

Conférence des parties prenantes sur les stratégies MNT et addictions
Vieillir en bonne santé – une contradiction ?

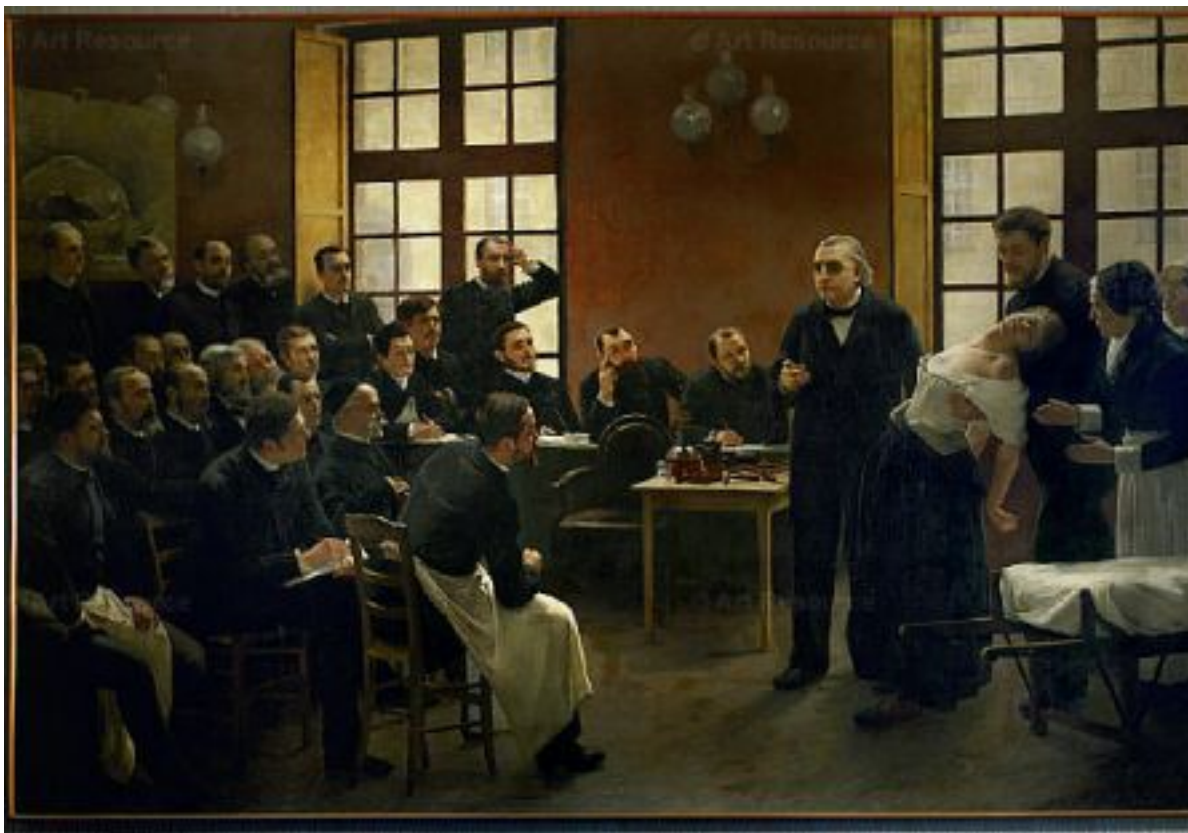
**Consommation d'alcool et médicaments:
expérience de la pratique à travers une
équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé**

Lundi 6 mai 2019

Dr Karsten Ebbing –Service Universitaire de Psychiatrie
de l'Age Avancé - SUPAA - karsten.ebbing@chuv.ch



