

PARCOURS #4

La consommation d'alcool chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en France

*Andrainolo Ravalihasy, Annabel Desgrées du Loû, Julie Pannetier,
Nicolas Vignier, France Lert, Rosemary Dray-Spira, Nathalie Lydié
pour le groupe PARCOURS*

Contact Corresponding Author

Andrainolo Ravalihasy

Ingénieur d'étude au Ceped (UMR196 Paris Descartes IRD) dans le cadre du projet PARCOURS, il a bénéficié pour ce travail d'un soutien de l'agence Santé Publique France (ex INPES).

a.ravalihasy@ceped.org

Citation recommandée Recommended citation

Ravalihasy A, Desgrées du Loû A, Pannetier J, Vignier N, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N pour le groupe PARCOURS, « La consommation d'alcool chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en France », *Working Paper du Ceped*, n°36, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, Novembre 2016.

Available at <http://www.ceped.org/wp>

Ceped Centre Population et Développement

UMR 196 Université Paris Descartes IRD
45 rue des Saints-Pères 75006 PARIS, France
<http://www.ceped.org/> • contact@ceped.org

Les Working Papers du Ceped constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du Ceped ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture. **Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.**

Ceped Working Papers are **working papers** on current research conducted by Ceped-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals. **Copyrights are held by the authors.**



L'étude PARCOURS : une étude sur le VIH et l'hépatite B et la santé dans les parcours de vie de migrants subsahariens vivant en Ile de France.

Les personnes nées en Afrique Sub-saharienne constituent en France une des populations les plus touchées par l'hépatite B et par l'infection VIH. Il est donc nécessaire d'ajuster les stratégies de santé publique aux besoins propres de ces migrants, et pour cela de mieux comprendre ce qui accroît leur vulnérabilité face à ces infections ou au contraire contribue à un bénéfice optimal de la prévention et des soins.

L'objectif de l'étude PARCOURS est donc de comprendre comment les facteurs sociaux et individuels se conjuguent au cours du parcours de migration et d'installation en France pour augmenter ou diminuer les risques d'infection par le VIH ou le virus de l'hépatite B, favoriser l'accès à la prévention et aux soins ou y faire obstacle, optimiser ou limiter l'efficacité de la prise en charge.

Cette recherche a été conduite en Ile de France où résident 60% des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Elle repose sur une enquête observationnelle transversale représentative menée entre février 2012 et mai 2013 dans 74 structures de santé en Ile-de-France, auprès de trois groupes de migrants originaires d'Afrique Sub-Saharienne : un groupe vivant avec le VIH, un groupe de porteurs d'une hépatite B chronique et un groupe n'ayant aucune de ces deux pathologies.

Les histoires de vie des 2468 personnes enquêtées ont été collectées avec une approche biographique quantitative qui permet de restituer l'enchaînement des différents événements des parcours de vie et de santé et d'éclairer la situation présente (type de prise en charge de la maladie, qualité de vie du patient) à la lumière de l'ensemble des éléments de la trajectoire passée (administratifs, familiaux, socio-économiques, professionnels) et des projets du patient.

L'enquête a reçu l'autorisation de la CNIL. Elle est enregistrée sur le site www.clinicaltrials.gov (NCT02566148). Le protocole complet est disponible sur <http://ceped.org/parcours/protocole-fr.pdf>.

Le groupe PARCOURS est composé de A Desgrées du Loû, F Lert, R Dray Spira, N Bajos, N Lydié (responsables scientifiques), J Pannetier, A Ravalihasy, A Gosselin, E Rodary, D Pourette, J Situ, P Revault, P Sogni, J Gelly, Y Le Strat, N Razafindratsima.

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête ANRS-PARCOURS. Nous remercions également les associations qui ont apporté leur soutien à l'étude, notamment SOS Hépatites (Michelle Cizorne), le Comede (Pascal Revault, Arnaud Veisse, Laurence Wolmark), le RAAC-SIDA (réseau des associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida) et le FORIM (Jean-Charles Ahomadegbe, Khady Sakho). Nos remerciements vont par ailleurs à Géraldine Vivier, Eva Lelièvre (INED) et Anne Gervais (AP-HP) pour leur contribution à la préparation des questionnaires, à H Panjo pour son aide sur la méthodologie statistique, ainsi qu'à Agnès Guillaume (IRD) pour la communication sur l'enquête. Le recueil des données a été assuré par les sociétés ClinSearch et Ipsos.

L'enquête PARCOURS a été financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), avec le soutien de la Direction générale de la Santé.

Pour plus d'information sur l'étude : <http://www.parcours-sante-migration.com>



The PARCOURS study: a study on HIV, Hepatitis B and health in the life trajectories of Sub-Saharan migrants living in Paris region

People born in Sub-Saharan Africa constitute one of the groups most affected by Hepatitis B and HIV infection in France. It is thus necessary to adjust public health strategies to the specific needs of these migrants and therefore to better understand what increases their vulnerability to these infections or on the contrary, what contributes to better results in terms of prevention and care.

The aim of the the PARCOURS study is therefore to understand how social and individual factors interact throughout the migration and settlement paths in France to increase or decrease the risk of infection by HIV or Hepatitis B viruses, to favour or hinder the access to prevention and care, to maximise or limit the efficacy of healthcare.

This research was led in Paris region where up to 60% of Sub-Saharan migrants live. It consists in an observational and cross-sectional survey led between February 2012 and May 2013 in 74 healthcare structures in Paris region, with three groups of migrants coming from Sub-Saharan Africa: one group living with HIV, one group living with chronic Hepatitis B and one group who had neither of these two infections.

The life trajectories of the 2468 surveyed persons were collected through a quantitative biographical design which allows to render the sequence of different events in life and health pathways and to explain the present situation (type of care, patients' quality of life) in the light of the of past trajectories (administrative, family-related, socio-economic, professional dimensions) and of the patient' projects.

The survey was authorised by the CNIL. It is registered on the website www.clinicaltrials.gov (NCT02566148). The complete protocol is available on <http://ceped.org/parcours/protocole-en.pdf>.

The PARCOURS Study Group included A Desgrées du Loû, F Lert, R Dray Spira, N Bajos, N Lydié (scientific coordinators), J Pannetier, A Ravalihasy, A Gosselin, E Rodary, D Pourette, J Situ, P Revault, P Sogni, J Gelly, Y Le Strat, N Razafindratsima.

The authors would like to thank all the persons who participated in the study, the RAAC-Sida, COMEDE, FORIM and SOS hepatitis associations for their support in preparing and conducting the survey, G Vivier, E Lelièvre (INED) and A Gervais (AP-HP) for their support in preparing the questionnaire, H. Panjo for statistical support, A Guillaume for communication tools, the ClinSearch and Ipsos societies for data collection, and staff at all participating centres.

This study was supported by the French National Agency for research on AIDS and Viral hepatitis (ANRS) and the General Direction of Health (DGS, French Ministry of Health). The sponsor of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation or writing of the paper.

More information available at <http://www.parcours-sante-migration.com>

La consommation d'alcool chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en France

Andrainolo Ravalihasy^a, Annabel Desgrées du Loû^a, Julie Pannetier^a, Nicolas Vignier^b, France Lert^c, Rosemary Dray-Spira^b, Nathalie Lydié^d pour le groupe PARCOURS

Résumé

La migration peut engendrer différentes situations de vulnérabilité et de précarités sociales et économiques. Si les migrants subsahariens viennent de pays où la consommation d'alcool est moins fréquente qu'en France, les difficultés sociales rencontrées à l'arrivée peuvent s'accompagner d'une consommation d'alcool à risque. Parallèlement, les migrants subsahariens vivant en France constituent une population à risque en ce qui concerne l'infection à VIH et au virus de l'hépatite B, maladies pour lesquelles la consommation abusive d'alcool peut compliquer la prise en charge médicale. Il est donc nécessaire de mieux connaître la consommation d'alcool et les déterminants de cette consommation chez ces migrants.

Nous proposons de décrire la consommation d'alcool et en analyser les déterminants chez les migrants subsahariens vivants en Île-de-France, à partir de l'enquête ANRS-PARCOURS menée en 2012-2013 en Île-de-France. Cette enquête a permis de mesurer la consommation d'alcool au moment de l'enquête chez des migrants subsahariens suivis pour une infection à VIH ou une hépatite B chronique, ou n'ayant aucune de ces deux maladies, mais également de recueillir des informations sur leur parcours migratoire et leur situation sociale en France. Notre analyse montre que la consommation d'alcool et la consommation à risque d'alcool sont présentes au sein de cette population même si elles sont moins fréquentes comparées à ce qu'on observe dans la population générale française. Ces modes de consommation sont associées à certaines situations de vulnérabilité engendrées par le parcours migratoire.

Mots-clés

Africains subsahariens, alcool, migration, socialisation, précarité.

INTRODUCTION

La consommation à risque d'alcool entraîne de nombreux problèmes de santé (Institut National de la Santé et de la Recherche médicale 2001). Plusieurs pathologies sont attribuables à la consommation excessive d'alcool, y compris des maladies infectieuses telles que l'infection à VIH, la consommation excessive d'alcool étant liée à des comportements d'exposition aux risques. Outre les décès et maladies, les effets de cette consommation à risque s'étendent aussi aux conséquences économiques et sociales, y compris l'existence de violences ou de dommages, intentionnels ou non, envers l'entourage, ce qui en fait une question majeure de santé publique (Møller 2013, Poznyak, Saraceno, and Obot 2005).

L'Organisation mondiale de la Santé, sur la base de travaux menés par Rehm et al. (2010) et

Blas et al. (2010), propose de classer les déterminants de la consommation d'alcool en deux types : d'une part les facteurs de vulnérabilité sociale (qui intègrent les notions de culture, de développement, de contexte de consommation, et de production), d'autre part les facteurs de vulnérabilité individuelle (qui intègrent les notions d'âge, de genre et de famille, de statut socioéconomique) (World Health Organisation 2014).

