou de la situation des enquêtés. L'intérêt de cette enquête est davantage de montrer que l'alcool n'est pas toujours aussi

omniprésent dans les parcours des personnes sans domicile que ce que l'imagerie populaire véhicule ordinairement, et de rappeler que ce lien correspond le plus souvent à des profils liés à une grande précarisation, dont une partie n'est pas interrogée par l'enquête *Sans-domicile 2001*. En effet, plusieurs catégories de sans-domicile n'ont pas pu être pris en compte par l'enquête, il s'agit, par exemple, des personnes qui n'ont pas recours au circuit d'assistance même s'ils en connaissent l'existence, il y a également toutes celles qui vivent dans de petites aggloméra-

Tableau 7
Caractéristiques des sans-domicile suivant le nombre de signes d'usage potentiellement problématique d'alcool déclarés au cours des douze derniers mois

Proportions de réponses positives		Aucun	Un	Deux	Trois	Ensemble
Sexe	Homme	60,9	91,7***	92,3	93,5	66,4
Situation familiale	Seul	67,7	84,6***	91,2	95,0	71,2
Situation logement la veille de l'enquête	Sans-abri	17,8	30,9***	27,7	24,2	19,7
Revenu	Salaire	31,7	32,3	11,9	16,8	30,3
	RMI	20,2	30,8***	34,1	32,3	22,4
Nationalité	Française	66,7	81,7***	85,0	79,0	69,5
A déjà dormi dans la rue durant sa vie	Oui	45,5	77,1***	75,6	83,2	51,1
Santé (état de santé ressenti)	Bon	57,0	47,2*	35,3**	20,4**	53,8
Médicaments psychotropes (tous les jours, certains jours)	Oui	18,4	23,6	28,8	37,5**	20,2
Problème de violence familial	Oui	23,4	24,3	41,9	30,8	24,9
Problème d'alcoolisme familial	Oui	20,8	25,9	38,8	36,4	22,8
Effectifs		3 238	285	193	83	3 805

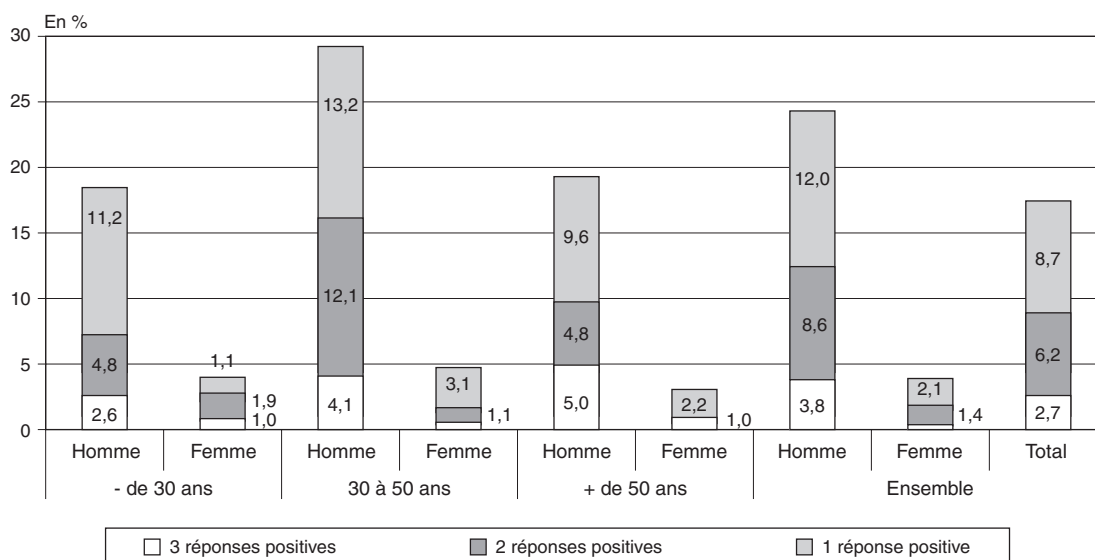
En %

Lecture : il y a significativement plus d'hommes parmi les individus ayant déclaré un seul signe d'usage problématique que parmi les individus qui n'en ont déclaré aucun (91,7 % versus 60,9 %, $p < 0,001$).

*, **, *** : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil de 5 %, 1 % et 0,1 % pour la comparaison des pourcentages entre deux colonnes adjacentes.

Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

Graphique III
Cumul des signes d'usage potentiellement problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois parmi la population des sans-domicile



Source : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, 2001, Insee.

tions dépourvues de services d'hébergement ou de restauration gratuite.