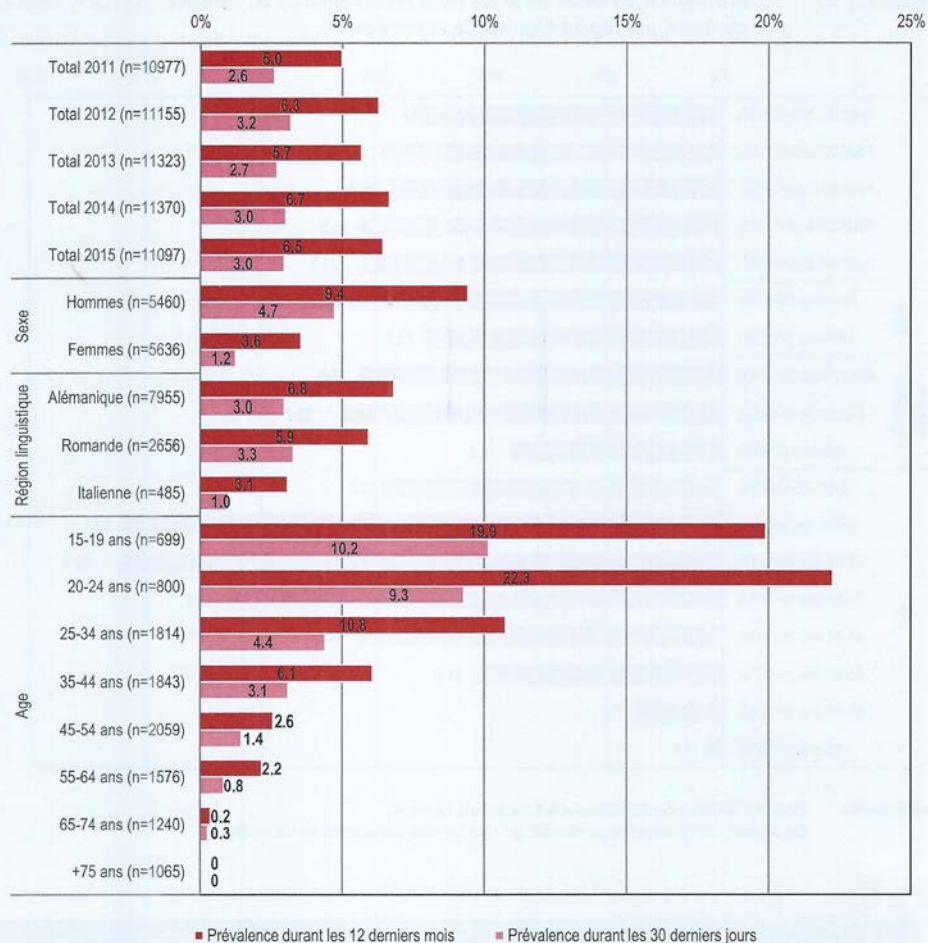
La population âgée de 1919, n'est pas celle de 2019
La population se modifie pas à pas



Monitorage suisse des addictions 2015

Consommation de drogues illégales en Suisse en 2015

Figure 5.1.2 : Prévalence de la consommation de cannabis durant les 12 derniers mois et les 30 derniers jours (2015) – Total et par sexe, par région linguistique et par âge



La population âgée de 1919, n'est pas celle de 2019
La population se modifie pas à pas

