

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : FUROIS Prénoms : Caroline
Date et Lieu de naissance : 20/02/1986 à Paris (15eme)

Présentée et soutenue publiquement le : 07/01/2016

Évalcool
Connaissance et représentation du risque alcool chez les
patients de médecine générale

Président de thèse : **Professeur** AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse : **Professeur** AUBERT Jean-Pierre

DES de Médecine Générale

Remerciements :

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de thèse le Pr. Jean-Pierre AUBERT, pour son aide et sa confiance, pour sa participation au recueil de données mais aussi pour sa ténacité et sa capacité à me pousser toujours plus loin dans la réflexion. Sans cela, cette thèse ne serait probablement que la moitié de ce qu'elle est.

Je tiens également à remercier les membres du jury : la présidente du jury le Pr. Isabelle AUBIN-AUGER, ainsi que le Dr Véronique BOURGUIGNON, et le Dr Florence VORSPAN. Merci d'avoir accepté, pour certains dans l'urgence, de relire mon travail et d'être là aujourd'hui.

Merci à mes co-internes Aude DUNAN, Marlène GENELLE et Amélie BIJON, d'avoir participé à l'élaboration du protocole ainsi qu'au recueil de données d'Évalcool 1 et d'avoir bien voulu me laisser poursuivre seule pour que je puisse en faire mon sujet de thèse.

Merci à mes maîtres de stage qui ont accepté que je réalise le recueil de données au sein de leur cabinet : Dr Véronique BOURGUIGNON, Dr Danielle AVRAMOV, Dr Catherine MAJERHOLC et Dr Jean-Baptiste GOLFIER, Dr Alain TYRODE et le CMS de Gennevilliers.

Je salue et remercie aussi mes partenaires de galère : Juliette Fasanino, Camille Azoulay, Amélie Bijon, Laurianne Badoc, Laurène Goullard, Xavier Lesaffre, Anton Milbert. Nous savoir tous dans le même bateau avec les mêmes difficultés et surtout le même objectif — soutenir notre thèse dans les temps — cela aide dans les moments d'adversité ! Merci à ceux qui ont soutenu les premiers pour nous montrer l'exemple et nous mettre un peu de pression, et merci à ceux qui n'y sont pas encore passés : grâce à eux je ne suis pas la dernière !

Merci à Fanny d'être toujours là quand il faut.

Pour finir, merci à mon entourage familiale :

A mes parents d'abord, pour leur bienveillance et surtout pour ne pas avoir trop souvent demandé : alors quand est-ce que tu soutiens ta thèse ?!

A mes beaux-parents, pour les conseils statistiques et les relectures.

Et enfin et surtout à Romain qui a du écouter mes longs discours plaintifs, essuyer mes crises d'exaspérations aiguës, me former aux tableaux croisés dynamiques, relire et corriger ma prose sans éclater de rire, et surtout qui a réussi à maintes reprises à régler, en un ou deux clics, des problèmes hautement insolubles sur lesquels je séchais depuis de longues heures. Grâce à lui mon aversion pour tout ce qui relève de l'informatique est un peu moins grande aujourd'hui.

Liste des Abréviations :

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin

HTA : HyperTension Artérielle

IdF : Île-de-France

Ifop : Institut français d'opinion public

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

Ireb : Institut de recherches scientifiques sur les boissons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHEPA : Primary Health Care European Project on Alcohol

SFA : Société Française d'Alcoologie

Table des matières

Protocole de recherche Évalcool 1.....	9
I. INTRODUCTION.....	9
1.Épidémiologie : l'alcool en chiffres.....	9
a) Mortalité.....	9
b) Morbidité.....	9
c) Évolution de la consommation.....	10
2. Mesures prises par les autorités sanitaires.....	11
a) Définition du risque.....	11
b) Repérage du niveau de risque : les outils du médecin.....	13
c) Interventions brèves.....	14
d) Rôle du médecin dans la prévention du risque alcool.....	16
3. Les recommandations sont elles appliquées ? Quelques données actuelles.....	16
4. Problématique de l'étude.....	17
a) Objectifs de l'étude.....	18
b) Hypothèses.....	18
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	19
1. Population étudiée.....	19
2. Élaboration des questionnaires.....	20
a) Schémas de consommation chronique régulière.....	20
b) Schémas de consommation aiguë.....	22
3. Déroulé de l'étude.....	22
4. Seuils de référence choisis.....	23
5. Critères de jugement.....	23

a) Critères principaux.....	24
b) Critères secondaires.....	24
6. Expression des résultats.....	24
7. Investigateurs.....	25
8. Nombre de sujets et durée prévisible de l'étude.....	25
9. Outils statistiques.....	25
III. RÉSULTATS.....	26
1. Description de la population.....	26
a) Lieux de recueil et répartition des patients.....	26
b) Durée du recueil.....	27
c) Caractéristiques de la population.....	27
2. Consommation chronique.....	29
a) Connaissance des seuils.....	29
b) Notion de verre standard.....	29
3. Consommation aiguë.....	30
a) Consommation aiguë féminine :.....	30
b) Consommation aiguë masculine.....	31
4. Interrogation par le médecin traitant.....	31
IV. DISCUSSION.....	32
1. Caractéristiques de la population : comparaison avec la population d'Île-de-France (IdF).....	32
2. Consommation d'alcool déclarée.....	32
3. Évaluation de la consommation chronique.....	33
4. Notion de verre standard.....	35
5. Interrogation par le médecin traitant.....	35
6. Évaluation d'une consommation aiguë.....	36
V. CONCLUSION.....	36
Protocole de recherche Évalcool 2.....	38
I. INTRODUCTION.....	38
1. Objectifs de l'étude.....	38
2. Hypothèses.....	39
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	39
1. Population de l'étude.....	39
2. Élaboration des questionnaires.....	40
3. Déroulé de l'étude.....	41