En 2010, en France, la consommation d'alcool à risque touche 45,8% des hommes et 17,3% des femmes, et est liée à différents facteurs tels que l'âge, le contexte professionnel et la vulnérabilité socioéconomique (Com-Ruelle and Célant 2013). Ces mêmes facteurs sont également des déterminants de la consommation d'alcool à proprement parler (Com-Ruelle et al. 2008).

^a Ceped (Centre Population et Développement, UMR 196, Paris Descartes, IRD), IRD, France.

^b UMRS 1136, INSERM - Sorbonne Universités UPMC, France.

^c Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Inserm, U1018, Villejuif, France.

^d Santé Publique France, Saint-Denis, France.

Tableau 1. Prévalence des individus "non consommateurs" et "consommateurs excessifs occasionnels" en France et dans les principaux pays d'origine des migrants subsahariens en France

	France	Cameroun	Mali	Côte d'Ivoire	Congo RDC	Congo Brazzaville	Sénégal
Non consommateurs	5,2%	56,8%	96,2%	76,7%	72,1%	71,3%	94,5%
Consommation excessive occasionnelle	29,4%	12,1%	0,1%	2,4%	3,0%	3,2%	0,2%

Source : OMS¹

En Afrique la consommation d'alcool semble généralement moins élevée comparée à celle en France et elle est différente selon les pays (Clausen et al. 2009). Les données de l'Organisation mondiale de la Santé montrent la différence des pratiques de consommation d'alcool en France et dans les principaux pays d'origine des migrants subsahariens en France (Tableau 1).

Les résultats des quelques études qui s'intéressent à la consommation de substances psychoactives chez les migrants semblent montrer que cette consommation augmente et se rapproche de celle de la population native pour les migrants résidants depuis une période relativement longue (Taïeb et al. 2008). Une analyse comparant la consommation de substances psychoactives chez les migrants et la population native aux États-Unis montre que la prévalence de consommation d'alcool au cours de la vie est similaire entre les individus ayant migré depuis plus de 14 ans et la population native (Johnson, VanGeest, and Cho 2002).

Ces différents constats amènent à s'interroger sur la consommation d'alcool des migrants africains vivant en France qui est mal connue, d'autant plus que ceux-ci connaissent de longues périodes de précarité (Gosselin et al. 2016), situations qui peuvent être associées à une augmentation de la consommation d'alcool (Mulia et al. 2008).

Les Africains en France

L'immigration subsaharienne en France, bien qu'existante aux XIX^e et XX^e siècles², prend véritablement son essor dans les années 1970. Les

personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne étaient 20,000 en 1962 et 570,000 en 2004, elles représentaient alors 12% des personnes immigrées vivant en France (Lessault and Beauchemin 2009). En 2011, elles représentaient 1% de la population résidant en France selon le recensement de la population (INSEE 2012). Impulsée par le changement de politique migratoire favorisant le regroupement familial au détriment de l'immigration de travail, l'immigration féminine a augmenté de 177% entre 1975 et 1982 (Couillet and projet PARCOURS 2010). Par ailleurs, les femmes arrivent de plus en plus seules ou devant un conjoint pour chercher un emploi, faire des études (Beauchemin, Borrel, and Régnaud 2013).

Les conditions de vie des subsahariens en France apparaissent particulièrement difficiles, en 2011, 42% d'entre eux vivaient en dessous du seuil de pauvreté (INSEE 2012). Les personnes immigrées venues d'Afrique Subsaharienne étaient particulièrement touchées par l'inactivité et le chômage (Meurs, Pailhé, and Simon 2006) et lorsqu'elles travaillaient leur salaire était en moyenne de 15% inférieur à celui de la population majoritaire (Meurs, Lhommeau, and Okba 2015). Par ailleurs, des difficultés sociales peuvent s'étendre sur une longue période puisqu'il faut en médiane 6 pour les femmes et 7 ans pour les hommes pour obtenir une stabilité minimale soit un titre de séjour d'au moins un an, un logement et une activité permettant d'être financièrement indépendant-e (Gosselin et al. 2016).

¹ cf. <http://www.who.int/gho/countries/en/>

² Il s'agit notamment de navigateurs installés notamment dans le port de Marseille ou des soldats autrement appelés les « tirailleurs sénégalais » restés en France.

Objectif

Nous proposons, à partir de l'étude PARCOURS, de mesurer la consommation d'alcool et la consommation d'alcool à risque chez les migrants africains vivant en Ile de France, de comparer cette consommation entre des migrants infectés par le VIH, des migrants porteurs d'une hépatite B et des migrants qui n'ont aucune de ces maladies, et d'analyser les déterminants sociaux de cette consommation.

MÉTHODES

L'enquête Parcours

L'enquête PARCOURS, "Parcours de vie, VIH/Sida et hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France", vise à améliorer la prévention et la prise en charge de deux maladies, VIH-Sida et l'hépatite B, au sein de la population migrante d'origine subsaharienne vivant en Île-de-France. Il s'agit d'une enquête transversale effectuée auprès de 3 groupes : les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France infectées par le VIH, celles atteintes par le virus de l'hépatite B et celles n'ayant aucune de ces deux maladies. Elle concerne les personnes âgées de 18 à 59 ans, de nationalité subsaharienne à la naissance et nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, vivant en île de France à l'enquête, et diagnostiquées pour le VIH ou l'hépatite B depuis au moins 3 mois (pour les groupes VIH et hépatite B). Les personnes vivant avec le VIH ou ayant une hépatite B ont été recrutées au sein des services d'établissements hospitaliers prenant en charge ces patients. Les personnes n'ayant aucune de ces deux maladies ont été recrutées dans des lieux de consultation de médecine générale qui peuvent être des centres médicaux, des permanences hospitalières d'accès aux soins, des structures particulières fréquentées par les demandeurs d'asile et les exilés. Chaque groupe est représentatif des individus consultant dans le type de structure de santé dans lequel l'échantillonnage est effectué, sachant que 60% de la population migrante d'origine subsaharienne en France vit en Île-de-France. L'intégralité du protocole est disponible avec le lien suivant :

<http://ceped.org/parcours/protocole-fr.pdf>

Indicateurs de la consommation d'alcool

Trois questions posées dans l'enquête PARCOURS permettent de reconstruire le score de consommation d'alcool AUDIT-C (sous-score du test AUDIT de l'Organisation mondiale de la Santé) qui peut varier de 0 à 12 (Bush K et al. 1998). Ces questions concernent la fréquence de consommation, la quantité de boisson consommée un jour typique, et la consommation excessive d'alcool lors d'une seule occasion :

1. Quelle est votre consommation d'alcool ?
 - a. vous ne buvez jamais d'alcool
 - b. 1 fois par mois ou moins
 - c. 2 à 4 fois par mois
 - d. 2 à 3 fois par semaine
 - e. au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
 - a. non consommateur
 - b. 1 ou 2
 - c. 3 ou 4
 - d. 5 ou 6
 - e. 7, 8 ou 9
 - f. 10 ou plus
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
 - a. non-consommateur
 - b. jamais
 - c. moins d'une fois par mois
 - d. une fois par mois
 - e. une fois par semaine
 - f. tous les jours ou presque

À partir de ce score AUDIT-C, on peut fixer un seuil au-delà duquel un individu est considéré comme pratiquant une consommation à risque d'alcool. Selon les auteurs ce seuil peut varier : la consommation est considérée comme à risque à partir d'un score de 3 points chez les femmes et 4 points chez les hommes (Bradley et al. 2007). Cependant, la quantification du score ne permet pas forcément de distinguer les alcoolisations ponctuelles et régulières ainsi que les pratiques dites « modérées » des pratiques dites « excessives ». À score égal, deux individus pourraient avoir des modes de consommation différents.

Une autre classification proposée par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) consiste à définir

des « profils d'alcoolisation », selon les recommandations de l'OMS en termes de consommation d'alcool (Mouquet and Villet 2002). La construction de ces profils tient compte du volume hebdomadaire en termes de consommation d'alcool ainsi que d'une alcoolisation ponctuelle importante. Ceci permet de distinguer une consommation régulière d'une consommation occasionnelle et en même temps de dégager une pratique dite « à risque » d'une pratique dite « sans risque ».

À partir de cette méthode, une personne peut être classée dans 4 différents profils (Tableau 2).

- » Les non-consommateurs, qui ne boivent jamais de boissons alcoolisées.
- » Les consommateurs sans risque, qui ont une consommation d'alcool qui ne dépasse pas les seuils et pratiques recommandés.

- » Les consommateurs à risque ponctuel : la volumétrie hebdomadaire de consommation rejoint celle des consommateurs sans risque, mais ils boivent de manière excessive à certaines occasions. Cette consommation excessive ponctuelle suffit à accroître les dangers liés aux états d'ébriété et les comportements à risque de l'individu.
- » Les consommateurs à risque chronique : ils ont une volumétrie hebdomadaire de consommation supérieure aux seuils recommandés ou consomment de l'alcool de manière importante et de façon récurrente. Outre les risques qu'ils ont en commun avec les consommateurs à risque ponctuel, ces individus sont également exposés à des risques physiologiques et sociaux.

Tableau 2. Construction des profils de consommation et comparaison avec le score AUDIT-C

Profil d'alcoolisation selon la méthodologie proposée par la DREES (Mouquet and Villet 2002)			Score AUDIT-C dans l'échantillon
Volumétrie hebdomadaire	Consommation de 6 verres ou plus en une seule occasion	Profils de consommation	
Hommes : 0 verre Femmes : 0 verre	➡ Jamais	➡ Non-consommateurs	0
Hommes : ≤ 21 verres Femmes : ≤ 14 verres	➡ Jamais	➡ Consommateurs sans risque	1-5 1-4
Hommes : ≤ 21 verres Femmes : ≤ 14 verres	➡ Et ≤ 1 fois par mois	➡ Consommateurs à risque ponctuel	2-8 2-7
Hommes : > 21 verres Femmes : > 14 verres	➡ Ou ≥ 1 fois par semaine	➡ Consommateurs à risque chronique	6-12 5-12

Nous construisons 2 variables à partir de ces profils de consommation ; une variable distinguant les non-consommateurs des consommateurs, et une variable distinguant la consommation sans risque de la consommation à risque.