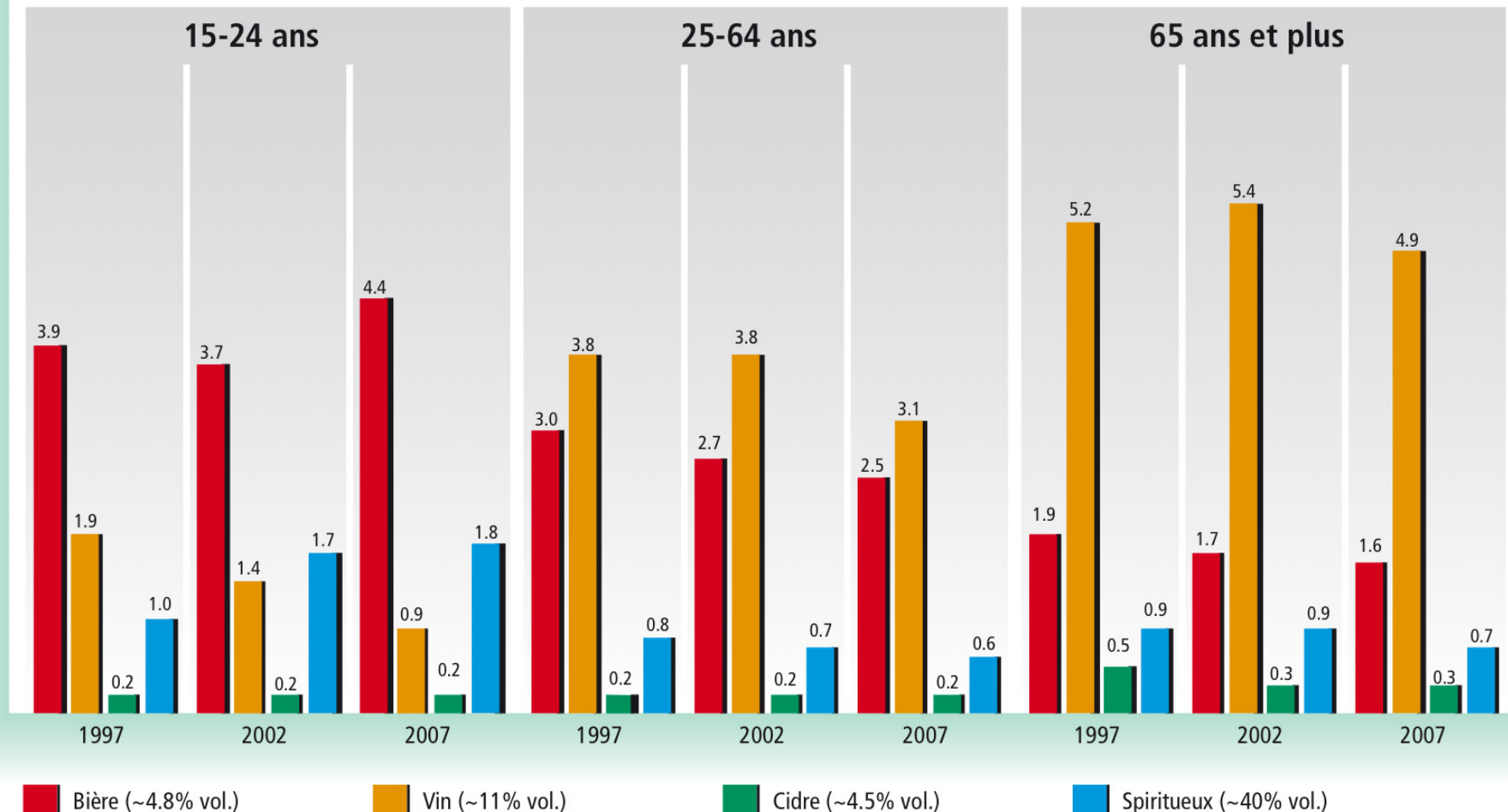
Etude de Schlaerth et al (2004) : screening urinaire à la recherche de substances illicites.

- 3417 personnes > 50 ans : 3,13% de tests positifs
 - 63% de cocaïne
 - 16% d'opiacés*
 - 14% de cannabis
- * Biais dans cette étude concernant les opiacés?
- 59% des personnes positives au screening avaient des problèmes cardio-vasculaires contre 10% chez les autres patients.
- Le risque de décès est multiplié par 2,5 (Moos et al 1994)

Consommation annuelle moyenne d'**alcool pur par personne**, par types de boisson alcoolique, chez les personnes consommant de l'alcool au moins une fois par semaine, selon le groupe d'âge (évolution 1997-2007)

En litres
d'alcool pur
(100% vol.)

Source: pour 1997: ISPA (1999). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 1997. n= 7 014
pour 2002: ISPA (2004). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002. n=10 537
pour 2007: ISPA (2009). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007. n=10 318



L'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé – secteur centre - CHUV

- Missions: Intervention de crises afin d'éviter une hospitalisation. Binôme (inf – méd)
- C'est un médecin qui doit nous appeler.
- Si l'appel vient de quelqu'un d'autre du réseau (soins à domicile, famille, ..), nous contactons le médecin de famille afin de convenir d'un mandat de prise en charge.
- Le nombre d'intervention est variable, selon les situation; nous ne remplaçons pas le psychiatre installé ou une polyclinique. (moyenne 2,7 interventions; médiane 2,0; 1 à 17 rencontres)
- Intervention pour 50% à domiciles et 50% en institutions.

L'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé – secteur centre - CHUV

- Motifs d'interventions (9 situations sur 10): comportements perturbateurs (65% agitation, agressivité; 10% troubles de l'humeur avec ou sans idée suicidaire; 20% état confusionnel sévère)
- La demande **explicite** autour de l'alcool est rare. Sur 10 patients sur 333 en 2017. Nous n'avons pas eu de demande pour d'autre substance,

C'est normal pour une personne âgée:

- De boire « Et, à part cela, qu'est-ce qu'elle a encore dans sa vie ? ».
- De tomber, d'avoir des bleus (fragilité vasculaire), des lésions cutanées, une faiblesse musculaire, des troubles de la marche et des traumatismes de la tête.
- De se brûler, de casser des objets.
- De présenter de la confusion, des difficultés mnésiques.
- D'être incontinente.
- D'avoir mauvais caractère, des troubles de l'humeur ou du comportement.
- De se désintéresser, de se retirer, de déprimer.
- De souffrir de dénutrition, d'insuffisance cardiaque, de polyneuropathie, de déshydratation ...
- D'HTA, de troubles des glycémies.
- Les signes d'abus d'alcool, de sédatifs et d'antalgiques , donc leur détection et leur prise en compte chez la personne âgée, se noient dans nos préjugés.

