

Mme Stéphanie Laconi*, Mme Marilou Girard**, Mme Éléonore Greffioz**, Dr Henri Chabrol***

* Docteur en psychopathologie, Psychologue, ** Psychologue, *** Psychiatre, Octogone, Centre d'études et de recherches en psychopathologie, Université de Toulouse – II, 5, allées Antonio Machado, F-31058 Toulouse Cedex
Correspondance : Stéphanie Laconi. Courriel : stephanielaconi.b@gmail.com

Reçu juillet 2014, accepté juin 2015

Binge drinking

Exploration dans un échantillon de jeunes adultes par internet

Résumé

Contexte : peu étudié en France, le *binge drinking* correspond à une consommation massive et rapide d'alcool. Son évaluation se fait principalement grâce à la quantité d'alcool consommé (minimum de quatre verres pour les femmes et de cinq verres pour les hommes) et la rapidité d'intoxication (en moins de deux heures). Notre objectif était d'explorer le *binge drinking* chez des jeunes adultes français et d'évaluer ses relations avec d'autres symptômes psychopathologiques. **Méthode :** 241 participants âgés de 18 à 35 ans ($M = 23,9$; $DS = 3,3$) ont été interrogés sur leurs consommations d'alcool, de nicotine et de cannabis, ainsi que sur la présence de symptômes dépressifs et leur niveau d'estime de soi. **Résultats :** 18 % des participants présentaient des scores suggérant des symptômes significatifs d'alcool-dépendance, et 43 % avaient vécu au moins un épisode de *binge drinking* au cours des deux dernières semaines. L'âge et les symptômes d'alcool-dépendance contribuaient significativement aux scores de *binge drinking* au sein de l'échantillon total. **Discussion :** la prévalence élevée du *binge drinking* dans notre échantillon et ses relations avec de nombreux symptômes psychopathologiques accentuent l'importance d'évaluer ce nouveau mode de consommation, notamment en distinguant le genre.

Mots-clés

Binge drinking – Alcool-dépendance – Consommation – Substance – Symptôme psychopathologique.

Summary

Exploration of binge drinking among a sample of young adults

Background: little studied in France, binge drinking is considered as a massive and rapid alcohol consumption on a same occasion. Its assessment is mainly based on the amount of alcohol consumption (minimum of four drinks for women and five drinks for men) and the quickness of intoxication (less than two hours). Our main goal was to investigate binge drinking among French young adults and its relationship with other psychopathological symptoms. **Methods:** 241 participants from 18 to 35 years old ($M = 23.9$; $SD = 3.3$) completed a questionnaire about their alcohol, nicotine and cannabis use, and their levels of depressive symptoms and self-esteem. **Results:** 18% of individuals had scores suggesting significant symptoms of alcohol dependence, 43% reported at least one binge drinking episode during the past two weeks. Age and symptoms of alcohol dependence significantly contributed to binge drinking scores among the whole sample. **Discussion:** the high prevalence of binge drinking in our sample and its relationships with psychopathological symptoms highlight the importance of evaluating this new mode of alcohol consumption, particularly by distinguishing gender.

Key words

Binge drinking – Alcohol dependence – Substance use – Psychopathological symptom.

Le *binge drinking* est un mode de consommation d'alcool correspondant à une alcoolisation ponctuelle, importante ou sévère, se différenciant d'une consommation d'alcool à risque par la rapidité d'intoxication. Il entraîne des conséquences physiques, sociales et psychologiques importantes (1-3) et favorise les comportements dange-

reux mettant la santé et la vie des individus en jeu (4, 5). Actuellement, aucun outil consensuel ne permet de mesurer le *binge drinking*. Il se définit principalement grâce à la fréquence et à la rapidité d'intoxication, exprimées par un taux d'alcool dans le sang supérieur ou égal à 0,8 g/l. Ce taux correspondrait à la consommation d'environ quatre

verres d'alcool ou plus chez les femmes et cinq verres ou plus chez les hommes, en approximativement deux heures (6). Cette méthode permet d'estimer la quantité de verres consommés au cours d'un laps de temps défini comme étant relativement court, afin que le seuil de 0,8 g/l soit atteint. Alors que certaines études limitent le *binge drinking* à une durée inférieure à deux heures (2, 4, 7-9), la majorité des recherches évaluent le nombre de verres consommés au cours d'une même occasion, sans considération pour la rapidité d'intoxication. Qui plus est, certaines études prennent en considération le *binge drinking* ayant eu lieu durant la dernière semaine (10), les deux dernières semaines (11, 12), le derniers mois (1, 10), les six derniers mois (2) ou les 12 derniers mois (13), générant des taux de prévalence différents (2).