Variables explicatives

Variables sociodémographiques et conditions de la migration

Les variables sociodémographiques utilisées sont l'âge, le sexe, le niveau d'étude à l'enquête et la région d'origine (Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Afrique de l'Est et australe). Les variables qui sont liées aux conditions de la migration sont : les périodes d'arrivée (avant 1996, 1996-2004, 2005-2013), les raisons de la venue en France

(chercher un emploi, rejoindre un membre de la famille, menacé dans son pays, venir pour les études, raisons médicales).

Variables indiquant les situations de socialisation

Les situations de socialisation sont investiguées à travers les variables suivantes : avoir un réseau social (présence d'une personne sur qui compter dans les moments difficiles ou pour partager une bonne nouvelle), avoir eu en France des relations conjugales stables (relations durant plus d'un an), la langue parlée avec l'entourage (français ou langue du pays d'origine). Nous considérons également la confession (musulmans, chrétiens, autres religions) et la pratique religieuse (ne pratique pas, pratique occasionnellement, pratique régulièrement).

Variables indiquant les situations de précarité

Afin de prendre en compte les situations de précarité, nous utilisons des variables socioéconomiques telles que la provenance des ressources principales de l'individu (ressources de sa propre activité, ressources provenant de la famille et de l'entourage, instabilité financière), le type de logement occupé (logement personnel, hébergé par la famille ou l'entourage, structure collective, instabilité résidentielle) et la situation administrative à l'enquête (n'a pas de titre de séjour, a un titre de séjour court, a un titre de séjour long ou a acquis la nationalité française).

Analyses statistiques

Premièrement, la répartition selon le profil de consommation est mesurée par sexe et par groupe d'étude et mise en perspective avec ce qu'on observe en population générale française.

Deuxièmement, les profils de consommation sont décrits selon la région de naissance, la religion et pratique religieuse, les associations globales entre le profil de consommation et ces variables, stratifiées sur le sexe, sont prises en compte à l'aide d'un test de chi-2.

Nous nous intéressons ensuite aux liens entre la consommation d'alcool et la consommation à risque avec les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de la migration, les « facteurs de socialisation » et les situations de précarité. Pour cela, nous utilisons des modèles de régression logistique. Tous les modèles sont ajustés sur le groupe. En effet, le design de l'enquête nécessite l'ajustement sur le groupe d'étude, et cela permet également d'apprécier l'association « toutes choses égales par ailleurs » entre mode de consommation d'alcool et l'infection à VIH et l'infection à hépatite B.

Les proportions présentées sont pondérées, tiennent compte de l'échantillonnage et du plan de sondage de l'enquête. Il en va de même pour les modèles utilisés qui sont tous stratifiés par sexe.

La région d'origine, la religion et la pratique religieuse n'ont pu être utilisées dans les modèles multivariés faute d'effectifs suffisant dans certaines classes des variables (les consommateurs à

risques sont sous-représentés chez les individus venant d'Afrique de l'Est et australe, ainsi que chez les individus de confession musulmane).

RÉSULTATS

L'échantillon de l'enquête comporte 2468 individus dont 926 infectés par le VIH, 779 atteints par l'hépatite B et 763 n'ayant aucune de ces deux maladies (groupe MG pour Médecine Générale). Les hommes représentent 38% du groupe VIH, 72% du groupe hépatite B et 43% des personnes consultant en médecine générale (Desgrees-du-Lou et al. 2016). L'âge médian est de 41 ans chez les hommes et les femmes du groupe MG, la distribution selon les classes d'âge étant différente chez les individus vivant avec le VIH et les individus vivant avec une hépatite B chronique comparés respectivement à ceux qui ne vivent avec aucune de ces deux maladies. La majorité des femmes et des hommes ont un niveau d'étude secondaire ou supérieur, respectivement 75% et 80% dans le groupe de référence, sans différence significative entre les groupes. Les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest sont plus nombreuses chez les individus vivant avec une hépatite B en raison de la prévalence de cette maladie plus importante dans cette sous-région géographique. La médiane de durée de séjour en France est de 12 ans et 13 ans respectivement chez les hommes et chez les femmes du groupe médecine générale. L'arrivée en France est significativement plus ancienne pour les personnes vivant avec le VIH et plus récente pour les femmes vivant avec une hépatite B chronique comparées à celles qui ne vivent avec aucune de ces deux maladies. La majorité des hommes et des femmes sont venus en France pour chercher un emploi ou rejoindre un membre de la famille, les migrations pour fuir son pays en raison d'une menace représentent environ un cinquième des personnes interrogées. Les raisons de la migration sont différentes entre les individus du groupe VIH et ceux consultant en centres de santé avec un peu plus de migration pour raison médicales mais qui sont tout de même peu fréquentes (<10%, Tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

	Hommes					Femmes				
	VIH (%)	Hép.-B (%)	MG (%)	VIH vs MG (p)	Hép.-B vs MG (p)	VIH (%)	Hép.-B (%)	MG (%)	VIH vs MG (p)	Hép.-B vs MG (p)
Âge à l'enquête										
18-24 ans	1	5	8	0,000	0,013	3	8	7	0,000	0,001
25-34 ans	11	27	24			19	31	27		
35-44 ans	31	38	28			47	42	25		
45-59 ans	56	30	40			30	20	41		
Âge médian à l'enquête	47	39	41			40	37	41		
Niveau d'étude										
Aucun/primaire	20	32	25	0,317	0,069	19	21	20	0,714	0,784
Secondaire/supérieur	80	68	75			81	79	80		
Période d'arrivée										
Avant 1996	37	24	33	0,032	0,050	24	22	37	0,013	0,010
1996-2004	36	37	27			46	31	30		
2005-2013	27	39	40			30	47	33		
Durée médiane de séjour	13	12	12			12	10	13		
Raison de l'arrivée										
Chercher un emploi	43	48	39	0,022	0,052	35	25	20	0,001	0,181
Rejoindre la famille	15	12	15			39	47	46		
Menacé dans son pays	18	18	24			10	14	17		
Études	15	16	20			8	7	13		
Raisons médicales	9	6	2			8	7	4		
Région d'origine										
Afrique de l'Ouest	57	79	65	0,077	0,002	50	73	53	0,341	0,002
Afrique centrale	41	19	31			47	25	42		
Afrique de l'Est et australe	2	2	4			3	2	5		

Source : enquête PARCOURS

% : pourcentage pondéré. MG : médecine générale. Hép. B : Hépatite B

p-value obtenues par un test de chi-2 tenant compte du design de l'étude.

Tableau 4. Répartition de l'échantillon dans les différents profils de consommation selon le groupe d'étude et le sexe, comparé à la population générale française

Profil	PARCOURS						ESPS	
	VIH		Hép. B		MG			
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Non consommateur	46,8 %	48,7 %	78,1 %	73,9 %	58,4 %	65,1 %	15,9 %	32,7 %
Consommateur sans risque	27,2 %	39,7 %	12,9 %	19,3 %	24,4 %	27,2 %	38,4 %	50,0 %
Consommateur à risque ponctuel	19,0 %	9,6 %	7,0 %	5,0 %	16,0 %	6,9 %	33,2 %	14,7 %
Consommateur à risque chronique	7,0 %	2,0 %	2,0 %	1,8 %	1,3 %	0,8 %	12,5 %	2,6 %
p-value								

Source : enquête PARCOURS, ESPS³ 2010

% : pourcentage pondéré. MG : médecine générale. Hép. B : Hépatite B

p-value obtenues par un test de chi-2 tenant compte du design de l'étude.

Les profils de consommation selon le groupe et le sexe et comparaison avec la population générale

Comme l'indique le Tableau 4 où sont comparées les consommations d'alcool entre l'enquête PARCOURS et la population générale (données de l'ESPS 2010), la consommation d'alcool apparaît moins importante chez les migrants d'Afrique subsaharienne que dans la population générale pour les hommes comme pour les femmes. La proportion de personnes qui ne consomment pas d'alcool est plus élevée chez les migrants subsahariens du groupe MG par rapport à la population générale française (respectivement 58.4% versus 15.9% pour les hommes et 65.1% versus 32.7% pour les femmes). De même, les consommateurs à risque (ponctuel et chronique) sont moins nombreux parmi les migrants subsahariens du groupe médecine générale de PARCOURS qu'en population générale (respectivement 17.3% versus 45.7% pour les hommes et 7.7% versus 17.3% pour les femmes).

Concernant la différence entre selon le groupe et le sexe, la différence entre hommes et femmes est significative dans le groupe VIH ($p=0.003$), les hommes étant plus sujets à des comportements à risque, la consommation étant majoritairement sans risque chez les femmes. Les individus du groupe VIH consomment plus d'alcool et sont plus à risque que ceux du groupe MG. Les individus vivant avec une hépatite B consomment moins d'alcool que ceux du groupe MG, la différence étant significative chez les hommes.

La consommation d'alcool, la région de naissance et l'effet de la religion

Les différents modes de consommation sont systématiquement associés significativement à la religion, la pratique religieuse des individus et la région d'origine (hommes et femmes).

³ ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale) est une enquête bisannuelle représentative de la population française qui a été mise en place pour répondre aux questions liées aux problématiques d'accès aux soins en population générale (<http://www.irdes.fr/irdes/Fichenqu/enquesps.htm>).

