



EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY (EHIS)

Consommation de tabac et d'alcool

Cette fact-sheet présente les résultats de l'étude EHIS concernant la consommation de tabac et d'alcool au Grand-Duché de Luxembourg (GDL). Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une enquête européenne et a été conduite en 2014 auprès de 4 004 hommes et femmes âgés de 15 ans et plus résidant au GDL.

Les résultats présentés ici concernent toute la population d'étude (15 ans et plus, N = 4004) (1).

CONSOMMATION DE TABAC

La consommation de tabac constitue un facteur de risque évitable des maladies cardiovasculaires, respiratoires et de nombreux cancers.

Le tabac est responsable de 6 millions de décès chaque année dans le monde (2).

Tabagisme actif

La consommation de tabac concerne ici n'importe quel type de produits du tabac : cigarettes, cigares, pipes, etc. La consommation de cigarettes électroniques n'est pas incluse.

- Habitudes de consommation

En 2014, au GDL, 79,5% des personnes âgées de 15 ans et plus ne fument pas, 5,8% fument occasionnellement et 14,6% fument quotidiennement.

Avec **20,5% de fumeurs** (occasionnels et quotidiens), soit 1 résident luxembourgeois sur 5, le Luxembourg se place parmi les pays européens avec les proportions de fumeurs les plus faibles, derrière la Suède (16,7%), le Royaume-Uni (17,2%), la Finlande (19,3%) et le Portugal (20,0%). La moyenne européenne s'élève à 24,0% (3).

La **proportion de fumeurs** varie fortement selon le sexe. Elle est **plus élevée chez les hommes**. Parmi les hommes, 23,5% sont des fumeurs, dont 16,9% fument quotidiennement et 6,6% fument occasionnellement. Chez les femmes, 17,5% fument dont 12,4% fument quotidiennement et 5,0% occasionnellement.

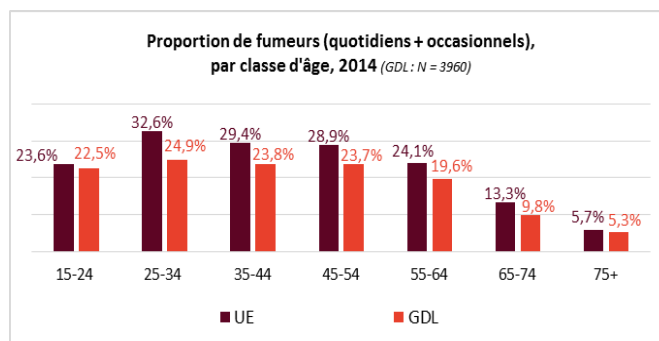
Cette observation est commune à tous les pays européens (3).

Consommation de tabac GDL	TOTAL (N=3960)	Hommes (N=1826)	Femmes (N=2134)
Non-fumeurs	79,5%	76,5%	82,5%
Fumeurs	20,5%	23,5%	17,5%
dont fumeurs quotidiens	14,6%	16,9%	12,4%
dont fumeurs occasionnels	5,8%	6,6%	5,0%

La proportion de fumeurs **varie** aussi **selon l'âge** et **diminue à partir de 35 ans**. Ainsi, parmi les personnes âgées de 25 à 34 ans, 24,9% fument contre 19,6% des 55-64 ans et 9,8% des 65-74 ans.

Par ailleurs, des écarts sont observés entre le GDL et l'Union Européenne (UE). Ainsi, chez les 25-34 ans, au GDL, 24,9% fument contre 32,6% en moyenne dans l'UE ; chez les 45-54 ans, au GDL, 23,7% fument contre 28,9% en moyenne dans l'UE.

Chez les 15-24 ans, la proportion des fumeurs est de 22,5% au GDL et 23,6% dans l'UE.



La **proportion de fumeurs** varie selon le **niveau d'éducation** atteint. Au GDL, des proportions plus élevées de fumeurs sont observées parmi les personnes ayant un niveau d'éducation faible et moyen, respectivement 22,0% et 24,5% tandis que parmi les personnes de niveau d'éducation supérieur, 14,3% sont des fumeurs.