4. Valeurs seuil choisies.....	41
5. Critères de jugement.....	42
a) Critère principal.....	42
b) Critères secondaires.....	42
6. Investigateurs.....	42
7. Nombre de sujets à inclure.....	43
III. RÉSULTATS.....	43
1. Description de la population.....	43
a) Lieu de recueil et répartition de la population.....	43
b) Durée du recueil.....	43
c) Caractéristiques de la population.....	43
2. Critère principal: Connaissance des seuils	45
3. Critère secondaire : Notion de verre standard	46
4. Critère secondaire : Différence méthodologique.....	47
IV. DISCUSSION.....	47
1. Caractéristiques de la population.....	47
2. Connaissance des seuils.....	48
3. Notion de verre standard.....	48
4. Différence méthodologique.....	49
V. CONCLUSION.....	50
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	51
QUESTIONS ÉTHIQUES ET LÉGALES.....	52
FINANCEMENT.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES	55
1. Annexe 1 : Le test AUDIT.....	55
2. Annexe 2 : le test CAGE/DETA.....	56
3. Annexe 3 : exemple de fascicule de consommation chronique.....	56

Index des illustrations

Illustration 1: équivalence de contenu d'un verre standard.....	12
---	----

Illustration 2: équivalence de contenu d'un verre standard.....	12
Illustration 3: répartition des âges Évalcool 1.....	27
Illustration 4: répartition des catégories socioprofessionnelles. Évalcool 1.....	28
Illustration 5: exemple fiche de consommation vin	41
Illustration 6: exemple de fiche de consommation whisky.....	41
Illustration 7: exemple de fiche de consommation chiffrée.....	41
Illustration 8: répartition des âges Évalcool 2.....	44
Illustration 9: répartition des catégories socioprofessionnelles. Évalcool 2.....	45

Index des tableaux

Tableau 1: Résultats par type de fascicules de consommation chronique. Évalcool 1	25
Tableau 2: Résultat par type de consommation aiguë féminine. Évalcool 1.....	26
Tableau 3: Résultat par type consommation aiguë masculine. Évalcool 1.....	26
Tableau 4: Résultats selon les schémas de consommation. Évalcool 2.....	39

Le Projet Évalcool comprend 2 études successives, Évalcool 1 et Évalcool 2. Elles ont fait l'objet de 2 protocoles distincts dont vous trouverez le détail dans le travail présenté ci-après.

Protocole de recherche Évalcool 1

I. INTRODUCTION

1. Épidémiologie : l'alcool en chiffres

Il est depuis longtemps établi que la consommation d'alcool représente un problème de santé publique en France, en Europe et même à l'échelle mondiale.

a) Mortalité

- L'OMS estimait en 2012 à 3,3 millions le nombre de morts par an dans le monde dus à un usage nocif de l'alcool. Soit 5,9 % des décès mondiaux (1);
- 49 000 décès seraient imputables à la consommation d'alcool en France en 2009 (2);
- Ces décès concernent principalement les hommes : 13% de la mortalité totale contre 5% pour les femmes (2);
- Ces décès concernent surtout les jeunes : 22% des décès des 15-35 ans sont imputables à l'alcool, 18% des décès des 35-65 ans et 7% des décès des plus de 65 ans (2).

b) Morbidité

- L'alcool est le troisième facteur de risque en terme de morbidité et de mortalité prématurée en Union Européenne après le tabac et l'hypertension artérielle (3) ;
- L'alcool est responsable de problèmes variés : il est la cause de plus de 60 pathologies somatiques (cancers, pathologies digestives, pathologies cardio

vasculaires, lésions traumatiques) mais aussi de nombreux dommages sociaux, mentaux et affectifs. Il est à l'origine d'un coût considérable : on parle de 124 milliards d'euros par an pour l'Union Européenne (3).

c) Évolution de la consommation

- En Europe :

Selon les derniers rapports de l'OMS, la consommation d'alcool a baissé de 10% entre 2003 et 2010 pour passer de 12,2L d'alcool pur par an et par habitant entre 2003 et 2005 à 10,9L en 2008-2010. Malgré cette baisse, l'Europe garde le taux de consommation le plus élevé du monde (4).

58 millions d'européens boiraient trop, soit 15 % de la population européenne et 20 millions seraient alcoolo-dépendants, soit 5 % de la population (5).

- En France:

La France n'est plus la plus mauvaise élève de l'Europe, mais sa consommation reste parmi les plus élevées avec 11,8L d'équivalent alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans en 2012.

Cela correspond à une consommation journalière de 26 g soit un peu moins de 3 verres standards par jour et par habitant (6).