Tableau 5. Profil de consommation d'alcool selon la région d'origine, la religion, et la pratique religieuse selon le groupe d'étude et le sexe (en %)

Groupe d'étude	VIH								Hépatite B								Médecine Générale							
Sexe	Homme				Femme				Homme				Femme				Homme				Femme			
Profil de consommation d'alcool	NC	CS	CP	CC	NC	CS	CP	CC	NC	CS	CP	CC	NC	CS	CP	CC	NC	CS	CP	CC	NC	CS	CP	CC
Région d'origine																								
Afrique de l'Ouest	61	23	12	4	60	33	5	2	85	10	5	1	80	16	2	2	74	17	8	0	77	20	3	0
Afrique centrale	25	33	30	11	38	46	14	2	49	28	16	6	57	26	13	3	25	39	32	4	50	36	12	2
Afrique de l'Est et australe	63	37	0	0	24	58	18	0	100	0	0	0	68	32	0	0	53	29	19	0	66	34	0	0
P	<0,001				0,003				<0,001				0,034				<0,001				0,037			
Religion																								
Chrétien	25	40	24	11	37	50	11	2	49	25	21	5	50	35	10	4	30	39	29	2	46	41	11	1
Musulman	81	8	10	1	88	7	4	1	92	7	1	1	93	7	0	0	86	10	4	0	98	2	0	0
Autres	27	36	32	5	23	61	16	0	43	37	14	6	51	17	32	0	8	55	30	7	59	38	3	0
P	<0,001				<0,001				<0,001				<0,001				<0,001				<0,001			
Pratique religieuse																								
Ne pratique pas	26	38	22	14	35	36	25	4	65	17	10	8	47	18	32	3	36	42	19	4	41	42	10	7
Occasionnelle	26	30	30	14	38	51	9	2	66	20	12	2	55	36	5	4	33	41	22	3	53	37	10	0
Régulière	63	22	13	1	56	35	7	1	84	9	5	1	82	14	3	1	74	14	13	0	72	22	6	1
P	<0,001				0,013				0,006				0,001				<0,001				0,021			

Source : enquête PARCOURS

NC : non-consommateur / CS : consommateur sans risque / CP : consommateur à risque ponctuel / CC : consommateur à risque chronique

% : pourcentage pondéré.

p-value obtenues par un test de chi-2 tenant compte du design de l'étude.

Les personnes de confession musulmane consomment moins d'alcool que les personnes de confession chrétienne (Tableau 5) : on compte 86% et 98% de non-consommateur parmi les hommes et les femmes de confession musulmane contre 30% et 46% des hommes et de femmes de confession chrétienne (groupe médecine générale). La pratique religieuse est également en lien avec le mode de consommation d'alcool, les hommes et les femmes ayant une pratique régulière comptent respectivement 74% et 72% de

non-consommateur (groupe médecine générale). Les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest, de l'Est et australes comportent plus de non consommateurs (74% chez les hommes et 77% chez les femmes du groupe médecine générale) en proportion et moins de consommation à risque (Tableau 5). C'est le cas par exemple des personnes originaires du Mali où on observe 2% et 0% de consommateurs à risque respectivement chez les hommes et chez les femmes du groupe médecine générale (Tableau 6).

Tableau 6. Répartition des personnes ayant une consommation considérée « sans risque » et des personnes avec une consommation considérée « à risque » selon les principaux pays d'origine de l'enquête PARCOURS dans le groupe de référence (en %)

		Consommation sans risque	Consommation à risque
Hommes	Cameroun	48	52
	Mali	98	2
	Côte d'Ivoire	75	25
	Congo RDC	70	30
	Congo Brazzaville	80	20
	Sénégal	93	7
Femmes	Cameroun	86	14
	Mali	100	0
	Côte d'Ivoire	93	7
	Congo RDC	79	21
	Congo Brazzaville	92	8
	Sénégal	100	0

Source : enquête PARCOURS

% : pourcentage pondéré.

Les facteurs associés à la consommation d'alcool et à la consommation à risque d'alcool

Les modèles utilisés (Tableaux 7, 8 et 9) permettent d'explorer les liens entre les modes de consommation d'alcool et l'effet des conditions de la migration, de la socialisation et de la précarité. Les modèles présentant les associations entre la

consommation d'alcool et la consommation d'alcool dite à risque et les facteurs de socialisation et de précarité énumérés précédemment (section méthode) sont également ajustés sur des variables sociodémographiques (âge à l'enquête, niveau d'étude) et des variables indiquant les conditions de la migration (période d'arrivée, raison de la venue en France).

Tableau 7. Facteurs sociodémographiques associés à la consommation et à la consommation à risque d'alcool chez les hommes et les femmes (analyse par régression logistique)

	Hommes ^a		Femmes ^b	
	Consommation	Consommation à risque	Consommation	Consommation à risque
	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]
Âge à l'enquête				
18-24 ans	0,23** [0,08-0,61]	0,80 [0,26-2,41]	0,67 [0,30-1,50]	0,74 [0,14-3,93]
25-34 ans	0,60* [0,40-0,91]	0,86 [0,46-1,62]	0,59* [0,36-0,96]	0,61 [0,26-1,43]
35-44 ans	0,60 [0,36-1,00]	0,78 [0,49-1,24]	0,83 [0,54-1,26]	0,52 [0,26-1,06]
45-59 ans	- Réf -	- Réf -	- Réf -	- Réf -
Niveau d'étude				
Aucun/primaire	0,14** [0,08-0,25]	0,08** [0,03-0,20]	0,33** [0,22-0,49]	0,69 [0,35-1,38]
Secondaire/supérieur	- Réf -	- Réf -	- Réf -	- Réf -
Période d'arrivée				
Avant 1996	- Réf -	- Réf -	- Réf -	- Réf -
1996-2004	1,09 [0,71-1,67]	1,11 [0,58-2,11]	0,96 [0,61-1,52]	0,75 [0,37-1,53]
2005-2013	0,86 [0,48-1,55]	1,03 [0,49-2,17]	0,76 [0,47-1,23]	0,90 [0,35-2,30]
Raison de l'arrivée				
Chercher un emploi	0,95 [0,58-1,56]	0,78 [0,41-1,47]	1,50 [0,95-2,36]	1,40 [0,76-2,60]
Rejoindre la famille	- Réf -	- Réf -	- Réf -	- Réf -
Menacé dans son pays	1,67 [0,90-3,09]	0,77 [0,35-1,70]	1,90* [1,13-3,19]	3,37** [1,49-7,60]
Études	1,58 [0,95-2,63]	0,87 [0,42-1,80]	1,43 [0,92-2,21]	0,45 [0,15-1,34]
Raisons médicales	0,86 [0,35-2,10]	0,68 [0,26-1,83]	2,32** [1,28-4,22]	1,79 [0,62-5,20]
Groupe d'étude				
VIH	1,42 [0,97-2,08]	1,46 [0,90-2,38]	1,98** [1,29-3,03]	1,77 [0,67-4,66]
Hépatite-B	0,41** [0,31-0,54]	0,51** [0,35-0,74]	0,76 [0,48-1,20]	1,16 [0,49-2,79]
Médecine Générale	- Réf -	- Réf -	- Réf -	- Réf -

Source : enquête PARCOURS

p-value : ** < 0,01 < * < 0,05

^a Modèle de régression logistique ajusté sur l'âge à l'enquête, le niveau d'étude, la période d'arrivée, la raison d'arrivée, le groupe d'étude, le fait d'avoir connu des relations longues en France, le fait d'avoir une personne sur qui compter, la langue utilisée avec l'entourage, le logement et la situation administrative.^b Modèle de régression logistique ajusté sur l'âge à l'enquête, le niveau d'étude, la période d'arrivée, la raison d'arrivée, le groupe d'étude, le fait d'avoir connu des relations longues en France, la langue utilisée avec l'entourage, la provenance des ressources.**Les pathologies VIH/Hépatite B, les variables sociodémographiques et les conditions de la migration**

Les différences entre les groupes sont surtout marquées chez les hommes atteints d'hépatite B : ces hommes ont une consommation d'alcool moins élevée, il en va de même pour la consommation à risque (OR_a = 0,41** [0,31-0,54] et

OR_a = 0,51** [0,35-0,74] respectivement) comparativement aux hommes enquêtés en médecine générale. Chez les femmes, celles qui sont infectées par le VIH consomment plus d'alcool (OR_a = 1,98** [1,29-3,03]) que les femmes du groupe médecine générale.

Tableau 8. Facteurs de socialisation associés à la consommation et à la consommation à risque d'alcool chez les hommes et les femmes (analyse par régression logistique)

Hommes ^a			Femmes ^b	
	Consommation	Consommation à risque	Consommation	Consommation à risque
	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]
Avoir connu des relations conjugales stables en France				
Oui	1,43 [0,90-2,26]	2,04* [1,18-3,51]	1,84* [1,13-2,99]	1,97 [0,89-4,34]
Non	- Réf -	- Réf -	- Réf -	- Réf -
Avoir quelqu'un sur qui compter dans les moments difficiles				
Oui	0,64 [0,39-1,05]	0,58** [0,40-0,84]		
Non	- Réf -	- Réf -		
Langue utilisée avec l'entourage				
Langue du pays d'origine	- Réf -	- Réf -	- Réf -	- Réf -
Français	1,89** [1,18-3,04]	1,32 [0,85-2,06]	1,88** [1,24-2,86]	1,49 [0,73-3,04]

Source : enquête PARCOURS. p-value : ** < 0,01 < * < 0,05

^a Modèle de régression logistique ajusté sur l'âge à l'enquête, le niveau d'étude, la période d'arrivée, la raison d'arrivée, le groupe d'étude, le fait d'avoir connu des relations longues en France, le fait d'avoir une personne sur qui compter, la langue utilisée avec l'entourage, le logement et la situation administrative.

^b Modèle de régression logistique ajusté sur l'âge à l'enquête, le niveau d'étude, la période d'arrivée, la raison d'arrivée, le groupe d'étude, le fait d'avoir connu des relations longues en France, la langue utilisée avec l'entourage, la provenance des ressources.

Les individus jeunes, hommes et femmes, ont une consommation d'alcool moins élevée. Les hommes âgés de 18 à 24 ans et ceux âgés de 25 à 34 ans étaient plus souvent des non-consommateurs que les hommes âgés de 45 à 59 ans (respectivement OR_a = 0,23**[0,08-0,61] et OR_a = 0,60*[0,40-0,91]). Les femmes âgées de 25 à 34 ans étaient plus souvent des non-consommatrices que les femmes âgées de 45 à 59 ans (OR_a = 0,59* [0,36-0,96]). Il n'y avait pas d'association significative entre l'âge et la consommation à risque pour les hommes comme pour les femmes. Le fait d'avoir un niveau d'étude primaire est associé à la non-consommation d'alcool chez les hommes et chez les femmes (OR_a = 0,14** [0,08-0,25] et OR_a = 0,33** [0,22-0,49] respectivement), ainsi qu'à la consommation à risque d'alcool chez les hommes (OR_a = 0,08** [0,03-0,20]).