Ce mode de consommation apparaît plus fréquemment chez les jeunes que chez les adultes (1, 13-15), où il est parfois décrit comme une part normale d'une sous-culture juvénile (10). Il est également plus prévalent chez les hommes que chez les femmes (1, 5, 14, 15). Cependant, les données épidémiologiques sur le *binge drinking* sont difficilement comparables du fait de différences culturelles et méthodologiques (quantité, durée et fréquence de l'alcoolisation, caractéristiques de l'échantillon).

En France, la consommation de substances psychoactives est particulièrement élevée (16, 17) et, chez les jeunes, les abus d'alcool tendent à augmenter (3, 13, 17). Une étude réalisée sur un échantillon de plus de 10 000 adolescents européens place la France ($n = 2\,916$; $M = 15,9$) parmi les trois pays d'Europe occidentale les plus touchés par le *binge drinking*, avec 47 % de garçons et 39 % de filles ayant vécu au moins un épisode de *binge drinking* au cours du mois écoulé (3). Dans cette étude, le *binge drinking* est défini comme la consommation de quatre verres ou plus pour les femmes et cinq verres ou plus pour les hommes au cours d'une même occasion. En France, chez les 12-26 ans ($n = 1\,333$; sexe-ratio – SR = 0,8), 40 % des garçons et 18 % des filles ont expérimenté au moins un épisode de *binge drinking* (soit cinq verres ou plus au cours d'une occasion) au cours des deux dernières semaines (16). En moyenne, 56 % des étudiants et 22 % des étudiantes universitaires français ($n = 693$; $M = 20,5$; SR = 1,3) ont expérimenté au moins trois épisodes de *binge drinking* (soit cinq verres ou plus au cours d'une occasion) au cours de l'année écoulée (13). Pourtant, très peu d'études françaises ont été réalisées sur le *binge drinking*.

Par ailleurs, la polyconsommation, qui correspond à la consommation de plusieurs substances psychoactives (17),

est un phénomène courant, notamment en France (18). Le *binge drinking* est plus fréquemment retrouvé avec l'alcool-dépendance (7, 11) ainsi qu'avec d'autres dépendances dont celle au cannabis (11, 12, 19) ou à la nicotine (4, 5, 19). La consommation importante et répétitive d'alcool à travers le *binge drinking* pourrait entraîner une alcool-dépendance et le développement d'autres troubles psychopathologiques (11).

Les troubles dépressifs se présentent, d'une part, comme les troubles psychiatriques les plus fréquemment observés chez les adultes français en population générale (20, 21) et, d'autre part, comme un facteur de risque et une conséquence importante de la consommation d'alcool (9, 22). Quelques études ont mis en avant les relations entre le *binge drinking* et la dépression (9, 10) ou certains troubles anxieux (11). Plus précisément, une étude longitudinale met en avant la valeur prédictive du *binge drinking* sur le développement de symptômes dépressifs (23).

D'autres facteurs psychologiques fréquents dans l'alcool-dépendance s'associent également avec le *binge drinking*, tels qu'une faible estime de soi (19, 24), l'impulsivité ou la recherche de sensation (15). Plus précisément, l'estime de soi a une influence importante sur le bien-être général (25) et, notamment chez les femmes, l'estime de soi est un facteur de risque reconnu de la consommation excessive d'alcool (24, 25). Cependant, les études sont rares et peu généralisables.

L'objectif de cette étude était dans un premier temps d'explorer, selon le genre, la prévalence et la fréquence du *binge drinking* au sein de notre échantillon. Dans un deuxième temps, cette recherche visait à étudier les liens entre le *binge drinking* et les symptômes d'alcool-dépendance et de dépendance à la nicotine, la fréquence de consommation de cannabis, les symptômes dépressifs et l'estime de soi. Pour finir, la contribution de ces variables sur le *binge drinking* a été explorée.

Méthodologie

Participants et procédure

Notre échantillon était composé de 241 personnes majeures, âgées de 18 à 35 ans ($M = 23,9$; $DS = 3,3$) dont 75 % de femmes ($n = 182$). Les étudiants représentaient 53 % de notre échantillon, les actifs 38 % et les inactifs 9 %.

Le questionnaire, hébergé sur internet, a été diffusé en utilisant différents sites de communication dont Facebook et plusieurs forums. Les participants ont été informés de la nature de l'étude, de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses. Ils ont tous déclaré être majeurs et ont donné leur consentement libre et éclairé en cochant la case appropriée. Seuls les participants ayant coché cette case ont pu poursuivre l'étude. Après avoir renseigné des informations sociodémographiques (genre, âge et statut professionnel) et complété six outils de mesure décrits ci-dessous, seuls les participants ayant rempli la totalité des questionnaires ont été inclus dans les analyses.