Pour les individus présentant des symptômes d'alcoolisation excessive, il serait pertinent d'explorer les temporalités et les contextes de cette pratique : par exemple, l'alcool est-il plus systématiquement consommé dans les situations d'urgence ou dans les circonstances les plus dures (rue, centre d'hébergement d'urgence) et moins lorsque l'environnement s'avère plus clément ? Au-delà des limites de comparabilité entre les questions de l'enquête *Sans-domicile 2001* et celles des enquêtes en population générale récentes menées en France

qui suggèrent des pistes d'amélioration pour l'avenir, il serait très utile, dans une prochaine enquête, d'ajouter quelques questions sur le tabac et les drogues illicites afin de parfaire ce tableau à peine esquissé sur le rapport des sans-domicile aux substances psychoactives. Les progrès récents accomplis sur les enquêtes en population générale sur les drogues en France et en Europe devraient fournir un cadre méthodologique et des questionnements standardisés utiles dans la conception d'un module de questionnaire adapté à la population des sans-domicile et qui soit comparable avec les données de cadrage produites sur l'ensemble de la population. □

BIBLIOGRAPHIE

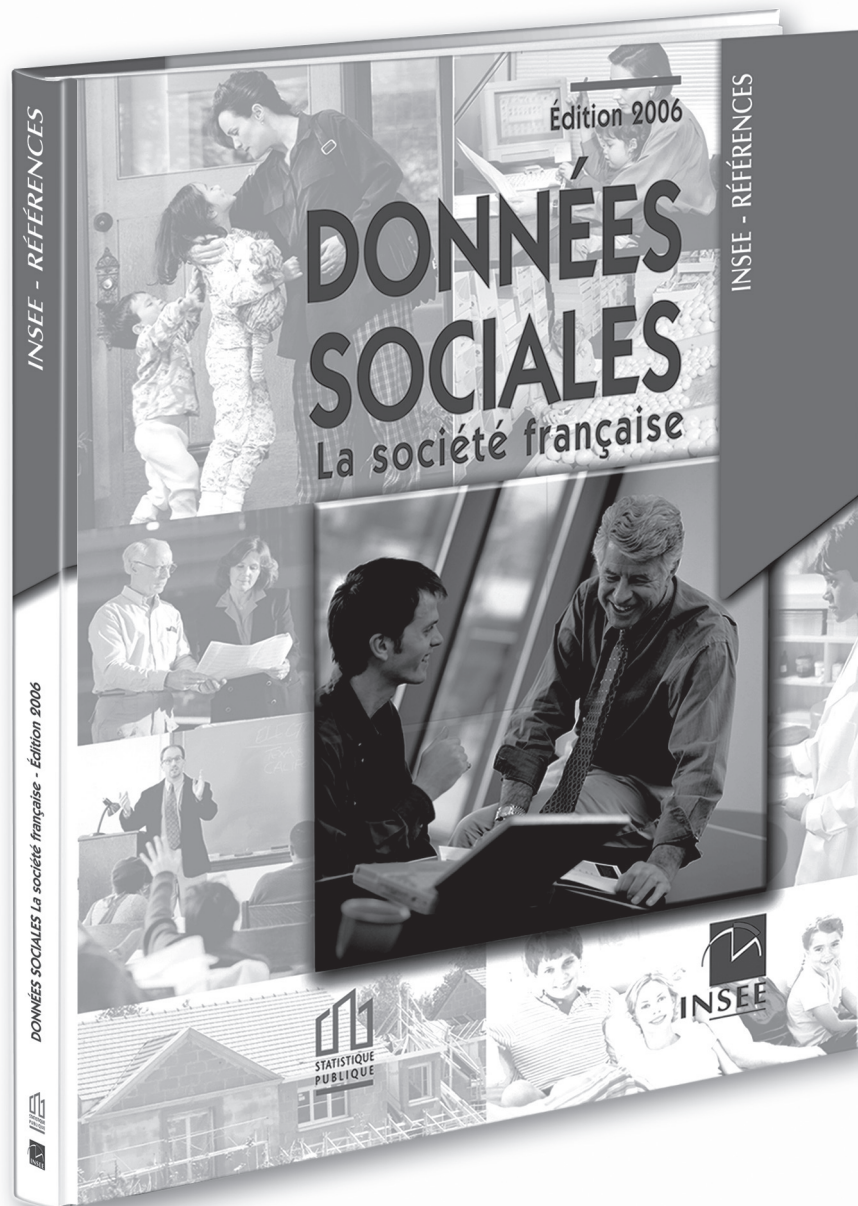
- Aertgeerts B., Buntix F., Ansoms S. et Fevery J. (2001)**, « Screening Properties of Questionnaires and Laboratory Tests for the Detection of Alcohol Abuse or Dependence in a General Practice Population », *British Journal of General Practice*, n° 51, pp. 206-217.
- Aliaga C., Brousse C., Fournier L. et Plante N. (2003)**, « France-Québec : une comparaison de la population des sans-domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas », *Santé, société et solidarité*, n° 1, pp. 97-113.
- American Psychiatrist Association (1996)**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^{ème} édition (DSM IV), édition française, Masson, Paris.
- Amosse T., Doussin A., Firdion J.-M., Marpsat M. et Rochereau T. (2001)**, « Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire », *Credes*, biblio n° 1355, 86 p.
- Ancel P. et Gaussot L. (1998)**, *Alcool et alcoolisme, pratiques et représentations*, Logiques sociales, L'Harmattan, Paris, 240 p.
- Bahr H. et Garrett G.R. (1976)**, *Women alone*, Lexington, MA, Lexington books.
- Baudier F. et Arènes J. (1997)**, *Baromètre santé adultes 95/96*, Vanves, Les éditions du CFES, 288 p.
- Beck F. et Brossard C. (2004)**, « L'alcoolisation des femmes en France : typologie des contextes d'usage », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 26, n° 1, pp. 21-30.
- Beck F. et Legleye S. (2003)**, « Drogues et adolescence. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes : ESCAPAD 2002 », *Rapport OFDT*, 164 p.
- Beck F. et Legleye S. (2005)**, Le repérage précoce des usages problématiques de drogues, in Angel P., Richard D., Valleur M., Chagnard E. (Eds), *Toxicomanies, Abrégés Masson*, (2^{ème} édition), pp. 78-85.
- Beck F., Legleye S. et Peretti-Watel P. (2003)**, « Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques EROPP 2002 », *Rapport OFDT*, 227 p.
- Bless R., Korf D., Riper H. et Diemel S. (1997)**, *Improving the Comparability of General Population Surveys on Drug Use in the European Union*, Final report, commissioned by EMCDDA.
- Bisson J., Nadeau L. et Demers A. (1999)**, « The Validity of the CAGE Scale to Screen for Heavy Drinking and Drinking Problems in a General Population Survey », *Addiction*, vol. 94, n° 5, pp. 715-722.
- Bourgeois F., Ebermeyer S. et Sevin M. (2004)**, « L'hébergement des demandeurs d'asile à Lyon : pratiques locales et devenir des demandeurs », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, pp. 205-222.