- Niveau de consommation quotidienne de cigarettes parmi les fumeurs

Parmi les fumeurs quotidiens de 15 ans ou plus, la consommation moyenne s'élève à 15,2 cigarettes par jour ($\pm 0,35$).

Consommation de cigarettes parmi les fumeurs - GDL	TOTAL (N=545)	Hommes (N=273)	Femmes (N=272)
Moins de 20 cigarettes/jour	64,0%	59,1%	70,2%
20 cigarettes ou plus/jour	36,0%	40,9%	29,8%

Tabagisme passif

Le tabagisme passif concerne l'exposition à la fumée de tabac en lieu clos, c'est-à-dire à domicile, sur le lieu de travail et dans les lieux publics.

La fumée du tabac contient plus de 4000 substances chimiques, dont au moins 250 sont nocives et plus de 50 sont cancérigènes (2).

L'exposition quotidienne à la fumée de tabac dans un lieu clos concerne **14,9% des personnes âgées de 15 ans et plus au GDL** dont 9,4% sont exposées moins d'une heure par jour et 5,5% une heure ou plus par jour.

Cette proportion est inférieure à la **moyenne européenne** qui s'élève à **21,6%**.

Les **hommes** (17,4%) sont **plus touchés** que les femmes (12,5%).

Au GDL, comme en moyenne dans les pays de l'UE, la proportion de personnes exposées au tabac diminue avec l'âge, les **15-24 ans étant les plus touchés** : 25,0% au GDL et 30,9% en moyenne dans l'UE.

CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool constitue un facteur de risque évitable des maladies cardiovasculaires, de cirrhose du foie, de cancers et de troubles mentaux. L'alcool peut également être à l'origine d'accidents de la circulation et d'actes de violence, entraînant des traumatismes.

L'usage nocif de l'alcool est responsable de 3,3 millions de décès chaque année dans le monde (4).

La consommation d'alcool concerne ici les boissons alcoolisées de tous genres, c'est-à-dire, bière, vin, cidre, cocktails, long-drinks, prémix, alcopops, spiritueux, eau de vie, liqueurs, alcool fait maison, etc.

Age de la 1ère consommation d'alcool

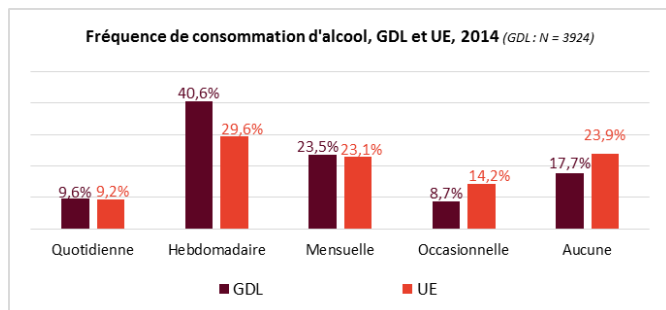
L'âge médian de la 1^{ère} consommation d'alcool s'élève à **15,9 ans**, avec une différence selon le sexe : 15,6 ans pour les garçons et 16,6 ans pour les filles.

Fréquence de la consommation d'alcool

La fréquence de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les résidents luxembourgeois âgés de 15 ans ou plus est :

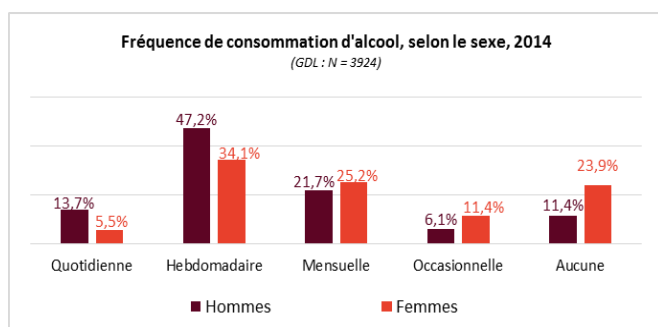
- quotidienne pour 9,6%
- hebdomadaire pour 40,6% (*au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours*)
- mensuelle pour 23,5% (*au moins une fois par mois, mais pas chaque semaine*)
- occasionnelle pour 8,7% (*moins d'une fois par mois*)
- nulle pour 17,7%

La **fréquence de la consommation hebdomadaire** d'alcool est **plus élevée chez les résidents luxembourgeois** (40,6%) **qu'en moyenne dans l'UE** (29,6%, données UE estimées) et varie fortement selon les pays.