Si on rapporte ce chiffre de 11,8L d'alcool pur au nombre estimé de buveurs réguliers, la consommation journalière avoisinerait plutôt les 64g par jour pour les hommes (soit plus de 6 verres standards) et 45g par jour pour les femmes (soit plus de 4 verres standards) selon certains auteurs (7).

2. Mesures prises par les autorités sanitaires

Devant ces chiffres toujours alarmants, l'OMS a énoncé un certain nombre de directives visant à faire baisser les chiffres de la consommation et leurs conséquences. Ces directives ont été reprises à l'échelle européenne dans le programme Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA) qui a permis d'établir des recommandations, traduites et adaptées à la situation française (3).

Le médecin généraliste est au cœur de ces recommandations avec deux missions principales :

- le repérage précoce des buveurs à risque ;
- la dispense d'un conseil minimal à travers une intervention brève.

a) Définition du risque

Pour repérer les buveurs à risque, il a fallu établir des seuils de consommation à risque. Les seuils utilisés aujourd'hui par l'OMS et repris et validés par les recommandations européennes ainsi que par la société française d'alcoologie sont les suivants :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel,
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (soit environ 3 verres par jour),
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (soit environ 2 verres par jour),
- abstention de toute consommation 1 jour par semaine.

Un verre désigne ici un « verre standard » ou « unité internationale d'alcool ». Il correspond à la quantité d'alcool contenue dans un verre servi dans les débits de boissons, soit environ 10g d'alcool pur par verre.



Illustration 1: équivalence de contenu d'un verre standard

Le choix de ces seuils repose sur un compromis, ils n'assurent pas un risque nul. En effet, les études montrent que la mortalité augmente à partir d'environ un verre par jour (des différences existent en fonction de l'âge et de la pathologie) (3), (2), (8)

Mais ce risque est contrebalancé par les effets ressentis comme positifs d'une consommation modérée d'alcool : effets culturels, sociaux et psychologiques surtout.

Ces seuils doivent donc être considérés comme des repères et non comme des valeurs absolues et être adaptés à chaque patient en fonction des risques individuels.

A partir de ces seuils, différents profils de consommation peuvent être établis (9) :

- non consommation,
- usage modéré : consommation inférieure aux seuils OMS,
- usage à risque : consommation supérieure aux seuils OMS mais sans conséquence négative physique, psychique ou sociale, encore perceptible,

- usage nocif : consommation à l'origine de dommages, physiques, psychiques ou sociaux et absence de dépendance,
- usage avec dépendance : perte du contrôle de la consommation.

b) Repérage du niveau de risque : les outils du médecin

Plusieurs tests sont à la disposition du médecin pour le repérage des buveurs à risque ou à problème.

La population cible de ce repérage est l'adulte tout-venant en consultation. Pour que le repérage soit le plus efficace possible, la meilleure stratégie semble être le dépistage systématique, non ciblé. De plus, 4 situations particulières seraient propices à l'interrogation des patients sur leur consommation d'alcool (3):

- lors d'une première consultation,
- lors de la prescription d'un médicament avec lequel interfère la prise d'alcool,
- lors d'interventions de routine,
- lors de l'évocation de problèmes qui pourraient être dus à une consommation nocive

Selon les recommandations européennes, s'il n'existe pas de facteur de risque ou de signe évocateur particulier, un dépistage tous les 4 ans semblerait suffire (3).

Pour rendre cela faisable au cours d'une consultation, il est nécessaire d'utiliser des outils simples et rapides.

Dans ce cadre, on retiendra 3 outils cités pour le repérage par les recommandations européennes et par la Société Française d'Alcoologie (SFA) :

- La consommation d'alcool déclarée ou CDA : elle mesure le nombre de verres standards bus par semaine. C'est la méthode la plus simple et la plus rapide pour repérer un problème d'alcool. Elle convient mieux pour estimer la

consommation des buveurs réguliers. Chez les buveurs occasionnels, elle risque de sous estimer la consommation. Elle est l'outil de base du médecin traitant, son estimation devrait être incluse dans la routine des consultations (10).

- Le test AUDIT, créé par l'OMS en 1992, spécifiquement pour un usage en médecine générale. Il se décline en 10 questions et explore la consommation sur les 12 derniers mois. Les études ont montré que son utilisation était efficace pour détecter les consommateurs à risque (11). Sa version abrégée, le test AUDIT-C qui ne comporte que les 3 premières questions semble être une meilleure option pour une utilisation en pratique courante (12). Elle est désignée comme la méthode de repérage à privilégier par les recommandations européennes (Voir annexe 1).

Un score supérieur à 5 au test AUDIT-C ou une CDA supérieure à 3 chez l'homme, un score supérieur à 4 ou une CDA supérieur à 2 chez la femme doit faire suspecter un problème avec l'alcool. Dans ce cas une intervention brève est recommandée.

- le test DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool le matin) : il comporte 4 questions et interroge le patient sur sa vie entière (13). Il ne permet donc pas toujours de faire la différence entre un problème passé ou présent. Une réponse positive à 2 questions ou plus doit faire suspecter une consommation à risque (Annexe 2).

c) Interventions brèves

L'efficacité des interventions brèves est aujourd'hui largement reconnue (14), (8).