- Brousse C., De la Rochère B. et Massé E. (2002)**, « Hébergement et distribution de repas chauds. Le cas des sans-domicile », *Insee Première*, n° 823.
- Brousse C. (2006)**, « Le réseau d'aide aux sans-domicile : un univers segmenté », *Économie et Statistique*, n° 391-392, ce numéro.
- Castelain J.-P. (1994)**, « Pour une ethnographie des consommations de produits psychoactifs », dans *La demande sociale des drogues*, A. Ogien et P. Mignon (dir.), Paris, La Documentation française, pp. 51-62.
- Collet M., Menahem G., Paris V. et Picard H. (2003)**, « Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la Santé*, CREDES, n° 63, 6 p.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E. et Lengagne P. (2005)**, « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », *Questions d'économie de la santé*, série « Méthode », n° 97, 8 p.
- Combaluzier S. (2004)**, « Alcool, exclusion sociale et troubles de la personnalité. Mesures de leurs interactions chez les hommes sans-domicile fixe », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 26, n° 1, pp. 15-20.
- Coppel A. (2004)**, « Figures de femmes », *Le courrier des addictions*, vol. 6, n° 2, pp. 54-58.
- Dabit D. et Ducrot S. (1999)**, « Alcool et Sans-Abri : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne », *Alcoologie*, tome 21, n° 3, pp. 439-446.
- De Gaulejac V. (1996)**, *Les sources de la honte*, Desclée de Brouwer, 316 p.
- de la Blanchardière A., Méchouy G., Brunel P., Olivier P. (2004)**, « Étude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002 », *Revue de Médecine Interne*, vol. 25, n° 4, pp. 264-270.
- de la Rochère B. (2002a)**, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee Première*, n° 893.
- de la Rochère B. (2002b)**, « Les sans-domicile ne sont pas coupés de l'emploi », *Insee Première*, n° 925.
- de Singly F. (1983)**, « Questionnaire et figuration », *Revue de l'Institut de sociologie*, n° 3-4, pp. 311-325.
- Drouot, N. et Simmonot R. (2003)**, Rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Médecins du monde / École de santé publique de Nancy, Paris, 60 p.
- Dunning E. et Maguire J. (1995)**, « Rôle des processus sociaux dans le sport, les relations entre les sexes et le contrôle de la violence », *Sociologie et sociétés*, vol. XXVII, n° 1, pp. 117-137.
- Eriksen S. (1999)**, « Alcohol as a Gender Symbol, Women and the alcohol Question in Turn-of-the Century Denmark », *Scandinavian Journal of History*, n° 24, pp. 45-73.
- Ewing J.A. (1984)**, « Detecting Alcoholism: the CAGE Questionnaire », *JAMA*, n° 252, pp. 1905-1907.
- Fahet G., Cayla F., Drouot N., Simmonot N. et Fauvel G. (2004)**, *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Rapport 2003*, Humanitaire HS n° 1, Médecins du monde, Paris, 144 p.
- Fichter M.M., Koniarczyk M., Greifenhagen A., Koegel P., Quadflieg N., Wittchen H.U. et Wölz J. (1996)**, « Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany », *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 246, pp. 185-196.
- Fischer P.J. et Breakey W.R. (1991)**, « The Epidemiology of Alcohol, Drug and Mental Disorders among Homeless Persons », *American Psychology*, vol. 46, n° 11, pp. 1115-1128.
- Fischer, P.J. et Breakey W.R. (1987)**, « Profile of the Baltimore Homeless with Alcohol Problems », *Alcohol Health and Research World*, n° 11, pp. 36-37.
- Fischer P.J. (1989)**, « Estimating the Prevalence of Alcohol, Drug and Mental Health Problems in the Contemporary Homeless Population: A Review of the Literature », *Contemporary drug problems*, Fall, pp. 333-389.
- Forst M.L. (1994)**, « A substance use profile of delinquent and homeless youths », *Journal of Drug Education*, vol. 24, n° 3, pp. 219-231.