Instruments de mesure

Afin d'évaluer la prévalence et la fréquence du *binge drinking*, nous avons créé deux items basés sur de récents travaux (2, 7, 9) comprenant une version pour les femmes (quatre verres ou plus) et une pour les hommes (cinq verres ou plus). Les participants devaient répondre à l'item suivant : "Au cours des deux dernières semaines, combien de fois avez-vous bu quatre verres (cinq verres pour les hommes) en moins de deux heures ?". Les 11 modalités de réponse varient de "0" à "10 ou plus". Ainsi, trois catégories ont été distinguées : absence de *binge drinking* (pas d'épisode), *binge drinking* occasionnel (un ou deux épisodes) et *binge drinking* fréquent (trois épisodes ou plus) (13).

Les symptômes d'alcool-dépendance ont été mesurés à l'aide de l'*Alcohol use disorders identification test* (AUDIT) (26, 27), questionnaire de dix items mesurant trois domaines liés à la consommation d'alcool : le volume et la fréquence de consommation, les conséquences de celle-ci, ainsi que les symptômes liés à la dépendance. Les items sont cotés différemment et concernent la consommation d'alcool au cours de l'année écoulée. Les scores varient de 0 à 40. Comme dans d'autres études françaises, en population générale (sensibilité située entre 70 et 94 %, et spécificité entre 95 et 98 % en fonction du genre) (27) ou chez de jeunes adultes masculins (28), le score seuil de 13 a été utilisé pour suggérer la présence significative de symptômes d'alcool-dépendance. La consistance interne de la version originale et de celle française de l'AUDIT est de 0,68, la nôtre obtient un coefficient α de Cronbach de 0,85.

Les symptômes de dépendance à la nicotine ont été évalués avec le *Fagerström test for nicotine dependence* (FTND) (29, 30). Il est composé de six items, avec par exemple l'item 1 : "Le matin, combien de temps après vous êtes réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?". Les

items ne bénéficient pas tous de la même cotation. Le score total est compris entre 0 et 10. Un score supérieur à 6 correspond à la présence de symptômes significatifs d'une dépendance. La version originale et celle française (31) possèdent une bonne consistance interne (0,68 et 0,70). Le coefficient α obtenu est de 0,79.

Afin de mesurer la consommation de cannabis, nous avons utilisé la question : "À quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis au cours des six derniers mois ?". Le participant répondait sur une échelle de Likert en cinq points : 0 = "jamais", 1 = "une fois par mois ou moins", 2 = "deux-quatre fois par mois ou moins", 3 = "deux-trois fois par semaine" et 4 = "quatre fois ou plus par semaine". Les participants obtenant 0 ont été considérés comme non fumeurs de cannabis, ceux obtenant un score compris entre 1 et 3 comme consommateurs occasionnels, et ceux obtenant 4 comme consommateurs réguliers.

La *Center for epidemiological studies depression scale 10* (CES-D-10) (32, 33) évalue la présence de symptômes dépressifs au cours des sept derniers jours. La mesure se fait sur une échelle de Likert en quatre points, allant de 0 = "rarement ou jamais" à 3 = "tout le temps", avec par exemple l'item suivant : "Je me sentais déprimé(e)". Les scores varient de 0 à 30. Un score supérieur ou égal à 10 indique la présence de symptômes dépressifs significatifs. La consistance interne de la version originale de la CES-D-10 est satisfaisante (0,85), tout comme celle de la version française (0,75). Nous obtenons un coefficient α de 0,59.

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSES) (34, 35) est constituée de dix items mesurant le niveau d'estime de soi. Les modalités de réponse sont cotées sur une échelle de Likert en quatre points allant de 1 = "tout à fait en désaccord" à 4 = "tout à fait d'accord". La RSES est composée de cinq phrases positives, comme par exemple "Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités" et de cinq phrases négatives, comme "Parfois je me sens vraiment inutile". Un score inférieur à 30 permet de distinguer les participants ayant une faible estime de soi (35). La consistance interne est satisfaisante pour la version originale (0,90) et correcte pour la version française (0,70). Pour cette étude, nous obtenons un coefficient α de 0,88.

Analyses statistiques

Les scores totaux de nos échelles ont été recodés pour donner un score dichotomique "présence/absence" de symptômes. Le test exact de Fisher a été utilisé pour

comparer les proportions de ces différentes variables dichotomiques (présence/absence de *binge drinking*, *binge drinking* fréquent/*binge drinking* occasionnel, symptômes d'alcoolodépendance et de dépendance à la nicotine, consommation de cannabis, symptômes dépressifs et faible estime de soi). Ces analyses ont également été réalisées distinctement pour les hommes et les femmes.