Les conditions de la migration telles qu'elles sont décrites ici influencent les modes de consommation chez les femmes uniquement. Les femmes qui ont fui leur pays d'origine ont une consommation et une consommation à risque d'alcool plus élevée (OR_a = 1,90* [1,13-3,19] et OR_a = 3,37** [1,49-7,60] respectivement) que les femmes venues pour rejoindre un membre de la famille. Les femmes venues pour se soigner sont plus souvent des consommatrices d'alcool que les femmes venues pour rejoindre un membre de la famille (OR_a = 2,32** [1,28-4,22]).

L'effet de la socialisation

Le fait d'avoir eu en France des relations conjugales stables est significativement associé à la consommation à risque d'alcool chez les hommes (OR_a = 2,04* [1,18-3,51]) et à la consommation d'alcool chez les femmes (OR_a = 1,84* [1,13-2,99]).

Tableau 9. Facteurs de précarité associés à la consommation et à la consommation à risque d'alcool chez les hommes et les femmes (analyse par régression logistique)

Hommes ^a			Femmes ^b	
	Consommation	Consommation à risque	Consommation	Consommation à risque
	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]	Multivarié OR _a [IC95%]
Provenance des ressources				
Propre activité			- Réf -	- Réf -
Famille/partenaire			0,73 [0,44-1,21]	0,32* [0,12-0,85]
Instabilité financière			0,74 [0,45-1,23]	0,89 [0,40-1,96]
Nature du logement à l'enquête				
Logement personnel	- Réf -	- Réf -		
Hébergé par la famille et entourage	1,26 [0,86-1,86]	0,93 [0,51-1,68]		
Structure collective	0,30* [0,10-0,87]	0,51 [0,22-1,19]		
Instabilité résidentielle	1,30 [0,72-2,35]	1,53 [0,80-2,91]		
Titre de séjour à l'enquête				
Pas de TS	0,91 [0,51-1,63]	1,37 [0,66-2,83]		
TS court	1,16 [0,76-1,77]	1,69* [1,07-2,70]		
TS long / nationalité	- Réf -	- Réf -		

Source : enquête PARCOURS

p-value : ** < 0,01 < * < 0,05

^a Modèle de régression logistique ajusté sur l'âge à l'enquête, le niveau d'étude, la période d'arrivée, la raison d'arrivée, le groupe d'étude, le fait d'avoir connu des relations longues en France, le fait d'avoir une personne sur qui compter, la langue utilisée avec l'entourage, le logement et la situation administrative.

^b Modèle de régression logistique ajusté sur l'âge à l'enquête, le niveau d'étude, la période d'arrivée, la raison d'arrivée, le groupe d'étude, le fait d'avoir connu des relations longues en France, la langue utilisée avec l'entourage, la provenance des ressources.

Les hommes qui ont quelqu'un sur qui compter dans les moments difficiles sont moins susceptibles d'avoir une consommation à risque d'alcool (OR_a = 0,58** [0,40-0,84]).

Parler le français avec son entourage est associé à la consommation d'alcool autant chez les hommes que chez les femmes (respectivement OR_a = 1,89** [1,18-3,04] et OR_a = 1,88** [1,24-2,86]), mais pas à la consommation à risque.

L'effet de la précarité

Les liens entre les modes de consommation d'alcool et situations de précarité se présentent différemment chez les hommes et chez les femmes.

Chez les hommes, les individus qui vivent dans une structure collective consomment moins d'alcool (OR_a = 0,30* [0,10-0,87]) que les hommes qui ont leur propre logement. Les hommes qui

connaissent une instabilité administrative (un titre de séjour court) ont une consommation d'alcool à risque plus élevé ($ORa = 1,69^* [1,07-2,70]$) que les hommes qui ont un titre de séjour de dix ans ou qui ont la nationalité française.

Chez les femmes, le fait d'être dépendante des ressources du conjoint ou de la famille est associé à une moindre consommation à risque d'alcool ($ORa = 0,32^* [0,12-0,85]$) en comparaison avec les femmes qui vivent de leurs propres ressources.

DISCUSSION

Différences avec la population générale

Cette analyse nous a permis d'évaluer les modes de consommation d'alcool des migrants africains vivant en France et de questionner les liens entre consommation d'alcool et/ou consommation à risque d'alcool et les caractéristiques sociodémographiques, les pathologies VIH et hépatites B, les conditions de la migration, la « socialisation » et les situations de précarité vécues en France dans cette population.

Cette analyse montre que le niveau de consommation des migrants subsahariens de l'enquête PARCOURS est moins élevé que celui de la population générale française. Cette différence pourrait s'expliquer par les niveaux de consommation dans les pays d'origine qui sont plus faibles.

Nos résultats apportent des éléments en complément à certaines études menées pour observer l'association entre utilisation de substances psychoactives et la migration. On n'observe pas d'association entre la durée de séjour en France et le mode de consommation d'alcool pouvant suggérer une adoption du mode de consommation de la population générale française par les migrants.

Différences selon le groupe

Les personnes qui vivent avec le VIH consomment plus d'alcool que les personnes qui vivent avec une hépatite B et les personnes qui n'ont pas ces deux pathologies, et « toutes choses égales par ailleurs » cette différence reste significative chez les femmes qui vivent avec le VIH. Ce résultat attire l'attention lorsqu'on considère que la consommation abusive d'alcool peut nuire à l'observance des traitements antirétroviraux, donc la prise en charge de ces patients (Peretti-Watel et al. 2006). Au-delà de l'observance aux traitements

antirétroviraux, la consommation d'alcool chez les personnes vivant avec le VIH inquiète pour diverses raisons. Elle est associée à des comorbidités, à l'incidence du VIH, mais également aux vulnérabilités et aux inégalités sociales. (Williams et al. 2016)

La consommation d'alcool, plus particulièrement la consommation à risque d'alcool augmente significativement le risque d'aggravation de la fibrose, de cirrhose et de décès par cirrhose ou carcinome hépatocellulaire parmi les personnes porteuses de du VHB (Nomura et al. 1988) (Mota et al. 2010)(Lin et al. 2013). La prévalence de consommation à risque chez les personnes atteintes d'une hépatite B est faible mais non négligeable et justifie une amélioration de la prévention et du suivi de la consommation à risque d'alcool chez ces personnes.

Une étude a démontré qu'un des principaux facteurs de risque de carcinome hépatocellulaire chez les porteurs inactifs du VHB était la consommation excessive d'alcool (J-D Chen et al. 2010). Les porteurs inactifs du virus de l'hépatite B sont fréquents parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Il est donc particulièrement important de dépister la consommation excessive d'alcool chez ces derniers afin de les informer sur les risques et de renforcer leur suivi pour éventuellement réaliser un dépistage du carcinome hépatocellulaire.

Influences des caractéristiques sociodémographiques

Nos résultats confirment une plus grande consommation d'alcool des individus de sexe masculin, qui confirme les représentations sociales et culturelles genrées de l'usage de l'alcool (World Health Organization 2005).

Si la religion et de la région d'origine n'ont pas été prises en compte dans les modèles multivariés, les analyses univariées descriptives (Tableau 5) suffisent à confirmer l'importance de ces facteurs dans le mode de consommation (Annexe 3). Par ailleurs, si une religion est associée à un mode de consommation particulier, la pratique régulière de celle-ci peut renforcer cette association.

Les liens entre modes de consommation et l'âge sont mis en évidence à travers différentes études (Dias, Oliveira, and Lopes 2011) (Richard, Beck, and Spilka 2013), pour notre part les associations

prises en évidence concernent uniquement la consommation d'alcool et non la consommation à risque. Nos résultats montrent une augmentation de la proportion de consommateurs avec l'âge chez les hommes et une relative stabilité de ces proportions chez les femmes, et semblent concorder avec ce qu'on observe en population générale même si le niveau de prévalence est différent (Com-Ruelle et al. 2008).

Les individus moins instruits consomment moins d'alcool, ce résultat est comparable avec ce qu'on observe dans la population générale française (Com-Ruelle et al. 2008). Il faut néanmoins être prudent dans l'interprétation de ce résultat du fait du manque d'informations, y compris concernant d'autres facteurs socioéconomiques tels que l'activité exercée par l'individu, et pour laquelle les situations sont contrastées. Les employés de commerce, les agriculteurs et les ouvriers sont touchés par le risque chronique alors qu'ils sont moins touchés par le risque ponctuel dans la population générale française (Com-Ruelle and Célant 2013).

Effets de socialisation et de l'isolement

La socialisation via l'utilisation de la langue française influence la consommation d'alcool sans induire des modes de consommation à risque : les individus qui utilisent la langue française avec l'entourage consomment plus d'alcool. À ce facteur s'ajoute le fait de connaître des relations conjugales stables en France chez les femmes.

L'influence des facteurs de socialisation sur la consommation à risque concerne surtout les hommes : le fait d'avoir quelqu'un sur qui compter dans les moments difficiles et le fait de connaître des relations conjugales stables en France sont associés à ce mode de consommation. Si l'isolement est identifié comme étant un facteur déterminant de la consommation à risque d'alcool (Akerlind and Hörnquist 1992), l'influence des facteurs de socialisation est contrastée dans notre étude. D'une part, cette consommation à risque est liée à l'absence de soutien lors des moments difficiles. Le fait de connaître des relations conjugales stables après la migration se comporte comme un facteur de risque pour la consommation d'alcool. Il peut s'agir de relations pendant lesquelles le couple ne cohabite pas lorsqu'un conjoint est resté dans le pays d'origine par exemple. À ce titre, cette variable peut également indiquer des situations

d'isolement et de séparation contrairement à ce à quoi on peut s'attendre.