- Fountain J., Howes S. et al. (2003)**, « Drug and alcohol use and the link with homelessness: Results from a survey of homeless people in London », *Addiction Research & Theory*, vol. 11, n° 4, pp. 245-256.
- Fournier L. et Mercier C. (dir.) (1996)**, *Sans-domicile fixe au-delà du stéréotype*, Méridien, Québec.
- Goffman E. (1973)**, *La Mise en scène de la vie quotidienne [tome 2 : Les relations en public]*. Paris, Les Éditions de Minuit, 372 p.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (2001)**, *Baromètre santé 2000*, CFES, Paris, 473 p.
- Gaussot L. (1998)**, « Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du "bien boire" » *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n° 1, pp. 5-42.
- Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A. et Morgan M. (2001)**, *The 1999 ESPAD Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*, CAN, Stockholm, 362 p.
- Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J. et Schiltz M.-A. (2003)**, *Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale*, La documentation française, Secrétariat d'État aux Droits des Femmes et à la Formation permanente, Service des Droits des Femmes et de l'égalité, Paris, La Documentation française.
- Kalter H.D. (1992)**, « The validation of Interviews for Estimating Morbidity », *Health Policy and Planning*, vol. 7, n° 1, pp. 30-39.
- Koegel P. et Burman M.A. (1988)**, « Alcoholism among Homeless Adults in the Inner City of Los Angeles », *Arch Gen Psy*, vol. 45, n° 11, pp. 1011-1018.
- Kovess V. et Mangin-Lazarus C. (1997)**, « L'abord épidémiologique des troubles mentaux dans les populations défavorisées », *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, n° 9, pp. 17-24.
- Kovess, V. et Mangin-Lazarus C. (1999)**, « The Prevalence of Psychiatric Disorders and Use of Care by Homeless People in Paris » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, n° 11, pp. 580-587.
- Kovess V., Chan Chee C., Labarte S. et Brunou N. (2001)**, *Enquête épidémiologique sur la santé des mutualistes de la MGEN. Résultats 2001*. Département de recherche et d'étude en santé publique (Dresp), MGEN.
- Koopman C., Rosario M. et Rotheram-Borus M.J. (1994)**, « Alcohol and Drug Use and Sexual Behaviors Placing Runaways at Risk for HIV Infection », *Addictive Behaviors*, vol. 19, pp. 95-103.
- Legleye S., Menard C. et Baudier F. (2001)**, « Alcool », in Guilbert P., Baudier F. et Gautier A. (dir.) *Baromètre Santé 2000, Résultats*, Vanves, Éditions du CFES, pp. 123-159.
- Leifman H. (2002)**, « Trends in Population Drinking », in Norström T (ed.) *Alcohol in post-war Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, National Institute of Public Health, Stockholm, pp. 49-81.
- Mackenback J.P., Looman C.W.N. et Van der Meer J.B.W. (1996)**, « Differences in the Misreporting of Chronic Conditions, by Level of Education: The Effect of Inequalities in Prevalence Rates », *American Journal of Public Health*, n° 86, pp. 706-711.
- Malet L., Boussiron D., Schwan R., Llorca P.-M. et Aublet-Cuvelier B. (2002)**, « Could the CAGE Questionnaire Be Shortened? », Presented at the 28th annual alcohol epidemiology symposium of the Kettil Bruun Society, Paris.
- Michaud P., Gache P., Batel P. et Arwidson P. (2003)**, « Intervention brève auprès des buveurs excessifs », *Revue du praticien, médecine générale.*, vol. 17, n° 604, pp. 281-289.
- Nauleau G. et Quesemand-Zucca S., (2002)**, « L'ivresse de la rue », *Psychologie clinique*, n° 14, Actualités des Cliniques Addictives, pp. 93-97.
- Observatoire du Samu social de Paris (1998)**, *Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*, Paris, 7 p.
- Observatoire du Samu social de Paris (1999)**, *Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*, Paris, 9 p.
- OPCS (1996)**, *Psychiatric morbidity among homeless people, OPCS Surveys of Psychiatric morbidity in Great Britain*, Office for National Statistics, Rapport n° 7.