« Longtemps frappé des mêmes spectacles, on n'en sent plus les impressions, l'habitude accoutume à tout. »

Jean-Jacques Rousseau « Emile »

Motifs de placement en EMS

- Chutes à répétition
- Soins impossible à domicile
- Troubles du comportement (oppositions au soins)
- ...
- Très rare sont les motifs pour des dépendances à l'alcool, ou pour autres substances.
- Pour les médicaments, des «valises à clef» sont mise en place si un problème apparaît lors des soins à domicile. Le diagnostic n'est que rarement retenu et/ou discuté.

Exemple Mme Weibert

Lettre de l'équipe mobile du 27 juillet 2018 :

Demande : Evaluation thymique en raison de refus de soins, chute et négligence à domicile

Status

Patiente de 91 ans, paraissant son âge, hygiène et habillement soignés, elle est bien orientée dans le temps, l'espace et quant à sa personne, mais anosognosique et peu collaborante. Ralentissement psychomoteur et troubles de l'équilibre et de la marche. Le discours est cohérent et bien organisé, mais avec un faible débit verbal, la pensée est ralentie mais le contenu est normal, mais marqué par une certaine rigidité, une résistance et une mise en échec de toutes les propositions. La thymie est plutôt triste, les affects sont congruents. Troubles mnésiques et de la concentration discrets. Pas de délire ni de troubles des perceptions. Troubles du sommeil chroniques qu'elle gère avec le temesta, troubles exécutifs et du raisonnement logique. Pas de consommation excessive d'alcool.

Traitement habituel

Millepertuis : patiente gère

Néo-Mercazole depuis 1 mois

Coversum combi 5/1.25 : 1-0-1

Pantoprazole 20 : 1-0-0

Aspirine cardio 1-0-0

Symfona forte : 1X/j

1 fortifiant protéiné depuis 10 jours

Temesta?

Exemple Mme Weibert

Lettre de l'équipe mobile du 27 juillet 2018 (suite) :

Sur le plan psychopharmacologique, dans le but d'éviter le temesta en raison de risque de chutes, nous avons tenté d'introduire le remeron, avec le projet de l'augmenter pour un effet antidépresseur plus tard et de stopper le millepertuis, mais la patiente se montre très réticente et refuse de le prendre, en disant que c'est sa fille qui a besoin de médicaments. La patiente dit préférer faire de l'hypnose chez le Dr C [REDACTED], des infiltration et de la physiothérapie. Elle tient absolument à garder le temesta.

Mme est actuellement en cours séjours en maison de retraite. La fille lui donne depuis longtemps du cannabidiol (CBD) ...

Exemple Mme Weibert

La patiente susnommée a séjourné dans notre Service de Médecine interne du 29.03.2019 au 04.04.2019, date de son reclassement en lit C.

Diagnostic principal

- Troubles de la marche et de l'équilibre avec chutes à répétition

Diagnostics secondaires et comorbidités

- Etat confusionnel aigu
- Contexte social
- Sinusite aiguë du sinus maxillaire gauche et des cellules ethmoïdales antérieures
- Hypertension artérielle traitée
- Maladie de Basedow traitée
- Troubles cognitifs non-spécifiés
- Dermatite atopique
- Lombosciatalgie droite
- Glaucome
- Hernie hiatale
- Surdité appareillée
- Déficit chronique en vitamine D

Exemple Mme Weibert

Troubles de la marche et de l'équilibre avec chutes à répétition

Contexte : patiente de 94 ans pour des troubles de la marche d'origine multifactorielle, adressée aux urgences en raison de plusieurs épisodes de chute le matin du 29.03.2019 à domicile, avec notion de consommation importante de Temesta la veille au soir. Elle ne se rappelle pas des circonstances des chutes et n'a pas de plainte ou de douleur particulière à son arrivée aux urgences. A l'examen clinique, un important hématome de la face postérieure du membre supérieur droit est mis en évidence. Sur le plan social, la patiente vit dans une maison avec sa fille et une aide du CMS 2x/semaine.