La distribution des scores des variables explorées étant normale, nous avons procédé à des analyses paramétriques dans le but de répondre à nos autres objectifs de recherche. Des analyses de corrélation (coefficient de Pearson) ont permis d'évaluer la présence de liens entre les variables continues, d'une part, sur l'échantillon total et, d'autre part, sur les hommes puis les femmes. Afin d'explorer les contributions relatives des variables prédictives continues sur les différentes catégories de *binge drinking* (absence de *binge drinking*, *binge drinking* occasionnel et *binge drinking* fréquent), une analyse de régression logistique ordinale multinomiale a été réalisée au sein de l'échantillon total. La consistance interne pour chaque échelle a été évaluée avec le coefficient α de Cronbach. L'ensemble de ces analyses statistiques ont été réalisées avec la version 20 de SPSS.

Résultats

Analyses descriptives

Dans l'échantillon total, 57 % des participants ont rapporté n'avoir pas expérimenté de *binge drinking* (n = 137), 23 % avoir vécu un épisode (n = 56), 9 % deux épisodes

(n = 21), et plus de 11 % entre trois et dix épisodes (n = 27) au cours des deux dernières semaines. Ils étaient ainsi 43 % à avoir expérimenté au moins un épisode de *binge drinking* récemment, sans différence significative en fonction du genre. Les proportions de participants hommes et femmes faisant partie des catégories "absence de *binge drinking*", "*binge drinking* occasionnel" et "*binge drinking* fréquent", et ayant dépassé les scores seuils des autres variables dichotomiques, sont présentés dans le tableau I. Les résultats des analyses descriptives des échelles, pour l'échantillon total, y sont également détaillés. Seuls les résultats obtenus pour la consommation occasionnelle de cannabis ($p < 0,01$) étaient significativement différents chez les hommes et les femmes.

Test de Fisher en fonction du genre

Comparées aux femmes n'ayant pas expérimenté de *binge drinking*, celles ayant vécu au moins un épisode de *binge drinking* au cours des deux dernières semaines présentaient plus de symptômes d'alcoolodépendance ($p < 0,001$) et étaient plus consommatrices occasionnelles de cannabis ($p < 0,05$). Les femmes ayant vécu au moins trois épisodes de *binge drinking* (fréquent) avaient plus de symptômes d'alcoolodépendance ($p < 0,001$) et une plus faible estime de soi ($p < 0,05$) que les participantes avec un *binge drinking* occasionnel.

Les hommes rapportant au moins un épisode de *binge drinking* présentaient plus de symptômes d'alcoolodépendance ($p < 0,01$) et de consommation occasionnelle de cannabis ($p < 0,05$) que ceux n'ayant vécu aucun épisode. Comparés aux hommes présentant un *binge drinking*

Tableau I : Analyses descriptives des variables explorées

Variables	Échantillon total (n = 241)					Hommes (n = 59)					Femmes (n = 182)				
	Min	Max	M	DS	n	Min	Max	M	DS	n	Min	Max	M	DS	n
<i>Binge drinking</i>	0,00	10,00	0,95	1,64	104	0,00	6,00	0,89	1,39	26	0,00	10,00	0,97	1,71	78
- Occasionnel (1 ou 2 épisodes)	0,00	1,00	0,31	0,46	77	0,00	1,00	1,52	1,51	19	0,00	1,00	1,53	1,96	58
- Fréquent (plus de 2 épisodes)	0,00	1,00	0,11	0,31	27	0,00	1,00	0,11	0,32	7	0,00	1,00	0,10	0,31	20
Symptômes d'alcoolodépendance	0,00	39,00	7,36	6,29	43	0,00	29,00	8,20	5,85	13	0,00	39,00	7,08	6,42	30
Symptômes de dépendance à la nicotine	0,00	9,00	1,14	2,03	19	0,00	7,00	1,15	1,84	3	0,00	9,00	1,14	2,09	16
Consommation de cannabis	0,00	4,00	0,56	1,05	72	0,00	4,00	1,07	1,42	27	0,00	4,00	0,40	0,84	45
- Occasionnel (jusqu'à 2-3 fois/semaine)	0,00	1,00	0,25	0,43	62	0,00	1,00	0,33	0,47	20	0,00	1,00	0,23	0,42	42
- Régulier (au moins 4 fois/semaine)	0,00	1,00	0,04	0,19	10	0,00	1,00	0,11	0,32	7	0,00	1,00	0,01	0,12	3
Symptômes dépressifs	3,00	23,00	11,12	4,28	139	3,00	22,00	10,23	3,69	32	3,00	23,00	11,40	4,42	107
Faible estime de soi	15,00	40,00	31,23	5,69	87	10,00	30,00	17,10	4,75	14	10,00	35,00	19,27	5,86	73

Min = minimum ; Max = maximum ; M = moyenne ; DS = déviation standard ; n = nombre de participants dépassant le score seuil.

occasionnel, ceux rapportant des épisodes de *binge drinking* fréquent avaient plus de symptômes d'alcool-dépendance ($p < 0,001$) et de dépendance à la nicotine ($p < 0,05$).