- Orwell G. (1931)**, *Dans la Dèche à Paris et à Londres*, Paris, 10/18 – Domaine étranger, 2001.
- Piccinelli M., Tessari E., Bordotolomasi M., Piasere O., Semenzin M., Garzotto N. et Tansella M. (1997)**, « Efficacy of the Alcohol use Disorders Identification Test as a Screening Tool for Hazardous Alcohol Intake and related Disorders in Primary Care: A Validity Study », *British Medical Journal*, n° 314, pp. 420-424.
- Reed A., Ramsden S., Marschall J, et al. (1992)**, « Psychiatric Morbidity and Substance Abuse among Residents of a Cold Weather Shelter », *British Medical Journal*, vol. 304, n° 6833, pp. 58-67.
- Robertson M.J., Koegel P. et Ferguson L. (1989)**, « Alcohol use and abuse among homeless adolescents in Hollywood », *Contemporary Drug Problems*, n° 16, n° 3, pp. 415-452.
- Roquet E. (2001)**, « Le “bien boire” du sans-abri », *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, vol. 7, n° 2, pp. 23-32.
- Rubington E. (1968)**, « The bottle gang », *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, n° 29, pp. 943-955.
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R. et Grant M. (1993)**, « Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II », *Addiction*, vol. 88, n° 6, pp. 791-804.
- Sadana R. (2000)**, « Measuring Reproductive Health: Review of Community-Based Approaches to Assess Morbidity », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, pp. 640-54.
- Schutt R.K. et Garrett G.R. (1992)**, « The Homeless Alcoholics: Past and Present », in Robertson MJ, Greenblatt M, Homelessness: A National Perspective, New York, Plenum Press, pp. 177-186.
- Smart R.G., Adlaf E.M., Walsh G.W. et Zdanowicz Y. (1994)**, « Similarities in Drug Use and Depression among Runaway Students and Street Youth », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 85, n° 1, pp. 17-18.
- Wright N., Oldham N. et Jones L. (2005)**, « Exploring the Relationship Between Homelessness and Risk Factors for Heroin-Related Death – A Qualitative Study », *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, n° 3, pp. 245-251.
- Yates G.L., MacKenzie R., Pennbridge J. et Cohen E. (1988)**, « A Risk Profile Comparison of Runaway and Non-Runaway Youth », *American Journal of Public Health*, vol. 78, n° 37, pp. 820-821.

Zoom sur la vie des Français



➤ Des spécialistes des sciences sociales éclairent les grands débats actuels :

- la famille,
- la formation,
- les conditions de travail...

En vente en librairie,
à l'Insee et sur www.insee.fr

37 € - Collection Insee - Références



INSEE