Investigations :

- laboratoire du 29.03.2019 : pas de trouble électrolytique, formules sanguine alignée formule, TSH 2.01mU/l, vitamine B12 et folate normale / vitamine D en cours.
- ECG du 29.03.2019 : rythme sinusal régulier à 75bpm, axe normal, PR limite supérieure à 194ms, QRS fins, QTc 420ms, segment ST isoélectrique, pas de trouble de la repolarisation, transition précoce de l'onde R en V2.
- radiographie bras droit, bassin et hanche droit le 29.03.2019 : absence de fracture ou déplacement.
- CT scan cérébral le 29.03.2019 : pas de saignement intracrânien. Pas de lésion traumatique. Sinusite aiguë du sinus maxillaire gauche et des cellules ethmoïdales antérieures.
- test de Schellong le 03.04.2019 : négatif.

Discussion : les douleurs décrites sont bien gérées par antalgie simple de Co-Dafalgan. Nous organisons un suivi de physiothérapie qui permet une remobilisation précoce adéquate avec rollator. Le traitement de benzodiazépine est également sevré avec remplacement efficace par de la ReDormin.

Exemple Mme Weibert

Etat confusionnel aigu

Contexte : patiente avec probables troubles cognitifs importants sous-jacents qui présente à son entrée un état confusionnel aigu avec CAM positif. Pas de suspicion de foyer infectieux, transit conservé.

Investigations :

- laboratoire le 29.03.2019 : absence de trouble électrolytique, absence de syndrome inflammatoire, TSH 2.01 mU/l.
- stix urinaire le 29.03.2019 : leucocytes +/-, absence de sang et de nitrite.

Discussion : nous mettons en place des mesures de réafférentation et introduisons de la Quétiapine, avec résolution de la confusion le 02.04.2019. La disparition de l'état confusionnel révèle cependant des troubles cognitifs majeurs pour lesquels nous vous recommandons la réalisation d'un MOCA à distance.

Pourquoi ce manque de détection?

« La toxicomanie renvoie à des images négatives et provoque des réactions de crainte, de dégoût et de méfiance. La personne toxicomane est fréquemment décrite comme violente, manipulatrice, malade et sale. La consommation de drogue est synonyme de déchéance physique, psychique et sociale et de mort. » soins infirmiers avril 2011



Devant notre porte

- 2 à 3% des médecins FMH sont dépendant à l'alcool, ce qui représente, sur 30 000 médecins, 700 à 900 collègues.
- 96% des médecins consomment régulièrement de l'alcool contre 76% dans la population générale.
- 30% des médecin sont des consommateurs à risques contre 15% de la population générale.
- Pour le tabac, 12% des médecins sont fumeurs contre 37,9% de la population générale. 22% des collègues sont des anciens fumeurs. (M Soyaka, 2011)

Loi fédérale sur l'alcool

du 21 juin 1932 (Etat le 1^{er} janvier 2017)

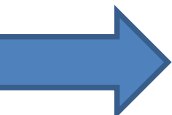
L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu l'art. 32^{bis} de la constitution^{1,2} vu le message du Conseil fédéral du 1^{er} juin 1931³,

Chapitre I Dispositions générales

- Art. 1 I. Champ d'application

- I. Champ d'application



La fabrication, la rectification, l'importation, l'exportation, le transit, la vente et l'imposition des boissons distillées sont régis par la présente loi. Sont réservées, sauf disposition contraire, la législation sur les douanes et celle qui règle le commerce des denrées alimentaires et de divers objets usuels.

- Art. 2 II. Définition

- II. Définition

- ¹ Est réputé «boisson distillée» aux termes de la présente loi l'alcool éthylique sous toutes ses formes, quel qu'en soit le mode de fabrication.
- ² Sous réserve de la restriction prévue à l'al. 3, les produits alcooliques obtenus uniquement par fermentation dont la teneur en alcool ne dépasse pas 15 % du volume ou, pour les vins naturels obtenus à partir de raisins frais, 18 % du volume ne sont pas soumis aux dispositions de la présente loi.¹
- ³ Les produits additionnés d'alcool tombent sous le coup de la présente loi.
- ⁴ Une ordonnance du Conseil fédéral soumettra à la présente loi tout autre alcool susceptible de servir de boisson et de remplacer l'alcool éthylique.
- ¹ Nouvelle teneur selon le ch. 1 de l'annexe à la LF du 12 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2010 ([RO 2010 2617](#); [FF 2008 6643](#)).