Analyses de corrélations entre le binge drinking et les variables psychopathologiques

Dans notre échantillon total, les scores de *binge drinking* étaient significativement corrélés avec les scores de symptômes d'alcool-dépendance et de dépendance à la nicotine, de symptômes dépressifs et de faible estime de soi. Ces résultats sont présentés dans le tableau II, ainsi que ceux obtenus indépendamment pour les hommes et les femmes.

Analyse de régression logistique ordinale multinomiale prédisant les trois catégories de binge drinking

Seules les variables au moins faiblement liées au *binge drinking* ($r \geq 0,10$) (36) ont été entrées en tant que prédicteurs dans cette analyse : âge, sexe, symptômes d'alcool-dépendance, de dépendance à la nicotine et dépressifs, et estime de soi. Le rapport χ^2/df inférieur à 1 indiquait un bon ajustement du modèle ($\chi^2/df = 402,6/474 = 0,84$). Parmi ces prédicteurs, seuls étaient significatifs les symptômes d'alcool-dépendance négativement liés au *binge drinking* ($\beta = -0,26$; $ES(\beta) = 0,03$; $W = 70,94$; $p < 0,001$) et l'âge positivement lié ($\beta = 0,14$; $ES(\beta) = 0,05$;

Tableau II : Analyses de corrélation entre les variables explorées dans l'échantillon total, chez les hommes et chez les femmes

Variables	BD	AUDIT	FTND	CUDIT	CES-D	RSES
Échantillon total (n = 241)						
BD – <i>Binge drinking</i>	-					
AUDIT – <i>Alcohol use disorders identification test</i>	0,61**	-				
FTND – <i>Fagerström test for nicotine dependence</i>	0,14*	0,28**	-			
CUDIT – <i>Cannabis use disorders identification test</i>	0,08	0,18**	0,19**	-		
CES-D – <i>Center for epidemiological studies-depression scale</i>	0,18**	0,27**	0,11	0,14*	-	
RSES – <i>Rosenberg self-esteem scale</i>	-0,12*	-0,14*	-0,16**	-0,02	-0,49**	-
Hommes (n = 59)						
BD – <i>Binge drinking</i>	-					
AUDIT – <i>Alcohol use disorders identification test</i>	0,68**	-				
FTND – <i>Fagerström test for nicotine dependence</i>	0,37**	0,21	-			
CUDIT – <i>Cannabis use disorders identification test</i>	0,06	0,19	0,30*	-		
CES-D – <i>Center for epidemiological studies-depression scale</i>	0,06	0,25*	0,20	0,24	-	
RSES – <i>Rosenberg self-esteem scale</i>	-0,18	-0,09	-0,08	0,05	-0,17	-
Femmes (n = 182)						
BD – <i>Binge drinking</i>	-					
AUDIT – <i>Alcohol use disorders identification test</i>	0,60**	-				
FTND – <i>Fagerström test for nicotine dependence</i>	0,09	0,30**	-			
CUDIT – <i>Cannabis use disorders identification test</i>	0,11	0,17*	0,16*	-		
CES-D – <i>Center for epidemiological studies-depression scale</i>	0,21**	0,29**	0,09	0,17*	-	
RSES – <i>Rosenberg self-esteem scale</i>	-0,11	-0,17*	-0,18*	-0,12	-0,55**	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tableau III : Analyse de régression logistique ordinale multinomiale prédisant les trois catégories de *binge drinking* (n = 241) soit absence (n = 137), occasionnel (n = 77) et fréquent (n = 27)

Variables	Coefficient de régression β	Erreur type	Statistique de Wald	Significativité p	Intervalle de confiance 95 %	
					inférieur	supérieur
Sexe	-0,09	0,33	0,08	0,772	-0,75	0,56
Âge	0,13	0,05	6,98	0,008	0,03	0,23
Symptômes d'alcool-dépendance	-0,26	0,03	69,07	0,000	-0,33	-0,20
Symptômes de dépendance à la nicotine	0,07	0,08	0,96	0,325	-0,07	0,23
Symptômes dépressifs	0,04	0,04	1,43	0,230	-0,03	0,12
Estime de soi	-0,02	0,03	0,95	0,329	-0,08	0,02

W = 7,38 ; $p < 0,01$) dans l'échantillon total. Les résultats de cette analyse sont détaillés dans le tableau III.

Discussion

Un pourcentage important de notre échantillon rapportait avoir vécu au moins un épisode de *binge drinking* au cours des deux dernières semaines (43 %). Il est important de noter que 11 % des participants ont rapporté au moins trois épisodes au cours des deux dernières semaines. Cette prévalence est préoccupante par les conséquences dangereuses du *binge drinking*. Bien que le genre et la durée de consommation soient des critères de définition du *binge drinking*, les études antérieures sur ce thème ne prennent pas toujours en compte ces variables. Ces biais méthodologiques et l'absence de contrôle du genre pourraient expliquer la présence de résultats contradictoires. Néanmoins, nos résultats vont dans le sens des études menées sur de jeunes adultes (34 à 57 %) (1, 7-9, 11, 16, 37).