L'étude Mesa Grande (16), une revue de la littérature concernant l'efficacité des différents traitements des conduites d'alcoolisation à risque et à problème a démontré que les interventions brèves arrivaient en tête de liste en terme de résultats positifs.

Le médecin généraliste semble être la personne de choix pour la réalisation de ces interventions. En effet, il est au centre du système de soins français, il est le premier recours en matière de santé mais surtout, les patients lui font confiance. Une étude téléphonique réalisée dans le cadre du programme *Boire Moins C'est Mieux* (17) a montré que 88% des personnes interrogées considéraient que le médecin généraliste avait toute légitimité pour aborder la question de l'alcool. De plus 79% des personnes sondées jugeaient facile de parler d'alcool avec son médecin traitant.

Les interventions brèves sont basées sur la délivrance d'un conseil minimal et ont pour objectif la réduction du risque lié à la consommation d'alcool. L'objectif à atteindre ne sera pas le même suivant le type de consommation du patient (patients non buveurs, consommation modérée, consommation à risque, consommation nocive, alcoolo-dépendance).

Ces interventions devront dans tous les cas être courtes afin d'assurer la clarté du message, l'acceptabilité du contenu et enfin leur faisabilité en consultation de routine.

Elles devraient systématiquement contenir les actions suivantes (18):

- restituer les résultats du test de repérage,
- expliquer le risque Alcool : rappel des seuils OMS et des risques pour la santé,
- expliquer la notion de verre standard,
- expliquer l'intérêt d'une réduction de la consommation,
- expliquer les méthodes utilisables pour réduire la consommation,
- proposer des objectifs,
- évoquer la possibilité d'une réévaluation ultérieure,
- remettre un document support.

d) Rôle du médecin dans la prévention du risque alcool

Le rôle défini par les autorités sanitaires pour le généraliste dans une volonté de réduire les dommages liés à l'alcool peut donc se résumer ainsi :

- Le sujet de l'alcool doit être abordé de manière routinière en consultation, avec tous les patients au même titre que tout autre facteur de risque pour la santé (HTA, tabac..).
- Une information simple concernant les risques liés à l'alcool et les seuils de consommation recommandés devrait être délivrée à tous les patients dans le cadre de la prévention primaire.
- La CDA est une information de base devant être recueillie en même temps que les autres facteurs de risque lors d'une première consultation, lors de l'établissement d'un certificat, etc...
- En cas de CDA au-dessus des seuils ou de toute autre situation pouvant évoquer un problème avec l'alcool, un test de repérage devrait être proposé afin de définir la nature du problème.
- Enfin, le repérage d'une consommation à risque, à problème ou une alcoolo-dépendance devrait faire l'objet d'une intervention brève.

3. Les recommandations sont elles appliquées ? Quelques données actuelles.

Les médecins généralistes interrogent encore trop peu leurs patients sur leur consommation d'alcool :

- 23 % des médecins interrogés dans le baromètre santé 2009 déclaraient interroger systématiquement leurs patients (19) .
- Seuls 7 % des patients ayant consulté dans l'année, interrogés lors d'un sondage Ipsos 2002, avaient parlé d'alcool avec leur médecin traitant.

De plus, les praticiens mésestimeraient encore trop souvent la consommation de leurs patients puisqu'environ 20% des patients ayant une consommation problématique (consommation à risque, nocive ou dépendance), sont considérés comme ayant une consommation sans risque par leur médecin (20), (21).

Le dépistage s'effectue encore de manière trop ciblée, le médecin ne dépiste pas de la même façon selon le terrain et le type de consommation. Ainsi, les généralistes interrogent davantage les personnes en situation précaire, ou ayant de nombreuses comorbidités, les hommes, et les personnes alcoolo-dépendantes. Les moins bien dépistés sont les femmes et les consommateurs à risque (21), (20)

L'utilisation de questionnaires standardisés pour le repérage précoce reste encore faible en consultation de médecine générale. Selon le baromètre santé médecins généralistes de 2009, 12,9 % des médecins déclaraient utiliser des questionnaires pour la consommation d'alcool(19).

Enfin, aborder les problèmes d'alcool avec les patients demeure difficile pour beaucoup de médecins généralistes (22), par manque de connaissance, manque de temps, peur de choquer ou de mettre mal à l'aise le patient.

4. *Problématique de l'étude*

Comme nous l'avons vu précédemment, le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du problème alcool est bien défini et des recommandations claires ont été élaborées. Le médecin traitant a notamment un devoir d'information des patients sur le risque alcool. Il est de son ressort de transmettre aux patients la notion de seuil à ne pas dépasser, la notion de verre standard et les risques encourus en cas de consommation au-dessus des limites. Cette information doit faire partie d'actions de prévention primaire et donc s'adresser à l'ensemble de la patientèle.

Le rôle du médecin est donc de donner aux patients les moyens d'évaluer leur propre consommation. Il est en effet difficile d'imaginer que les buveurs à risque puissent abaisser leur niveau de consommation s'ils n'ont pas conscience de ce risque.