Ordonnance du DFI sur les boissons

du 16 décembre 2016 (Etat le 1^{er} mai 2017)

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI),

- vu les art. 10, al. 4, 12, al. 3, 14 et 36, al. 3 et 4, de l'ordonnance du 16 décembre 2016 **sur les denrées alimentaires** et les objets usuels (ODAIOUTs)¹,
- *arrête:*
- **Titre 1 Dispositions générales**
- **Art. 1 Objet et champ d'application**
- ¹ La présente ordonnance définit les denrées alimentaires suivantes et fixe les exigences ainsi que les modalités d'étiquetage et de publicité qui s'y rapportent:
- a.eau minérale naturelle et eau de source;b.jus de fruits;c.jus de légumes;d.nectar de fruits;e.boissons aromatisées, sirops, boissons contenant de la caféine;f.café, succédanés du café, thé, thé décaféiné, maté, infusions de plantes et de fruits; **g.boissons alcooliques, y compris les équivalents sans alcool et à faible teneur en alcool:1.bièrre, bièrre sans alcool,2.vin, vin mousseux,3.vin sans alcool, vin mousseux sans alcool,4.moûts de raisin, vin de liqueur,5.boissons à base de vin,6.cidre, cidre sans alcool,7.jus de fruits à pépins en cours de fermentation, vin de fruits,8.hydromel,9.boissons spiritueuses.**² Elle ne s'applique pas à l'eau potable, qui est régie par l'ordonnance du DFI du 16 décembre 2016 sur l'eau potable, et l'eau des installations de baignade et de douche accessibles par le public (OPBD)¹.
- **Limitations de vente aux jeunes**

Le conseil fédéral

Juin 2018



Repères relatifs à la consommation d'alcool – 2018

La Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL) établit les repères ci-dessous en se fondant sur la littérature scientifique qui met en évidence les dommages dus à la consommation d'alcool¹.

La consommation d'alcool présente des risques pour la santé, un éventuel effet positif sur la santé est controversé. En ce qui concerne les maladies qui en découlent, les effets dépendent dans la plupart des cas des quantités ingérées. Les risques varient selon les individus, les conditions dans lesquelles on boit, l'âge et l'état de santé. Les repères pour une consommation à faible risque doivent donc être lus de manière différenciée.

Beaucoup de gens choisissent de ne pas boire d'alcool pour des raisons personnelles, religieuses ou sanitaires. Cela doit être respecté et soutenu.

Repère 1 Adultes en bonne santé	Les hommes adultes en bonne santé ne devraient pas boire plus de deux verres ² de boissons alcooliques par jour.	Les femmes adultes en bonne santé ne devraient pas boire plus d'un verre ² de boissons alcooliques par jour.
	Il est recommandé de ne pas boire d'alcool pendant plusieurs jours par semaine. Si de l'alcool est exceptionnellement consommé en plus grande quantité durant quelques heures, les hommes ne devraient pas dépasser cinq verres ² et les femmes quatre. Une telle dose d'alcool modifie le temps de réaction ainsi que la psychomotricité et les risques d'accident ou de maladie sont nettement plus élevés.	
Repère 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes	Pour des raisons de santé, les enfants et les adolescents ne devraient pas boire d'alcool du tout. La consommation régulière d'alcool augmente le risque d'adopter des habitudes de consommation problématiques et affecte le développement du corps et du cerveau. Les jeunes adultes devraient donc consommer de l'alcool le moins souvent possible et à petites doses. Par rapport à la moyenne, ils sont plus souvent victimes d'accident et de	

¹ Marthaler, Marc, Risques de maladies et de mortalité liés à l'alcool. Bases pour des repères de consommation d'alcool à faible risque, Addiction Suisse 2013.

Et : KD Shield, et al., Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines, 2017.

² On entend normalement par verre standard la quantité d'alcool servie dans un restaurant, à savoir un verre de bière, un verre de vin ou un petit verre d'alcool fort. Un verre standard contient en général de 10 à 12 g d'alcool pur.