Effets des conditions de la migration et de l'installation en France

Les situations de précarité associées aux différents modes de consommation sont différentes chez les hommes et chez les femmes. Parmi les situations de précarité impliquée dans la consommation à risque, on retrouve l'instabilité administrative chez les hommes et le fait d'être dépendant de la famille ou du partenaire en termes de ressources chez les femmes. On remarque également que les femmes qui ont fui leur pays d'origine sont vulnérables par rapport à la consommation à risque : cette information peut également être considérée sous l'angle de la notion de précarité. L'instabilité administrative et le fait de fuir le pays d'origine soulignent l'existence de situations de vulnérabilité liées aux conditions de la migration. Il faut en tenir compte au même titre que les variables de précarité socioéconomique habituellement utilisées dans les études menées pour comprendre la consommation d'alcool lorsqu'on s'intéresse à une population migrante.

Limites de l'analyse

L'absence d'informations sur la consommation d'alcool avant la migration dans notre échantillon ne nous permet pas de mesurer une variation du niveau de la consommation avant et après la migration.

La faible prévalence de consommateurs à risque dans cette population et chez les femmes de cette population n'a permis d'identifier que quelques facteurs de risque. De plus, les indicateurs que nous utilisons pour mesurer les situations de socialisation et les situations de précarité sont limités et doivent être complétés par d'autres données et nécessitent l'apport d'études spécifiques à ce sujet.

Conclusion

La consommation d'alcool et la consommation à risque d'alcool existent chez les migrants d'origine subsaharienne, en particulier chez les hommes, même si les prévalences semblent inférieures à celle de la population générale française.

Notre étude permet de mettre en évidence les associations entre cette consommation d'alcool chez les migrants subsahariens et les maladies VIH et

hépatite B d'une part, et d'autre part avec les caractéristiques du parcours migratoire et de la socialisation en France.

Les prévalences de consommation et de consommation à risque sont plus élevées chez les personnes infectées par le VIH, et existent aussi chez les personnes atteintes d'une hépatite B chronique, même si c'est dans des proportions moindres. Pour diverses raisons liées à l'observance des traitements ou à l'aggravation de la maladie, la consommation d'alcool est une information à considérer dans la prise en charge de ces patients même si les niveaux de consommations semblent moins élevés en comparaison avec la population générale française.

L'étude PARCOURS a montré que le parcours migratoire occasionne l'apparition de situations de précarité et des périodes d'isolement social. Ces situations de vulnérabilité sociale sont associées à plus de risque de consommation d'alcool. À l'inverse, la socialisation en France apparaît aussi parfois associée à la consommation d'alcool.

La prise en compte d'indicateurs spécifiques au parcours migratoire est ainsi nécessaire pour pouvoir prévenir les risques liés à l'alcool au sein de cette population de façon adaptée aux situations individuelles.

RÉFÉRENCES

- Akerlind, I., and J. O. Hörnquist. 1992. "Loneliness and Alcohol Abuse: A Review of Evidences of an Interplay." *Social Science & Medicine* (1982) 34 (4): 405–14.
- Beauchemin, C, C Borrel, and C Régnard. 2013. "Les Immigrés En France: En Majorité Des Femmes." *Population & Sociétés*, no. 502(July). <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/immigres-france-majorite-femmes/>.
- Bradley, Katharine A., Anna F. DeBenedetti, Robert J. Volk, Emily C. Williams, Danielle Frank, and Daniel R. Kivlahan. 2007. "AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care." *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 31 (7): 1208–17. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, and for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). 1998. "The Audit Alcohol Consumption Questions (Audit-c): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking." *Archives of Internal Medicine* 158 (16): 1789–95. doi:10.1001/archinte.158.16.1789.
- Chen, Jin-De, Hwai-I. Yang, Uchenna H. Illoeje, San-Lin You, Sheng-Nan Lu, Li-Yu Wang, Jun Su, et al. 2010. "Carriers of Inactive Hepatitis B Virus Are Still at Risk for Hepatocellular Carcinoma and Liver-Related Death." *Gastroenterology* 138 (5): 1747–54. doi:10.1053/j.gastro.2010.01.042.
- Clausen, T, I Rossow, N Naidoo, and P Kowal. 2009. "Diverse Alcohol Drinking Patterns in 20 African Countries." *Addiction (Abingdon, England)* 104 (7): 1147–54. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02559.x.
- Com-Ruelle, L, and N Céant. 2013. "Trends in Alcohol Consumption Prevalence in Adults between 2002 and 2010 in France." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, Alcohol remains a major risk factor for health in France, , no. 16-17–18: 185–90.
- Com-Ruelle, L, P. Dourgnon, F. Jusot, and P. Lengagne. 2008. "Prévalence et Facteurs Socio-Économiques Associés Aux Problèmes D'alcool En Population Générale En France - rap1703.pdf." 541. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1703.pdf>.
- Couillet, M, and projet PARCOURS. 2010. "Les Africains Subsahariens Vivant En France : Caractéristiques Sociodémographiques et Accès Aux Soins." Working Papers du CEPED 9. Paris: CEPED. <http://www.ceped.org/wp>.
- Desgrées du Lou, A, J Pannetier, A Ravalihasy, M Le Guen, A Gosselin, H Panjo, N Bajos, et al. 2016. "Is Hardship during Migration a Determinant of HIV Infection? Results from the ANRS PARCOURS Study of Sub-Saharan African Migrants in France." *AIDS (London, England)* 30 (4): 645–56. doi:10.1097/QAD.0000000000000957.
- Dias, P, A Oliveira, and C Lopes. 2011. "Social and Behavioural Determinants of Alcohol Consumption." *Annals of Human Biology* 38 (3): 337–44. doi:10.3109/03014460.2010.548831.
- Gosselin, A, A Desgrées du Loû, E Lelièvre, F Lert, R Dray-Spira, and N Lydié. 2016. "Migrants Subsahariens : Combien de Temps Leur Faut-Il Pour S'installer En France ?" *Population & Sociétés*, no. 533(May). <http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/migrants-subsahariens/>.
- Institut National de la Santé et de la Recherche médicale. 2001. "Alcool. Effets Sur La Santé." Expertise collective Inserm XII. Expertise Collective Inserm. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche médicale.
- Johnson, T P., J B. VanGeest, and Y I Cho. 2002. "Migration and Substance Use: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey." *Substance Use & Misuse* 37 (8–10): 941–72.
- Lessault, David, and Cris Beauchemin. 2009. "Ni invasion, ni exode." *Revue européenne des migrations internationales* 25 (1): 163–94. doi:10.4000/remi.4889.
- Lin, C-W, C-C Lin, L-R Mo, C-Y Chang, D-S Perng, C-C Hsu, G-H Lo, et al. 2013. "Heavy Alcohol Consumption Increases the Incidence of Hepatocellular Carcinoma in Hepatitis B Virus-Related Cirrhosis." *Journal of Hepatology* 58 (4): 730–35. doi:10.1016/j.jhep.2012.11.045.
- Meurs, D, B Lhommeau, and M Okba. 2015. "Emplois, Salaires et Mobilité Intergénérationnelle." In *Trajectoires et Origines. Enquête Sur La Diversité Des Populations En France*, Ined, 233–62. Grandes Enquêtes. Paris.
- Meurs, D, A Pailhé, and P Simon. 2006. "Persistance des inégalités entre générations liées à l'immigration : l'accès à l'emploi des immigrés et de leurs descendants en France." *Population* 61 (5): 763–801.
- Møller, L. 2013. "Alcohol Is a Major Health Issue in France and Europe." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, Alcohol remains a major risk factor for health in France, , no. 16-17–18: 161–62.
- Mota, A, F Guedes, J Areias, L Pinho, and M F Cardoso. 2010. "Alcohol Consumption among Patients with Hepatitis B Infection in Northern Portugal Considering Gender and Hepatitis B Virus Genotype Differences." *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)* 44 (2): 149–56. doi:10.1016/j.alcohol.2009.11.003.

- Mouquet, M-C, and H Villet. 2002. "Les Risques D'alcoolisation Excessive Des Patients Ayant Recours Aux Soins Un Jour Donné." *Médecine* 20: 2.
- Mulia, N, Y Ye, S E Zmore, and T K Greenfield. 2008. "Social Disadvantage, Stress, and Alcohol Use among Black, Hispanic, and White Americans: Findings from the 2005 U.S. National Alcohol Survey." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 69 (6): 824-33.
- Nomura, H., S. Kashiwagi, J. Hayashi, W. Kajiyama, H. Ikematsu, A. Noguchi, S. Tani, and M. Goto. 1988. "An Epidemiologic Study of Effects of Alcohol in the Liver in Hepatitis B Surface Antigen Carriers." *American Journal of Epidemiology* 128 (2): 277-84.
- Peretti-Watel, P, B Spire, F Lert, Y Obadia, and VESPA Group. 2006. "Drug Use Patterns and Adherence to Treatment among HIV-Positive Patients: Evidence from a Large Sample of French Outpatients (ANRS-EN12-VESPA 2003)." *Drug and Alcohol Dependence* 82 Suppl 1 (April): S71-79.
- Poznyak, V, B Saraceno, and I S. Obot. 2005. "Breaking the Vicious Circle of Determinants and Consequences of Harmful Alcohol Use." *Bulletin of the World Health Organization* 83 (11): 803. doi:S0042-96862005001100003.
- Richard, J-B, F Beck, and S Spilka. 2013. "Alcohol Consumption among Young Adults (18-25 Years) in 2010 in France : Specificities and Trends since 2005." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, Alcohol remains a major risk factor for health in France, , no. 16-17-18: 176-79.
- Taieb, O., T. Baubet, T. Ferradji, and M.-R. Moro. 2008. "Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature." *Annales médico-psychologiques* 166 (6): 431-41.
- Williams, E C., J A. Hahn, R Saitz, K Bryant, M C. Lira, and J H. Samet. 2016. "Alcohol Use and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Current Knowledge, Implications, and Future Directions." *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 40 (10): 2056-72. doi:10.1111/acer.13204.
- World Health Organisation. 2014. "Global Status Report on Alcohol and Health 2014." http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf.
- World Health Organization. 2005. *Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspectives from Low and Middle Income Countries*. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance, World Health Organization. http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf.