La connaissance des recommandations en matière de consommation d'alcool par les patients semble donc être la base nécessaire à la diminution des dommages liés à l'alcool, à l'échelle individuelle comme à l'échelle nationale. Cependant, l'application des recommandations semble encore parfois difficile à mettre en œuvre par les praticiens.

Nous souhaitons donc mesurer l'impact de ces recommandations du point de vue des patients, et pour cela faire un état des lieux des connaissances des patients sur le risque alcool.

a) Objectifs de l'étude

1. Objectif Principal : Déterminer si les patients connaissent les seuils de consommation d'alcool recommandés.
2. Objectif secondaire n°1 : déterminer si les patients connaissent la notion de verre standard.
3. Objectif secondaire n°2 : déterminer si les patients se souviennent avoir été interrogés par leur médecin traitant sur leur consommation d'alcool.

b) Hypothèses

1. Hypothèse n°1 : la majorité des patients ne connaissent pas les seuils OMS définissant une consommation à risque et/ou les surestiment.
2. Hypothèse n°2 : les patients ne connaissent pas la notion de verre standard, ils associent le degré d'alcool avec le degré de nocivité. Ils considèrent les

alcools forts (20° et plus), tels que les spiritueux et autres apéritifs, plus nocifs que les alcools plus faiblement dosés tels que le vin et la bière (nous les appellerons alcools faibles).

3. Hypothèse n°3 : l'interrogation des patients sur leur consommation d'alcool est encore trop peu fréquente.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. *Population étudiée*

L'étude portait sur les patients adultes se présentant en consultation de médecine générale. Pour des raisons techniques liées notamment à l'absence de financement, le présent travail a été réalisé sur la région parisienne uniquement.

Critères d'inclusion : tous les patients majeurs consultant un généraliste impliqué dans l'étude.

Critères d'exclusion : problème de compréhension, situation non propice au recueil de données selon l'investigateur.

Variables recueillies : Age, sexe, profession (selon le niveau 1 de classement de l'Insee), niveau d'études, pathologies fréquentes ou pertinentes pour l'étude (alcoolisme chronique, insuffisance hépatique, insuffisance cardiaque, diabète), tabagisme, consommation personnelle d'alcool.

Nous avons choisi de ne pas recueillir d'information sur la religion des personnes interrogées, estimant que la question pouvait être vécue comme déplacée dans le

cadre d'une étude sur l'alcool.

2. *Élaboration des questionnaires*

L'évaluation des connaissances des seuils de consommation d'alcool par les patients a déjà été effectuée, mais toujours de manière chiffrée. Il est généralement demandé aux personnes interrogées d'estimer un nombre de verres exact à ne pas dépasser, par jour ou par semaine.

Mais au-delà de la connaissance d'un chiffre brut, ce qui nous intéressait ici, c'était de connaître quelle représentation les patients avaient de ces seuils. La connaissance d'un chiffre ne signifie pas la connaissance de ce qu'il représente de manière concrète. Ce qui est important, c'est l'appréciation subjective du caractère nocif d'une consommation, que le sujet soit capable ou non d'énoncer le seuil théorique en verres par semaine.

Nous avons donc décidé de montrer aux sujets inclus des exemples concrets de consommation. Pour cela nous avons élaboré deux types de documents évaluant les consommations régulières et ponctuelles:

1. Des fascicules papier qui représentaient, sous forme de pictogrammes, les repas ainsi que les boissons consommées au cours d'une semaine par un individu donné.
2. Des fascicules papiers qui représentaient sous forme de pictogrammes les boissons consommées au cours d'une soirée par un individu donné.

Nous avons demandé aux sujets inclus, sans qu'ils aient à formuler de chiffrage objectif, quelles étaient les consommations qu'ils estimaient nocives.

a) Schémas de consommation chronique régulière

Pour évaluer la connaissance des seuils de consommation à risque nous avons créé des fascicules montrant pour moitié une consommation supérieure au seuil OMS et l'autre moitié montrant une consommation considérée comme raisonnable et donc en dessous des seuils.

Pour évaluer la connaissance de la notion de verre standard, la moitié des schémas de consommation présentés étaient à dominante "alcool fort" (ils contenaient une majorité de pictogrammes représentant des verres d'alcool fort), la deuxième moitié était à dominante "alcool faible" (ils contenaient une majorité de pictogrammes représentant des alcools faibles).

Un fascicule sur 2 concernait une consommation masculine ou féminine.

P=1

Au total, 8 fascicules illustrant des schémas de consommation chronique ont été élaborés. Chaque fascicule comprenait 7 pages avec sur chaque page des dessins représentant des modèles de consommation d'aliments et d'alcool quotidiens. La première page portait la question posée : « Voici les repas et boissons alcoolisées que consomme un homme/une femme au cours d'une semaine. Jugez-vous cette consommation nocive pour sa santé ? ».

Les schémas de consommation étaient les suivant:

- 18 verres d'alcool par semaine à dominante faible pour un homme
- 18 verres d'alcool par semaine à dominante forte pour un homme
- 24 verres d'alcool par semaine à dominante faible pour un homme
- 24 verres d'alcool par semaine à dominante forte pour un homme
- 11 verres d'alcool par semaine à dominante faible pour une femme
- 11 verres d'alcool par semaine à dominante forte pour une femme
- 17 verres d'alcool par semaine à dominante faible pour une femme
- 17 verres d'alcool par semaine à dominante forte pour une femme

Voir l'exemple de fascicule en annexe 3.

b) Schémas de consommation aiguë

Seule la connaissance des seuils était évaluée ici, il n'y avait donc pas de type d'alcool dominant dans les schémas. Comme ci-dessus la moitié des exemples utilisés étaient en-dessous des seuils, l'autre au-dessus, et la moitié concernait une consommation masculine l'autre féminine.