	<p>blessures liés à la consommation d'alcool. Les ivresses ponctuelles, en particulier, sont à éviter.</p>
<p>Repère 3</p> <p>Grossesse et période d'allaitement</p>	<p>Il est recommandé aux femmes enceintes ou qui envisagent une grossesse de renoncer à l'alcool.</p> <p>Il est également recommandé de s'abstenir totalement de consommer de l'alcool pendant la période d'allaitement. L'alcool pénètre dans l'organisme du nourrisson par le lait maternel. Si une femme boit tout de même durant la période d'allaitement, il faut que ce soit avec modération. Pour que l'alcool soit totalement éliminé de l'organisme, il faut attendre deux heures après avoir consommé un verre.</p>
<p>Repère 4</p> <p>Personnes âgées</p>	<p>L'âge augmentant, il convient de faire davantage attention. Comme la quantité d'eau dans le corps diminue avec le vieillissement, l'alcool se dilue dans une quantité moindre d'eau et le taux d'alcoolémie s'élève plus rapidement. Pour cette raison, les personnes âgées sont plus sensibles à l'alcool.</p> <p>En outre, l'alcool peut provoquer plus rapidement des atteintes à la santé ou des accidents liés aux pertes d'équilibre et peut avoir un effet négatif sur certaines maladies existantes.</p> <p>Les personnes âgées prennent davantage de médicaments, ce qui implique une attention redoublée.</p>
<p>Repère 5</p> <p>Etat de santé et prise de médicament</p>	<p>Il convient d'adapter sa consommation à son état de santé physique et psychique.</p> <p>Les personnes qui prennent des médicaments ne devraient pas du tout consommer d'alcool ou seulement de façon très modérée. Il convient d'en parler avec un professionnel de la santé.</p>
<p>Repère 6</p> <p>Circulation routière, travail, sport</p>	<p>L'attention, la perception et la capacité de réaction déclinent déjà après un verre d'alcool.</p> <p>Au volant, au travail, pendant le sport et lors d'activités exigeant une grande concentration, il est donc recommandé de renoncer à l'alcool.</p> <p>L'alcool déshydrate. Il est donc important, lors d'une activité physique intense, de se désaltérer uniquement avec des boissons non alcooliques.</p>

Sevrage à l'alcool

Facteurs favorisants – population **non** gériatrique

- Consommation de plus de 40g d'alcool (4 verres) pour les hommes et de 20g (2 verres) pour une femme.
- Antécédents de TTC.
- Consommation concomitante de BDZ.
- Baisse de l'état général.
- Ancienneté de la consommation d'alcool.
- Abstinence d'alcool depuis 6 heures.
- Importance et fréquence de la consommation d'alcool durant les 10 derniers jours. (HUG 2007)

La classification d'Oslin *et al.*

Il n'est pas possible aujourd'hui de donner une définition définitive de la DA. La classification suivante est proposée à titre expérimental.

Le diagnostic de DA certaine

Il n'existe pas, actuellement, de critères permettant de porter le diagnostic de DA avec certitude.

Le diagnostic de DA probable

A. Les critères de DA probable sont :

1. un diagnostic clinique de démence 60 jours au moins après la dernière prise d'alcool ;
2. une intoxication éthylique significative, définie par une consommation moyenne d'au moins 35 verres standard par semaine pour les hommes et de 28 pour les femmes pendant une période supérieure à 5 ans. Cette période d'intoxication doit précéder de 3 ans le début des troubles.

Problèmes de diagnostic

- A partir de combien de grammes d'alcool, **chez une personne âgée**, faut-il attendre des problèmes? Risque de chutes après un verre ou/et après une benzodiazépine?
- Peut-on alors penser aux classifications DSM/CIM pour poser un diagnostic?
- Les diagnostics «abus, consommation à risques, dépendance, ...» sont donc à oublier **car chez la personne âgée**, un seul verre de vin peut être source de baisse cognitive, de chute et bien sûr d'inter-réactions médicamenteuses.

La clinique

et ses choix impossibles
et notre impuissance

Mme Perret

- «Ce n'est pas ainsi que l'on va m'aider, en m'écrasant avec ce que j'ai vécu, ce que j'ai souffert» dit-elle après des remarques de son généraliste à propos de l'alcool et ses chutes.
- Mme Perret, 67 ans, souffre d'une personnalité post-traumatique avec des violences physiques, sexuelles et psychologiques des deux parents et possiblement de son frère. Des troubles cognitifs débutant en lien avec une HTA, des AIT/AVC et l'alcool sont probable.
- Après le décès de ses parents, elle a hérité l'importante fortune de son père. Son alcoolisme a alors commencé, associé à des troubles alimentaires.
- Elle boit environ 1 bouteille par jour et des apéritifs, tombe fréquemment. Nombreuses fractures dont une de l'humérus avec refus de soins.
- Attitude?? Placement ? Curatelle ? Hospitalisation ?
Patience ? «psycho-thérapie» ?
- Chaque une des solutions est bonne et médiocre, il faut tenter de faire le moins faux.