ANNEXES

Annexe 1 : Validation du score AUDIT-C et du profil d'alcoolisation proposé par la DREES sur les données de PARCOURS

La construction du score se base sur la volumétrie de la consommation hebdomadaire et/ou la fréquence à laquelle un individu boit de manière excessive (≥ 6 verres en une seule occasion). L'utilisation d'une analyse des correspondances multiples (ACM) permet de voir si un groupe d'individus est classé dans un profil de consommation (DREES) en fonction de la volumétrie hebdomadaire ou selon la fréquence de consommation excessive d'alcool, ou les deux. Elle sert également à voir si les profils dégagés se différencient selon le sexe ou selon le groupe. Cette ACM se base sur les variables suivantes :

- » Variables actives :
 - Quelle est votre consommation d'alcool ? (vous ne buvez jamais d'alcool / 1 fois par mois ou moins / 2 à 4 fois par mois / 2 à 3 fois par semaine / au moins 4 fois par semaine)
 - Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ? (non-consommateur / 1 ou 2 / 3 ou 4 / 5 ou 6 / 7, 8 ou 9 / 10 ou plus)
 - Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ? (non-consommateur / jamais / moins d'une fois par mois / une fois par mois / une fois par semaine / tous les jours ou presque)
- » Variables illustratives :
 - Groupe d'enquête (VIH / Hépatite B / Médecine générale)
 - Sexe
 - Score AUDIT_C

Figure 1. Caractérisation des profils de consommation d'alcool de l'échantillon de l'enquête PARCOURS à l'aide d'une analyse des correspondances multiples

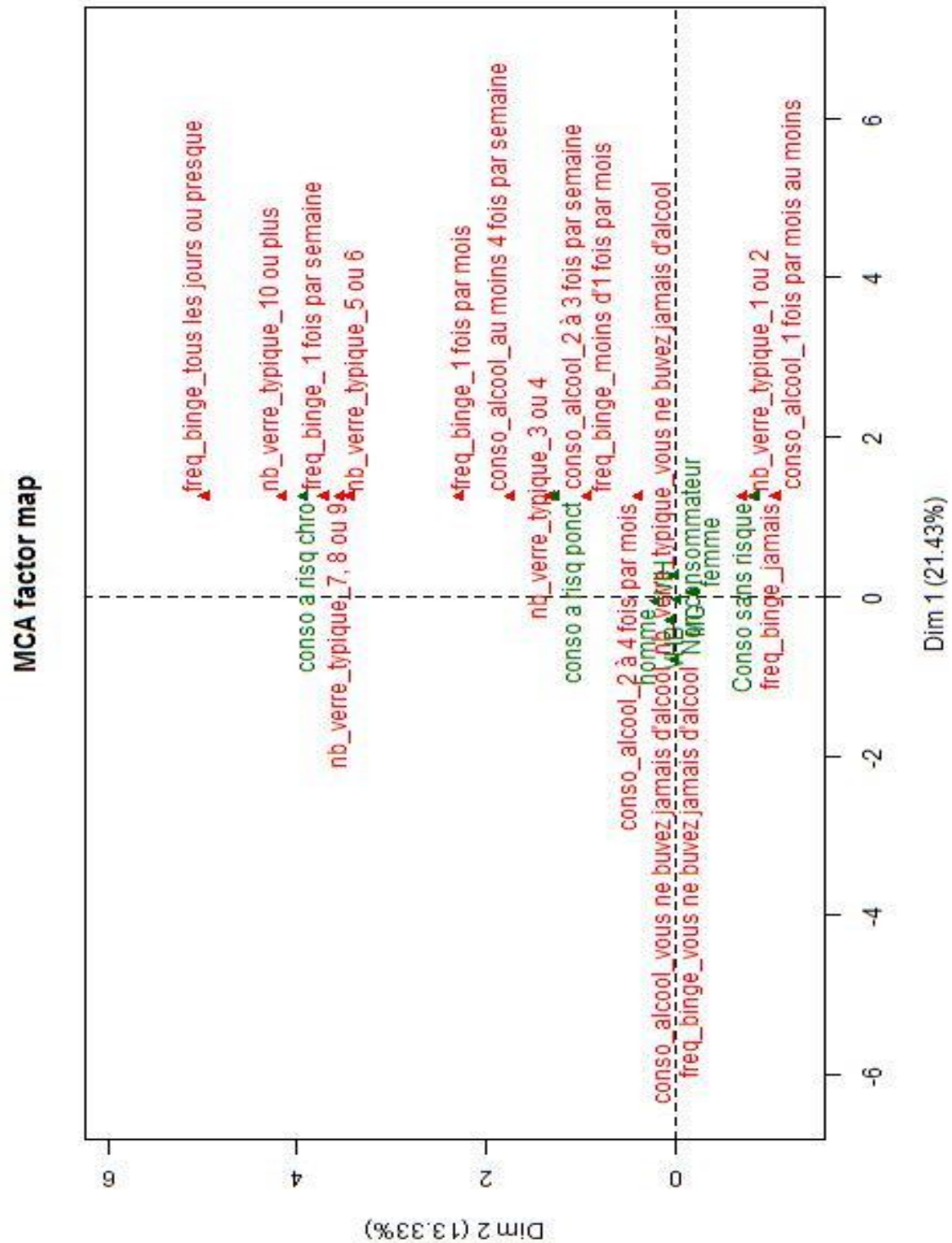
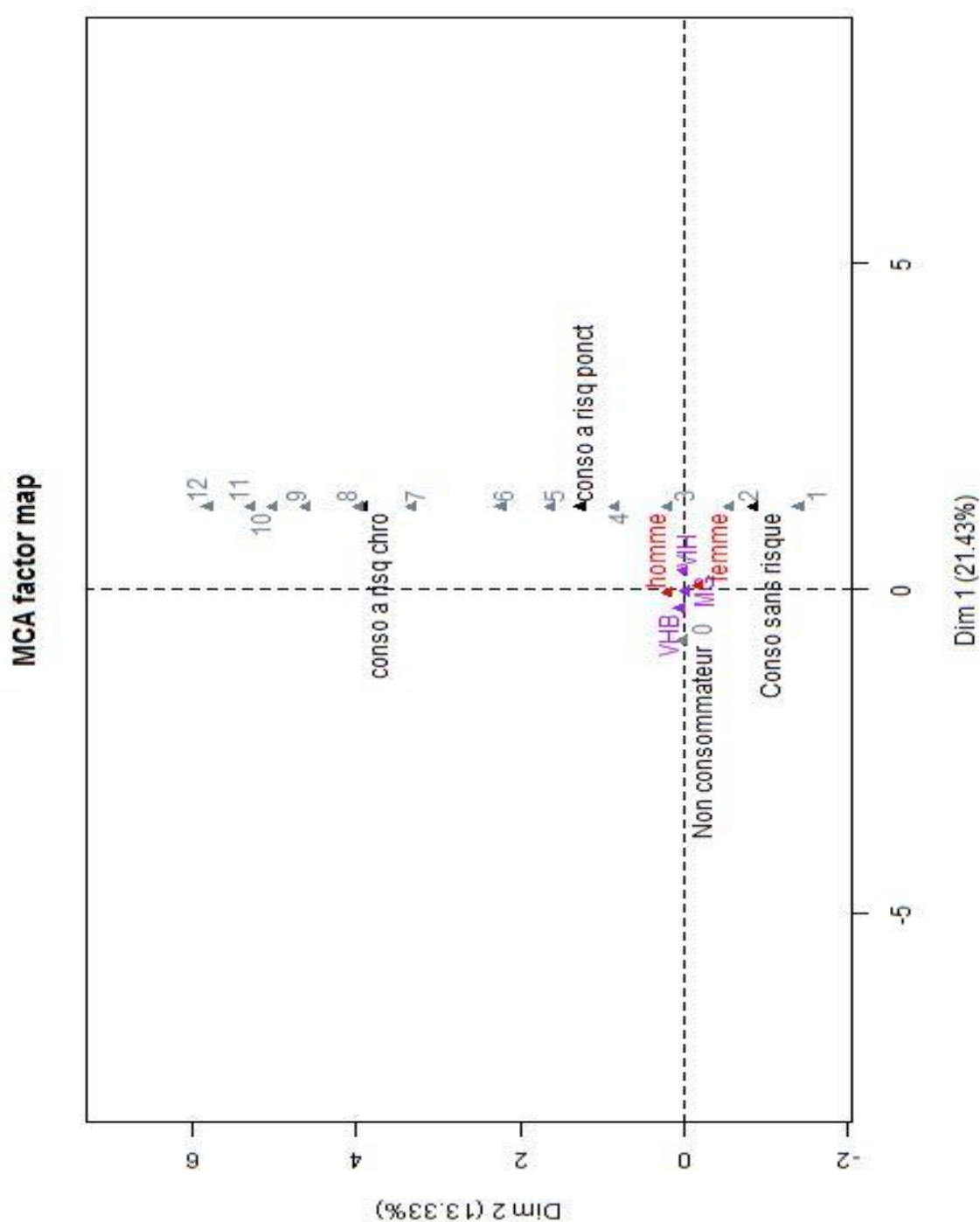


Figure 2. Caractérisation des scores du test AUDIT-C en fonction du profil de consommation dans l'échantillon de l'enquête PARCOURS



Lorsqu'on effectue une ACM en stratifiant par groupe, la répartition des profils de consommation sur le plan factoriel ne change pas. On remarque également que les variables "sexe" et "groupe" se rapprochent du centre du plan factoriel, et en effectuant une ACM en stratifiant sur ces variables, on obtient pratiquement le même plan factoriel. Il ne se dégage donc pas de profil particulier selon l'appartenance d'un individu à une modalité de ces variables, ce qui veut dire que ces groupes semblent bien exister dans chaque catégorie de ces variables. Cependant, comme il ne s'agit ici que de variables illustratives (ne participant pas à la construction des axes), il faudra quand même explorer plus en détail lorsqu'il s'agira d'analyser des facteurs associés.