P=1

Au total, 2 fascicules de consommation aiguë ont été élaborés. Chaque fascicule comprenait 4 pages, chacune comprenant les pictogrammes des verres consommés pendant une soirée donnée. La première page portait la question posée : « un homme/femme adulte consomme en une soirée les boissons dessinées sur le document ci-joint. En supposant que cette personne ne conduit pas de véhicule, pensez-vous, pour chacune des consommations décrites, qu'elle met en danger sa santé ? ». Ces 2 fascicules comprenaient :

- 1er fascicule : 4 exemples de soirées distinctes avec 3, 4, 5 ou 6 verres/soirée pour un homme
- 2eme fascicule : 4 exemples de soirées distinctes avec 3, 4, 5 ou 6 verres/soirée pour une femme

3. Déroulé de l'étude

Tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été interrogés. Il leur a été demandé d'évaluer différents schémas de consommation illustrés.

Les patients ont été interrogés indifféremment sur des consommations correspondant à leur sexe ou au sexe opposé.

Le cadre de l'étude étant la consultation de médecine générale, il était irréalisable pour des raisons de durée, d'interroger les patients sur tous les schémas. Par ailleurs ne proposer à chaque patient qu'un seul schéma de consommation hebdomadaire était une façon de ne pas induire de seuil supposé.

Chaque patient inclus a donc reçu :

- Un des huit fascicules de consommation hebdomadaire. Les huit fascicules ont été numérotés de 1 à 8, chaque patient recevait le fascicule suivant dans l'ordre où il se présentait.
- Un des deux fascicules de consommation aiguë. Chacun des deux fascicules était présenté alternativement à un patient sur deux.
- Un document mentionnant la question : "votre médecin traitant vous a-t-il déjà interrogé sur votre consommation d'alcool ?"

4. Seuils de référence choisis

Nous avons posé comme consommations excessives :

- Une consommation régulière de 22 verres et plus par semaine pour un homme
- Une consommation régulière de 15 verres et plus par semaine pour une femme
- Une consommation aiguë de 5 verres et plus pour un homme ou une femme

5. Critères de jugement

a) Critères principaux

Pourcentages de personnes identifiant comme excessive :

- Une consommation régulière de 22 verres et plus par semaine pour un homme,
- Une consommation régulière de 15 verres et plus par semaine pour une femme,
- Une consommation aiguë de 5 verres et plus pour un homme ou une femme.

b) Critères secondaires

1. Différence de pourcentage de personnes identifiant correctement une consommation régulière comme nocive ou non, en fonction de la dominante (alcools faibles ou forts) du schéma de consommation auquel elles ont été confrontées.
2. Pourcentage de personnes se souvenant avoir été interrogées par leur généraliste sur leur consommation d'alcool.

6. Expression des résultats

Chaque patient a jugé un schéma de consommation hebdomadaire et un schéma de consommation aiguë. Le résultat obtenu pour chaque patient a donc porté sur ce schéma unique et a été exprimé sous forme de jugement exact ou non (relativement au caractère objectivement nocif ou non pour la santé du schéma proposé).

Pour chaque schéma de consommation nous avons obtenu au final un taux de jugements exacts exprimé sous la forme d'un pourcentage.

7. *Investigateurs*

Le recueil de données était réalisé par un groupe d'internes de la faculté Paris Diderot ainsi que par un Professeur de Médecine générale de la faculté encadrant le projet.

Le recueil se déroulait dans les cabinets des maîtres de stages de la faculté Paris Diderot où se trouvaient les internes au moment de l'étude.

8. *Nombre de sujets et durée prévisible de l'étude*

Nous avons huit schémas de consommation hebdomadaire, chacun étant présenté à un huitième des sujets.

Nous souhaitions obtenir 50 réponses (chiffre arbitraire) par schéma. Il nous fallait donc prévoir d'interroger 400 sujets.

Chaque investigateur devait donc inclure 80 patients. Un généraliste reçoit 100 patients par semaine en moyenne, dont 65 adultes. Le taux de non réponse était supposé à 50%, compte tenu en particulier de la présence inconstante de l'interne. Chaque investigateur devait donc pouvoir inclure 30 sujets par semaine. En quatre semaines d'enquête nous devons avoir atteint les 80 patients.

9. *Outils statistiques*

Les données recueillies ont été intégrées dans une base de données informatique de type Libre Office Calc permettant la réalisation de tableaux croisés dynamiques ainsi que de graphiques.

L'analyse statistique consistait en la comparaison de données quantitatives 2 à 2 et a été effectuée à l'aide du test du χ^2 ou du test exact de Fischer en fonction de la taille des effectifs.