La **fréquence de consommation d'alcool varie beaucoup selon le sexe** : les consommations hebdomadaires et quotidiennes sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes :

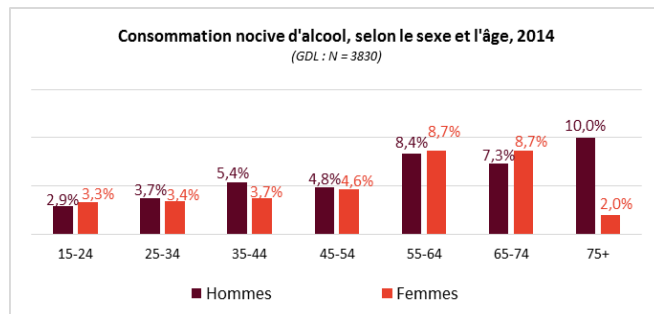
- consommation quotidienne : 13,7% des hommes et 5,5% des femmes
- consommation hebdomadaire : 47,2% des hommes et 34,1% des femmes



Consommation nocive et dangereuse d'alcool

La consommation nocive et dangereuse d'alcool (*en anglais "hazardous alcohol consumption"*) concerne la proportion de personnes déclarant avoir eu un taux moyen de consommation de plus de 20 grammes d'alcool pur par jour pour les femmes et plus de 40 grammes par jour pour les hommes (GDL : 1 verre standard = 12 g d'alcool pur)

Les 55-64 ans sont les plus concernés : 8,4% chez les hommes et 8,7% chez les femmes.



Fréquence d'épisodes d'alcoolisation excessive

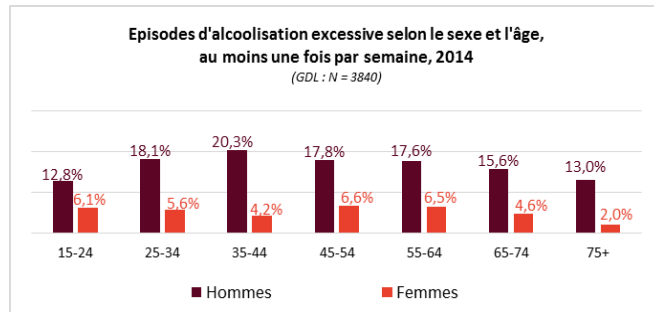
Les épisodes d'alcoolisation excessive (*en anglais "binge drinking"*) se définissent ici comme la consommation d'au moins 5 boissons alcoolisées standard lors d'une même occasion (*une fête, un repas, une soirée entre amis, seul à la maison, etc*), au cours des 12 derniers mois.

Fréquence d'épisodes d'alcoolisation excessive	GDL (N=3840)	UE (estimé)
Au moins 1 fois par semaine	11,2%	5,5%
Mensuellement	23,3%	14,4%
Occasionnellement	21,7%	20,2%
Jamais ou pas au cours des 12 derniers mois	43,8%	59,9%

Les épisodes d'alcoolisation excessive hebdomadaires sont **plus fréquents au GDL que dans la moyenne des pays de l'UE** : 11,2% des résidents luxembourgeois consomment de l'alcool de façon excessive au moins une fois par semaine contre 5,5% en moyenne dans l'UE.

Les **hommes sont plus concernés que les femmes** par l'alcoolisation excessive. 17,0% des hommes consomment excessivement de l'alcool au moins une fois par semaine contre 5,4% des femmes.

Parmi les hommes, la classe d'âge des 35-44 ans est la plus concernée, avec 20,3% soit un homme sur 5. Parmi les femmes, c'est la classe d'âge des 45-54 ans avec 6,6% des femmes.