En ce qui concerne le profil d'alcoolisation obtenu à partir des questions de l'indicateur AUDIT-C :

- » Les consommateurs à risque chronique de l'échantillon sont surtout définis par les variables qui concernent la consommation excessive d'alcool (Q46), la consommation hebdomadaire régulière (Q45) ne contribuant pas trop.
- » Les consommateurs à risque ponctuel de l'échantillon consomment une quantité d'alcool non négligeable un jour typique où ils boivent et à une fréquence hebdomadaire relativement élevée.
- » Les consommateurs sans risque boivent rarement et en faible quantité

Une évidence lorsqu'on regarde l'axe horizontal est qu'on voit les non-consommateurs et les consommateurs sans risque d'une part, et les consommateurs à risque (ponctuel et chronique) d'autre part. Dans le cas d'un regroupement des classes en fonction du profil d'alcoolisation, cette analyse pencherait donc en faveur d'un regroupement en 2 classes : « non-consommateurs + consommateurs sans risque » versus l'ensemble des consommateurs à risque (le faible effectif dans la classe « consommateurs à risque chronique » ne permet pas une distinction avec les « consommateurs à risque ponctuel ») malgré la distance entre ces deux types de profils sur le plan factoriel.

La figure-2 permet de voir la répartition des scores (ici en variable illustrative) en fonction du profil de consommation. On remarque qu'il existe un gradient de ce score en fonction du profil de consommation. L'utilisation du score et le choix d'un seuil de ce score sont donc possibles. Cependant, le choix du seuil reste une question, car les seuils utilisés dans la littérature concernent les « heavy drinkers » ou les « hazardous drinkers ». Ceux qui sont dans le profil « consommation à risque chronique » correspondent à ces individus, mais pas forcément ceux qui sont des « consommateurs à risque ponctuel ». Ce seuil sera donc à redéfinir en fonction des hypothèses à tester. Cependant l'utilisation du score pourrait permettre de récupérer des individus dont la consommation est à risque et pour lesquels l'utilisation des profils d'alcoolisation n'a pas été sensible.

Annexe 2

Tableau 10. Répartition des individus de l'échantillon selon les principaux pays d'origine et selon le groupe d'étude

	Cameroun	Mali	Côte d'Ivoire	Congo RDC	Congo Brazzaville	Guinée Conakry	Sénégal	Autres
VIH	19.5%	8.5%	25.3%	12.3%	7.5%	4.4%	3.9%	18.6%
Hep-B	8.4%	25.8%	15.8%	5.0%	4.0%	9.4%	14.5%	17.1%
MG	10.0%	14.1%	13.0%	16.2%	7.2%	6.2%	11.8%	21.6%
ENSEMBLE	12.6%	16.1%	18.0%	11.2%	6.2%	6.7%	10.1%	19.1%

% pondérés

Source : enquête PARCOURS

Annexe 3

Tableau 11. Facteurs associés à la consommation et à la consommation à risque d'alcool chez les hommes et les femmes analyse bivariée par régression logistique)

	Hommes				Femmes			
	Consommation d'alcool		Consommation à risque		Consommation d'alcool		Consommation à risque	
	% pond	Bivarié OR [IC95%]	% pond	Bivarié OR [IC95%]	% pond	Bivarié OR [IC95%]	% pond	Bivarié OR [IC95%]
Âge à l'enquête								
18-24 ans	18	0,28** [0,12-0,66]	14	0,76 [0,32-1,84]	28	0,49 [0,23-1,02]	7	0,49 [0,09-2,72]
25-34 ans	32	0,60** [0,43-0,86]	14	0,80 [0,53-1,20]	32	0,57** [0,39-0,83]	8	0,57 [0,26-1,22]
35-44 ans	30	0,55** [0,37-0,82]	14	0,77 [0,52-1,13]	43	0,93 [0,65-1,35]	8	0,56 [0,28-1,14]
45-59 ans	44	- Réf -	17	- Réf -	45	- Réf -	13	- Réf -
Niveau d'étude								
Aucun/primaire	8	0,10** [0,06-0,17]	2	0,07** [0,03-0,18]	21	0,33** [0,22-0,49]	7	0,70 [0,37-1,33]
Secondaire/supérieur	45	- Réf -	21	- Réf -	45	- Réf -	10	- Réf -
Période d'arrivée								
Avant 1996	43	- Réf -	16	- Réf -	43	- Réf -	10	- Réf -
1996-2004	35	0,71* [0,51-0,98]	15	0,95 [0,59-1,55]	46	1,14 [0,75-1,73]	9	0,89 [0,47-1,68]
2005-2013	29	0,54** [0,37-0,79]	15	0,91 [0,57-1,46]	32	0,64* [0,44-0,92]	8	0,77 [0,37-1,56]
Raisons de l'arrivée								
Chercher un emploi	24	0,56* [0,36-0,89]	11	0,53* [0,30-0,96]	43	1,44 [0,96-2,15]	9	1,23 [0,72-2,10]
Rejoindre la famille	36	- Réf -	19	- Réf -	34	- Réf -	8	- Réf -
Menacé dans son pays	43	1,33 [0,81-2,18]	17	0,86 [0,46-1,64]	40	1,29 [0,84-2,00]	16	2,35* [1,07-5,13]
Études	55	2,15** [1,32-3,50]	20	1,05 [0,52-2,14]	48	1,78* [1,13-2,80]	4	0,48 [0,16-1,37]
Raisons médicales	33	0,88 [0,41-1,89]	16	0,81 [0,34-1,93]	52	2,09** [1,31-3,34]	11	1,55 [0,54-4,42]

Hommes					Femmes			
Groupe d'études								
VIH	53	1,59* [1,07-2,36]	26	1,68* [1,08-2,62]	51	1,96** [1,29-2,97]	12	1,56 [0,62-3,91]
Hep-B	22	0,39** [0,29-0,53]	9	0,47** [0,31-0,72]	26	0,66 [0,41-1,07]	7	0,87 [0,34-2,22]
MG	42	- Réf -	17	- Réf -	35	- Réf -	8	- Réf -
Avoir connu des relations conjugales stables à l'enquête								
Oui	38	1,69* [1,13-2,52]	17	1,60* [1,09-2,35]	43	1,78* [1,13-2,79]	10	1,47 [0,72-3,01]
Non	26	- Réf -	11	- Réf -	29	- Réf -	7	- Réf -
Avoir quelqu'un sur qui compter dans les moments difficiles								
Oui	35	0,83 [0,60-1,14]	14	0,61** [0,44-0,86]	40	1,09 [0,77-1,53]	9	1,10 [0,58-2,08]
Non	39	- Réf -	21	- Réf -	39	- Réf -	9	- Réf -
Langue utilisée avec l'entourage								
Langue du pays d'origine	22	- Réf -	10	- Réf -	29	- Réf -	7	- Réf -
Français	43	2,77** [1,91-4,01]	19	2,02** [1,33-3,07]	46	2,05** [1,41-2,98]	10	1,44 [0,66-3,12]
Provenance des ressources								
Propre activité	37	- Réf -	15	- Réf -	44	- Réf -	10	- Réf -
Famille/partenaire	24	0,53* [0,29-0,95]	12	0,77 [0,39-1,50]	28	0,49** [0,33-0,74]	3	0,28** [0,12-0,67]
Instabilité financière	32	0,82 [0,51-1,30]	19	1,27 [0,75-2,17]	35	0,69 [0,46-1,04]	11	1,06 [0,51-2,19]
Nature du logement à l'enquête								
Logement personnel	41	- Réf -	17	- Réf -	44	- Réf -	10	- Réf -
Hébergé par la famille et entourage	31	0,65* [0,44-0,98]	13	0,70 [0,42-1,18]	31	0,56* [0,35-0,89]	7	0,66 [0,26-1,67]
Structure collective	10	0,16** [0,07-0,37]	6	0,30** [0,13-0,67]	43	0,94 [0,56-1,58]	6	0,53 [0,14-2,05]
Instabilité résidentielle	34	0,75 [0,47-1,19]	19	1,13 [0,72-1,77]	27	0,48** [0,30-0,77]	5	0,43* [0,20-0,92]
Titre de séjour à l'enquête								
Pas de titre de séjour	23	0,42** [0,26-0,67]	11	0,72 [0,43-1,22]	28	0,51* [0,31-0,85]	7	0,66 [0,26-1,68]

Hommes					Femmes			
Titre de séjour court	35	0,75 [0,55-1,04]	18	1,25 [0,82-1,91]	39	0,82 [0,60-1,12]	8	0,74 [0,40-1,35]
Titre de séjour long / nationalité	41	- Réf -	15	- Réf -	44	- Réf -	10	- Réf -
Région d'origine								
Afrique de l'Ouest	23	- Réf -	9	- Réf -	29	- Réf -	5	- Réf -
Afrique centrale	67	6,81** [4,89-9,48]	33	5,34** [3,64-7,85]	55	3,03** [2,20-4,19]	15	3,47** [2,23-5,38]
Afrique de l'Est et australe	31	1,49 [0,49-4,53]	9	1,09 [0,18-6,62]	49	2,42* [1,01-5,82]	7	1,36 [0,38-4,89]
Religion								
Chrétiens	65	14,28** [10,32-19,74]	30	10,85** [7,31-16,12]	58	19,66** [12,84-30,11]	13	9,64** [3,50-26,57]
Musulmans	11	- Réf -	4	- Réf -	7	- Réf -	2	- Réf -
Autres	74	22,16** [11,03-44,51]	32	11,76** [4,91-28,19]	59	20,55** [8,29-50,92]	13	9,72* [1,69-55,82]
Pratique religieuse								
Ne pratique pas	60	4,89** [3,29-7,28]	27	3,36** [2,19-5,17]	62	3,41** [1,95-5,97]	26	4,84** [2,16-10,84]
Occasionnelle	53	3,74** [2,34-5,97]	24	2,96** [1,94-4,52]	54	2,51** [1,61-3,90]	10	1,60 [0,86-2,99]
Régulière	23	- Réf -	10	- Réf -	32	- Réf -	7	- Réf -

Source : enquête PARCOURS

p-value : ** < 0,01 < * < 0,05