Le seuil de significativité p des résultats était fixé à 0,05.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du site : <http://www.socscistatistics.com>

Les âges ayant été recueillis en nombre entier d'années (âge tronqué à la valeur entière inférieure, sans prendre en considération le mois de naissance), les moyennes d'âges exprimées dans les résultats ont été corrigées en ajoutant 0,5 an à la moyenne afin de prendre en compte la répartition des mois de naissance sur une année donnée .

III. RÉSULTATS

1. ***Description de la population***

430 personnes ont été interrogées au cours de l'étude par les 5 investigateurs et les données ont pu être exploitées pour l'ensemble des sujets.

a) Lieux de recueil et répartition des patients

- 17,5 % rue Rochechouart 75009
- 17,5 % rue Saint-Lazare 75009
- 16,5 % rue Hermel 75018
- 11,8 % rue Hautpoul 75019
- 19,2 % rue de la Croix Nivert 75015
- et 17,5 % à Villeneuve-la-Garenne (92)

b) Durée du recueil

Les patients ont été interrogés d'octobre 2012 à février 2013.

c) Caractéristiques de la population

Sexe : 60 % (258) de femmes et 40 %(172) d'hommes

Age : moyenne d'âge de 41,3 ans. La répartition des âges est illustrée dans le graphique ci dessous.

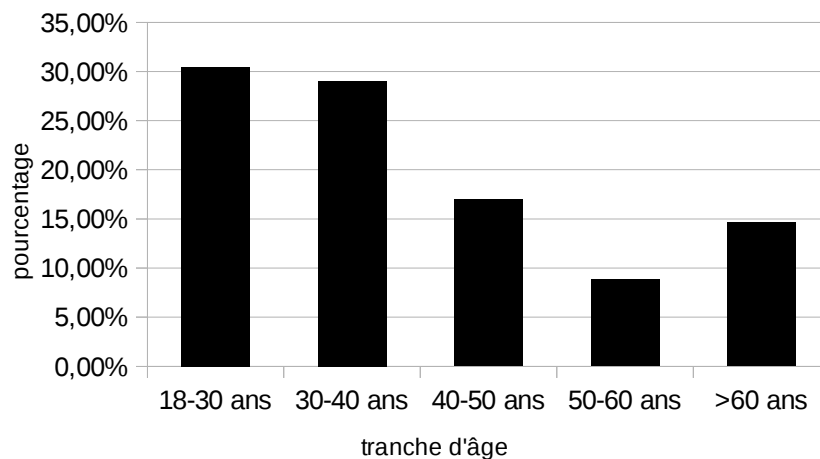


Illustration 3: répartition des âges Evalcool 1

Catégories socioprofessionnelles :

- artisan commerçant ou chef d'entreprise : 3,59 %

- cadre ou profession intellectuelle supérieure : 28,84 %
- profession intermédiaire : 15,58%
- employé : 16,28 %
- ouvrier : 6,98 %
- retraité : 11,86 %
- étudiant : 11,1 %
- inactif : 5,12 %
- Profession non communiquée : 0,7 %

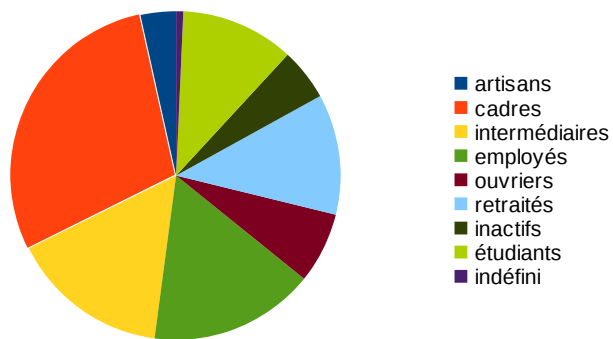


Illustration 4: répartition des catégories socioprofessionnelles. Évalcool 1

Consommation d'alcool déclarée : 4 verres par semaine en moyenne, médiane de consommation à 4 verres par semaine.

Tabagisme : 65,6 % de non fumeurs, 34,2 % de fumeurs et 0,2 % de statut inconnu.

2. Consommation chronique

a) Connaissance des seuils

54,19 % de la population interrogée a correctement évalué la nocivité du schéma de consommation chronique qui lui était présenté.

Le taux de réponses exactes globalement de 54,19 %, différait selon le type de schéma de consommation présenté :

- 18,64 % de réponses exactes pour les schémas de consommation considérés comme non nocifs (car en dessous des seuils OMS)
- 91,43 % de réponses exactes pour les schémas de consommation considérés comme nocifs.

Au total 371 personnes, soit 86 % des sujets interrogés ont répondu « oui » à la question « cette consommation vous paraît-elle nocive pour la santé ? » tous fascicules confondus alors que 50 % des fascicules étaient sous les seuils définis par l'OMS.

Le taux de réponses exactes n'était pas significativement différent en fonction du sexe ($p=0,25$), de l'âge (40 ans ou moins vs >40 ans, $p=0,28$), de la consommation d'alcool (4 verres et moins par semaine versus plus de 4 verres, $p=0,23$), de la catégorie socioprofessionnelle ($p=0,81$), ni du tabagisme ($p=0,92$).