(1) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> (extraction 10.04.2017)

(2) OMS, Fact-sheet Tabagisme, Janvier 2015

(3) Eurostat, Communiqué de presse 245/2016, « 1 personne sur 4 âgées de 15 ans ou plus dans l'Union Européenne est un fumeur »

(4) OMS, Fact-sheet Alcool, Juillet 2015

EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY (EHIS)

Méthodologie de l'étude

EHIS est une **étude observationnelle transversale en population générale**.

EHIS vise à mesurer l'état de santé (y compris l'incapacité), les déterminants de la santé, l'utilisation et les barrières en matière d'accès aux services de soins de santé ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de la population de l'Union Européenne (UE) âgée de 15 ans et plus.

Cette enquête est réalisée de façon harmonisée entre les pays, ce qui permet d'obtenir un degré élevé de comparabilité entre tous les Etats membres.

C'est une **enquête obligatoire** (contraignante sur la forme et le contenu) pour les Pays membres de l'UE (1). L'enquête a été conduite en 2014 au Luxembourg et s'inscrit dans la 2ème vague d'EHIS.

La première vague a été menée entre 2006 et 2009 dans 17 pays volontaires de l'UE ainsi qu'en Suisse et en Turquie. La deuxième vague s'est déroulée entre 2013 et 2015 dans les 28 pays de l'UE ainsi qu'en Islande et en Norvège.

OBJECTIF

L'**objectif** de l'étude est de **décrire l'état et les comportements de santé** de la population résidente et des **besoins de soins** et de **prévention** afférents. Les données collectées sont transférées à Eurostat (*Office de statistique de l'Union européenne*). Elles doivent notamment permettre :

- d'évaluer la **proportion de la population qui souffre de maladies chroniques** (*maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires, ...*),
- de **déterminer la relation entre ces maladies et les habitudes de vie** dans la population (*par exemple obésité et nutrition*),
- d'obtenir de l'information sur les **besoins en soins de santé et l'utilisation des services de prévention** par la population,
- d'évaluer les **comportements de santé** (*activité physique, alimentation équilibrée, etc.*) et les **facteurs** favorisant ces comportements.

PILOTAGE DU PROJET

- **Commanditaire** : Ministère de la Santé
- **Responsable opérationnel** : Luxembourg Institute of Health (LIH), Epidemiology and Public Health Research Unit
- **Comité de pilotage** composé de représentants de la Direction de la Santé, du LIH et du STATEC (*Institut national de la statistique et des études économiques du Luxembourg*).

ECHANTILLONNAGE

Population cible

La population cible est constituée d'**hommes** et de **femmes résidant au Luxembourg âgés d'au moins 15 ans**.

Les personnes vivant dans des logements collectifs ou institutions ont été exclues.

Constitution de l'échantillon

Taille d'échantillon minimum définie pour le Luxembourg par le règlement européen : **4 000 individus**.

Hypothèse de taux de réponse : 25% → 16 000 personnes contactées.

Constitution de l'échantillon basée sur les données du recensement de la population de 2011.

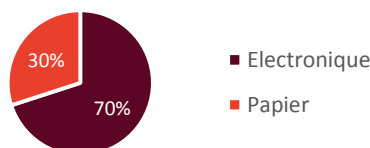
Un **échantillon aléatoire stratifié par âge, sexe et district de résidence** a été tiré au sort dans le fichier des affiliés à la Caisse Nationale de Santé par l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale.

MODALITES DE CONTACT DES PARTICIPANTS

Sollicitation par voie postale avec invitation officielle de la Direction de la Santé à participer à l'étude.

MODALITES DE REPONSE

Questionnaires remplis selon un mode auto-administré disponibles en version électronique (LimeSurvey) sur le site www.ehis.lu ou en version papier sur demande.



Quatre versions linguistiques ont été mises à disposition des participants : allemand, français, portugais et anglais.

CONSENTEMENT

Consentement explicite éclairé par une lettre d'information et obtenu à l'aide d'une case à cocher introduite au début du questionnaire électronique et papier.

CONFIDENTIALITE

L'enquête est complètement anonyme.