Mme Regamey 1931

- Le diagnostic: démence «mixte» avancée.
- (Officiellement: alzheimer+vasculaire).
- Mme vit seule à domicile, veuve, a un ami de son âge qui mange et boit avec elle à midi. De nombreuses bouteilles vident s'accumulent... .
- Il y a quelques mois, ils allaient manger dans un EMS, qui a refusé de les accueillir en raison de troubles du comportement en lien avec l'alcool.
- Les soins à domicile demandés par son fils et sa nièce, (infirmière) , sont refusé sauf un passage de sécurité le soir.
- Appartement rangé, hygiène douteuse, chutes en augmentation.

Mme Regamey 1931

Les soins à domicile demande de l'aide à leur psychiatre référant...

L'objectif de la famille est un maintien à domicile. La patiente a toujours dit vouloir mourir à la maison.

- Bloquer les visites de l'ami qui apporte de l'alcool?
- Placer Madame? Curatelle? Hospitaliser pour sevrage? Evaluer la capacité de discernement? Juste rester à disposition?
- Travailler avec la famille la question de limites? Travailler un lien avec la patiente?

Conclusion

- Il n'y a pas de bonne solution
- Il faut tenter de faire le moins faux possible.
- Ne pas confondre nos valeurs et celle de la personne rencontrée (patient) et celle des proches-aidants.
- Il est souhaitable d'entrer en «résonance», plutôt en «raisonance» avec l'être en face de nous. Grandir ensemble, se rencontrer sur un chemin commun.
- IL faut freiner «un reflexe correcteur» (Prof Daepfen)
- Le lien est toujours le meilleur chemin.



Merci pour votre attention
et
belle fin de journée

Consommation d'alcool

(Monitoring suisse des addictions 2015)

Table 2.4.2b : Consommation maximale d'alcool en une seule occasion au cours des 12 derniers mois (2015) – Total et par âge

	Âge								Total
	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
<i>n non-pondéré</i>	1582	1076	1206	1507	1948	1576	1384	881	11160
<i>n pondéré</i>	700	809	1833	1862	2067	1587	1236	1062	11156
abstinence	25.5%	10.1%	13.9%	12.9%	12.8%	11.9%	12.3%	18.3%	13.9%
1 verre	5.4%	2.3%	6.4%	7.2%	10.3%	12.2%	14.2%	27.6%	10.6%
2-3 verres	11.9%	10.4%	14.2%	20.2%	23.3%	26.0%	33.7%	32.0%	22.0%
4-5 verres	19.2%	24.6%	24.7%	28.3%	30.6%	34.7%	30.2%	18.8%	27.5%
6-8 verres	16.0%	22.2%	21.5%	19.6%	15.7%	11.3%	7.7%	2.7%	15.0%
9-11 verres	10.0%	10.7%	9.1%	6.6%	4.6%	2.5%	1.1%	0.2%	5.4%
12 à 15 verres	8.1%	10.2%	7.1%	3.0%	2.0%	1.3%	0.5%	0.2%	3.5%
16 + verres	4.0%	9.5%	3.2%	2.1%	0.8%	0.2%	0.2%	0.2%	2.0%

Consommation d'alcool

(Monitoring suisse des addictions 2015)

Table 2.2.1b : Fréquence de consommation d'alcool parmi les consommateurs d'alcool au cours des 12 derniers mois (2015) – Total et par âge

	Âge								Total
	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
<i>n non-pondéré</i>	1581	1073	1205	1504	1945	1573	1377	879	11137
<i>n pondéré</i>	700	807	1832	1857	2064	1584	1230	1059	11133
deux ou plusieurs fois par jour	0.1%	0.1%	0.2%	1.0%	1.2%	3.7%	5.0%	5.1%	2.0%
1 fois par jour	0.4%	2.2%	2.0%	4.4%	7.0%	12.7%	20.6%	21.9%	8.7%
5-6 fois par semaine	0.2%	1.0%	1.0%	1.6%	1.9%	2.3%	3.2%	1.5%	1.7%
3-4 fois par semaine	1.4%	6.0%	8.9%	9.6%	12.2%	10.8%	9.9%	8.8%	9.3%
1-2 fois par semaine	20.1%	40.5%	34.5%	37.2%	33.7%	31.3%	24.8%	17.2%	31.2%
1-3 fois par mois	32.0%	26.7%	25.1%	21.4%	20.3%	17.6%	15.6%	14.5%	21.0%
moins d'une fois par mois	20.6%	13.4%	14.5%	12.0%	10.9%	9.7%	8.7%	12.6%	12.2%
abstinence	25.4%	10.1%	13.8%	12.9%	12.7%	11.9%	12.3%	18.3%	13.9%