Alors que la majorité des études réalisées sur une population d'adolescents et de jeunes adultes français révèlent des taux de *binge drinking* variant de 18 à 22 % chez les femmes et de 40 à 56 % chez les hommes (3, 13, 16, 38), aucune différence significative n'a été relevée dans notre échantillon. Ces résultats confirment ceux d'autres recherches ayant mis en évidence une diminution de l'écart entre les hommes et les femmes (9, 11). Néanmoins, nos résultats révèlent qu'un taux important de participants dépassait le score seuil d'alcoolodépendance (17 %), ce qui semble largement au-dessus des résultats obtenus dans des échantillons français similaires, qui sont souvent inférieurs à 15 % avec des seuils à l'AUDIT variant de 8 à 20 (17, 27, 28).

Par ailleurs, les associations importantes observées entre le *binge drinking*, les symptômes d'alcoolodépendance et les symptômes psychopathologiques, confirmant celles retrouvées précédemment (9-11, 19, 22-25), mettent en lumière la nécessité de s'intéresser à cette problématique, en se focalisant particulièrement sur les différents modes de consommation d'alcool, les comorbidités, le genre, ainsi que d'autres variables prédictives. La consommation d'alcool peut notamment être influencée par les environnements sociaux et familiaux (39, 40). Par conséquent, les difficultés académiques et socioéconomiques, ainsi que les antécédents familiaux ont été présentés comme des facteurs de risque de la consommation de substances et d'alcool (17, 19, 28). Cependant, peu d'études ont été

conduites afin d'explorer spécifiquement le *binge drinking*, qui est encore un sujet d'étude récent.

Bien que le *binge drinking* ait été associé à l'ensemble des variables psychopathologiques, il est important de noter que les résultats diffèrent selon les analyses statistiques réalisées, du type de *binge drinking* exploré et du genre. L'analyse de régression logistique indique que la présence de symptômes élevés d'alcoolodépendance n'entraînerait pas l'augmentation du nombre d'épisodes de *binge drinking*. Malgré le chevauchement théorique de ces deux entités, ce résultat suggère que le *binge drinking* est un mode de consommation d'alcool spécifique, plutôt adopté occasionnellement, sûrement dans un cadre festif, par des sujets non alcoolodépendants. Cela n'exclut pas la possibilité que la répétition des épisodes de *binge drinking* puisse entraîner à plus ou moins long terme le développement d'une alcoolodépendance, et que certains alcoolodépendants doivent quand même utiliser l'excuse d'une occasion festive pour s'alcooliser d'une façon plus sociale. Ceci explique les résultats observés grâce au test exact de Fisher, qui mettent en avant la relation entre *binge drinking* fréquent et symptômes d'alcoolodépendance (7, 11). En effet, le *binge drinking* étant un mode de consommation d'alcool ayant une connotation sociale importante (1), les alcoolodépendants pourraient être plus souvent demandeurs ou investigateurs de ces occasions d'expérimenter un *binge drinking*, leur permettant ainsi de consommer excessivement de l'alcool de façon moins culpabilisante, car socialement acceptée.

Alors que la relation entre consommation de nicotine et d'alcool est fréquemment étudiée, le lien entre les symptômes de dépendance à la nicotine et le *binge drinking* fréquent n'a, à notre connaissance, jamais fait l'objet de recherches. Dans notre étude, les analyses de corrélation révèlent chez les hommes une relation entre nicotine et *binge drinking*. Par ailleurs, aucun lien ne peut être fait entre la fréquence de *binge drinking* et la consommation de cannabis : les participants ayant expérimenté au moins trois épisodes de *binge drinking* n'avaient pas une consommation plus importante de cannabis que ceux ayant vécu moins d'épisodes. Bien que la consommation de cannabis et la polydépendance soient fréquentes chez les jeunes adultes, ce résultat peut suggérer une association moindre entre le *binge drinking* et la consommation de cannabis.