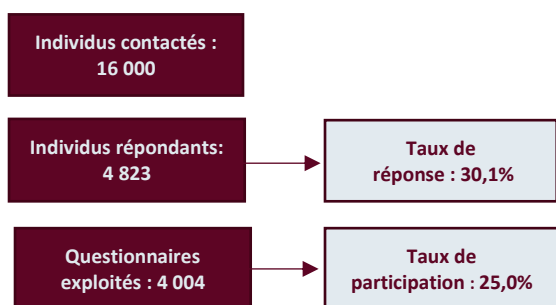
Aucune indication du nom, de l'adresse ou de la date de naissance de la personne n'était demandée dans le questionnaire.

L'enquête EHIS Luxembourg a fait l'objet d'une notification préalable auprès de la Commission Nationale pour la Protection des Données.

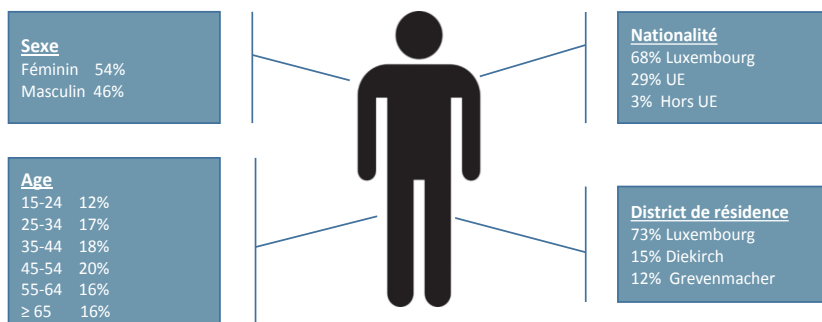
RECRUTEMENT

Sur les 16 000 individus contactés, 4 823 ont répondu à la lettre d'invitation à participer à l'étude en renvoyant une demande de questionnaire papier ou en se connectant au questionnaire électronique. Parmi ces personnes, 4 118 ont donné leur consentement, complété le questionnaire et ne remplissaient pas les critères d'exclusion.

Seuls les questionnaires de 4004 individus étaient exploitables (*sans données manquantes sur l'âge, le sexe, le district, informations nécessaires à la pondération, avec un taux de remplissage du questionnaire de plus de 50%*) et ont été conservés dans la base de données.



Profil des participants



TRAITEMENT DES DONNEES

- Le dictionnaire des données de l'étude à collecter a été élaboré selon les guidelines établis par Eurostat.

Les questionnaires papier ont été saisis grâce au logiciel Clinsight® en simple saisie. 10% des questionnaires ont été encodés en double saisie.

- La base de données a été préparée selon les instructions définies dans le protocole européen(2) et validée par Eurostat.

- Les valeurs manquantes correspondent aux absences de réponse liées aux refus de répondre ou lorsque le participant ne sait pas ou oublie de répondre. Le taux de données manquantes sur l'ensemble de la base de données s'élève à 3,02%.

PRESENTATION DES RESULTATS

- Les résultats sont présentés sous forme de **fact-sheets thématiques**.

- Conformément à la méthodologie d'Eurostat, les **valeurs manquantes** sont **exclues** des calculs présentés.

- Les indicateurs sont exprimés en pourcentage pondéré au sein de la population correspondante et les **statistiques** sont **présentées par âge, sexe** et parfois selon le **niveau d'éducation** ou le **statut professionnel**.

Les niveaux d'éducation retenus par Eurostat suivent la Classification Internationale Type de l'Education (CITE 2011) (3):

- niveau d'éducation faible : correspond aux niveaux 0 à 2 (jusqu'au premier cycle de l'enseignement secondaire)
- niveau d'éducation moyen : correspond aux niveaux 3 et 4 (jusqu'à l'enseignement post-secondaire non supérieur)
- niveau d'éducation élevé : correspond aux niveaux 5 à 8 : jusqu'à l'enseignement supérieur.

- Les **résultats comparés** des différents pays de l'UE sont consultables sur le site web d'Eurostat (4).

Références :

(1) Règlement 141/2013 du 19 février 2013

(2) http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/fr/hlth_det_esms.htm

(3) <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/iscde-2011-operational-manualFR.pdf>

(4) <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>