Chez les femmes, le *binge drinking* était corrélé aux symptômes dépressifs. Cette association concorde avec celles retrouvées dans les études précédentes (9, 10), que le genre soit distingué ou non (23). Afin d'être utilement discutés,

ces résultats auraient dû être complétés par l'exploration du sens de la relation entre ces variables. Bien que le *binge drinking* ait un rôle dans le développement de symptômes dépressifs (23), il peut également être une stratégie de *coping* pour lutter contre ses symptômes dépressifs et/ou une faible estime de soi, notamment chez les femmes (9, 24, 25). Chez celles-ci, les scores d'alcool-dépendance étaient associés à un plus grand nombre de variables, tandis que chez les hommes les symptômes d'alcool-dépendance étaient uniquement et faiblement corrélés avec les symptômes dépressifs. Par ailleurs, chez les femmes, une association entre faible estime de soi et un *binge drinking* fréquent suggère que plus l'estime de soi est faible, plus l'individu expérimentera le *binge drinking*. Ces résultats dénotent une symptomatologie plus importante au sein du groupe de femmes, alors qu'une précédente étude retrouve un impact de l'estime de soi sur le *binge drinking* plus important chez les hommes (19).

Notre étude présente certaines limites. Notre échantillon était composé principalement de femmes, et certaines de nos analyses statistiques ont été réalisées sur des sous-groupes de petites tailles. Il serait intéressant de réaliser cette étude sur un échantillon plus important et plus homogène. L'absence de consensus sur une définition et une mesure valide du *binge drinking* est soulevée dans la majorité des études et représente une limite importante à l'exploration de ce phénomène. Le seuil de cinq verres est régulièrement utilisé sans considération pour le genre (1), impactant sur les résultats et leur généralisation. Néanmoins, ce seuil, jugé généralement trop bas, ainsi que le laps de temps de deux heures, trop restrictif, ont été remis en cause (8). Par ailleurs, les unités d'alcool ayant des valeurs différentes d'un pays à l'autre (soit 10 g en France, 14 g aux États-Unis), la limite de cinq verres ne semble pas appropriée pour la population française. La fiabilité des réponses données par les participants peut également être soulevée, notamment en ce qui concerne le rappel du nombre de verres consommés, que cela soit dû à des difficultés mnésiques ou à un biais de désirabilité sociale. Une mesure fiable et consensuelle semble nécessaire afin d'étudier au mieux cette pratique dangereuse. Enfin, les scores seuils utilisés dans cette étude représentent une certaine limite étant donné le nombre de seuils différents utilisés, pour l'AUDIT notamment (26), et le manque d'études réalisées sur des échantillons de jeunes adultes français.

Les interventions précoces et les mesures de prévention peuvent avoir un impact favorable sur la consommation future d'alcool (14) et semblent nécessaires notamment chez les préadolescents. L'abus d'alcool devrait être la cible

de ces mesures de santé publique en France (17). Celles-ci devraient donc être mises en place afin de prévenir le *binge drinking*, l'alcool-dépendance et la polydépendance, puisque les jeunes adultes apparaissent, et notamment dans notre étude, comme d'importants consommateurs d'alcool. La prévalence importante du *binge drinking* et les risques associés incitent à mieux en comprendre les spécificités et devraient encourager les recherches sur le sujet. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- 1 - Andersson A, Andersson C, Holmgren K, Mardby AC, Hensing K. Participation in leisure activities and binge drinking in adults: findings from a Swedish general population sample. *Addict Res Theory*. 2012 ; 20 (2) : 172-82.
- 2 - Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: data, definitions, and determinants. *Psychol Bull*. 2009 ; 135 : 142-56.
- 3 - Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs ; 2009.
- 4 - Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*. 2007 ; 119 (1) : 76-85.
- 5 - Paul LA, Grubaugh AL, Frueh BC, Ellis C, Egede LE. Associations between binge and heavy drinking and health behaviors in a nationally representative sample. *Addict Behav*. 2011 ; 36 : 1240-5.
- 6 - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA Council approves definition of binge drinking. In : National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism Newsletter. Bethesda : NIAAA ; 2004 (http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.htm).
- 7 - Borden LA, Martens MP, McBride MA, Sheline KT, Bloch KK, Dude K. The role of college students' use of protective behavioral strategies in the relation between binge drinking and alcohol related problems. *Psychol Addict Behav*. 2011 ; 25 : 346-51.
- 8 - Lange JE, Voas RB. Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychol Addict Behav*. 2001 ; 15 : 310-6.
- 9 - Mushquash AR, Stewart SH, Sherry SB, Sherry DL, Mushquash CJ, MacKinnon AL. Depressive symptoms are a vulnerability factor for heavy episodic drinking: a short-term, four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Addict Behav*. 2013 ; 38 : 2180-6.
- 10 - Archie S, Kazemi AZ, Akhtar-Danesh N. Concurrent binge drinking and depression among Canadian youth: prevalence, patterns, and suicidality. *Alcohol*. 2012 ; 46 (2) : 165-72.
- 11 - Bartoli F, Carretta D, Crocamo C, Schivalocchi A, Brambilla G, Clerici M, et al. Prevalence and correlates of binge drinking among young adults using alcohol: a cross-sectional survey. *BioMed Res Int*. 2014 ; 2014 : 930795 (doi : 10.1155/2014/930795).
- 12 - Chiauzzi E, DasMahapatra P, Black RA. Risk behaviors and drug use: a latent class analysis of heavy episodic drinking in first-year college students. *Psychol Addict Behav*. 2013 ; 27 (4) : 974-85.
- 13 - Martha C, Grélot L, Peretti-Watel P. Participants' sports characteristics related to heavy episodic drinking among French students. *Int J Drug Policy*. 2009 ; 20 : 152-60.
- 14 - Fuller-Thomson E, Sheridan MP, Sorichetti C, Mehta R. Underage binge drinking adolescents: sociodemographic profile and utilization of family doctors. *ISRN Family Medicine*. 2013 ; 2013 : 728730 (doi : 10.5402/2013/728730).
- 15 - Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med*. 2004 ; 59 : 113-27.
- 16 - Melchior M, Chastang JF, Goldberg P, Fombonne E. High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: results from the GAZEL youth study. *Addict Behav*. 2008 ; 33 (1) : 122-33.
- 17 - Redonnet B, Chollet A, Fombonne E, Bowes L, Melchior M. Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: the socioeconomic context. *Drug Alcohol Depend*. 2012 ; 121 : 231-9 (doi : 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.002).
- 18 - Régier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*. 1990 ; 264 (19) : 2511-8.
- 19 - Patrick ME, Schulenberg JE. Alcohol use and heavy episodic drinking prevalence and predictors among national samples of American eighth and tenth-grade students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010 ; 71 : 41-5.
- 20 - Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : Images et réalités". Paris : Institut de veille sanitaire ; 2007 (http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/).
- 21 - Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *Encéphale*. 2005 ; 31 (2) : 182-94 (doi : 10.1016/S0013-7006(05)82385-1).
- 22 - Hoertel N, Crochard A, Rouillon F, Limosin F. L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales : regard de l'entourage et des médecins généralistes. *Encéphale*. 2014 ; 40 (1) : 11-31 (doi : 10.1016/j.encep.2014.02.008).
- 23 - Paljärvi T, Koskenvuo M, Poikolainen K, Kauhanen J, Sillanmäki L, Mäkelä P. Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. *Addiction*. 2009 ; 104 (7) : 1168-78.
- 24 - Faloon D. The Relationships between self-esteem, binge drinking and sexual risk behaviors among young women. Columbus : The Ohio State University, College of Nursing Honors Theses ; 2011 (<http://hdl.handle.net/1811/48954>).
- 25 - Wu CST, Wong HT, Shek CHM, Loke AY. Multi-dimensional self-esteem and substance use among Chinese adolescents. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2014 ; 9 : 42 (doi : 10.1186/1747-597X-9-42).
- 26 - Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the Alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care (2nd edition). Geneva : World Health Organization ; 2001.
- 27 - Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 ; 29 (1) : 201-7.
- 28 - Melchior M, Choquet M, Le Strat Y, Hassler C, Gorwood P. Parental alcohol dependence, socioeconomic disadvantage and alcohol and cannabis dependence among young adults in the community. *Eur Psychiatry*. 2011 ; 26 (1) : 13-7 (doi : 10.1016/j.eurpsy.2009.12.011).
- 29 - Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999 ; 94 (2) : 269-81.
- 30 - Heatherton TF, Kozlowski LT, Freckner RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991 ; 86 (9) : 1119-27.
- 31 - Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, Montastruc JL, Mullet E. A study of the psychometric properties of the Fagerström test for nicotine dependence. *Addict Behav*. 2003 ; 28 (8) : 1441-5.
- 32 - Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D. *Am J Prev Med*. 1994 ; 10 (2) : 77-84.
- 33 - Cartierre N, Coulon N, Demerval R. Analyse confirmatoire de la version courte de la center for epidemiological studies of depression scale (CES-D10) chez les adolescents. *Encéphale*. 2011 ; 37 (4) : 273-7.
- 34 - Rosenberg M. Conceiving the self. New York : Basic ; 1965.
- 35 - Vallières EF, Vallerand RJ. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *Int J Psychol*. 1990 ; 25 : 305-16.
- 36 - Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd edition. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates ; 1988.
- 37 - McMillen BA, Hillis SM, Brown JM. College students' responses to a 5/4 drinking question and maximum blood alcohol concentration calculated from a timeline followback questionnaire. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009 ; 70 : 601-5.
- 38 - Franca LR, Dautzenberg B, Falissard B, Reynaud M. Peer substance use overestimation among French university students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2010 ; 10 : 169.
- 39 - Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000 ; 68 (1) : 19-30.
- 40 - Surkan PJ, Fielding-Miller R, Melchior M. Parental relationship satisfaction in French young adults associated with alcohol abuse and Dependence. *Addict Behav*. 2012 ; 37 (3) : 313-17 (doi : 10.1016/j.addbeh.2011.10.008).