Les femmes et les moins de 40 ans répondaient plus souvent oui à la question : cette consommation vous paraît-elle nocive pour la santé ? P respectivement de 0,004 et 0,05.

b) Notion de verre standard

À nombre de verres égal, le taux de réponses exactes ne variait pas en fonction de la dominante d'alcool, faible ou forte du schéma de consommation. Fascicule n°1 et n°2 $p=0,09$, fascicule n°3 et n°4 $p=1$, fascicule n°5 et n°6 $p=1$, fascicule n°7 et n°8 $p=0,44$.

	N° fascicule	Nombre de verres par semaine	Alcool dominant	% réponses justes	
Consommation féminine	1	11	faible	34,55 %	} P=0,09
	2	11	fort	20 %	
	3	17	faible	89,29 %	} P=1
	4	17	fort	90,74 %	
Consommation masculine	5	18	faible	11,32 %	} P=1
	6	18	fort	9,43 %	
	7	24	faible	90,57 %	} P=0,44
	8	24	fort	96,08 %	

Tableau 1: Résultats par type de fascicules de consommation chronique. Évalcool 1

3. Consommation aiguë

Sur la globalité des schémas de consommation aiguë, 67,5 % des réponses étaient justes.

20,69 % des personnes interrogées ont considéré qu'une consommation de 5 verres et plus en une soirée n'était pas nocive pour la santé.

a) Consommation aiguë féminine :

Le taux de réponses exactes pour les fascicules de consommation aiguë féminine était de 68,40 % réparti comme suit :

Nombre de verres en une prise	Taux de réponse exacte
3 verres	70,37 %
4 verres	49,54 %
5 verres	65,74 %
6 verres	87,96 %

Tableau 2: Résultat par type de consommation aiguë féminine. Évalcool 1

b) Consommation aiguë masculine

L'interrogation des patients sur les exemples de consommation aiguë masculine a amené 66,58 % de bonnes réponses, réparties comme suit :

Nombre de verres en une prise	Taux de réponses exactes
3 verres	62,15 %
4 verres	40,65 %
5 verres	70,56 %
6 verres	92,99 %

Tableau 3: Résultat par type consommation aiguë masculine. Évalcool 1

4. Interrogation par le médecin traitant

31,6 % (136) des patients inclus se souvenaient avoir déjà été interrogés par leur médecin traitant sur leur consommation d'alcool, 65,8 % (283) pensaient ne jamais l'avoir été et enfin, 2,6 % ne savaient pas.

IV. DISCUSSION

1. Caractéristiques de la population : comparaison avec la population d'Île-de-France (IdF)

- Une population plus âgée : la moyenne d'Âge (41,3 ans) était au-dessus des données d'IdF (36,7 ans en 2007 selon l'Insee)(23)
- Une population plus féminine : les femmes représentaient 60 % de la population versus 52,7 % en IdF en 2007 (24) ;
- Plus de cadres supérieurs : 28,8 %, versus 17,1 % en IdF en 2007 (25).

2. Consommation d'alcool déclarée

Nous avons été étonnés de la consommation d'alcool déclarée des personnes interrogées : 4 verres par semaine en moyenne avec une médiane de 4 également, cela signifie une répartition de la consommation très homogène, et donc très peu de buveurs à risque. C'est moins que les données de l'InVS en 2006 et publiées dans le BEH spécial alcool 2006 (26), qui retrouvait une consommation d'alcool déclarée moyenne par an de 268 verres soit 5,1 verres par semaine tous sexes confondus.

Cela peut s'expliquer de plusieurs façon :

- la population de notre étude est jeune, et majoritairement féminine or on sait que la consommation régulière est plus faible chez les jeunes et chez les femmes(28) ;

- biais induit par le fait que dans notre étude, c'est le médecin qui interrogeait directement les patients sur leur consommation contrairement aux études précédemment citées qui sont des enquêtes déclaratives réalisées hors du circuit médical.

3. Évaluation de la consommation chronique

- seulement 54,19 % des patients ont su évaluer correctement la nocivité des schémas de consommation et ce chiffre passe en dessous des 20 % pour les exemples de consommation inférieurs aux seuils OMS
- 86 % des patients interrogés ont estimé nocive la consommation qui leur était présentée.

Cela signifie que les patients interrogés ont eu un regard très critique sur la consommation d'alcool et qu'ils ont été moins tolérants que les recommandations en vigueur. Certes, nous pensions avant de mener cette étude que la majorité des patients n'étaient pas au courant des seuils de consommation établis par l'OMS. Mais nos résultats laissent penser que non seulement ils ne les connaissent pas mais qu'ils les imaginent plus sévères qu'ils ne le sont. Tout ce qui leur a été présenté leur a paru nocif pour la santé. Cela ne va pas dans le même sens que les résultats des enquêtes menées par l'Ireb sur la connaissance des seuils.

En effet, selon l'observatoire de l'Ireb en 2012, 28 % des français connaissaient le seuil de 3 verres à ne pas dépasser pour un homme, 38 % l'estimaient inférieur à de 3 verres et 34 % à plus de 3 verres ; pour les seuils féminins, 38% des français connaissaient le seuil de 2 verres/jour, 28 % l'estimaient à 1 verre et 34 % l'estimaient supérieur à 2 verres (29).

Devant ces résultats surprenants, nous nous sommes interrogés et nous sommes arrivés à plusieurs hypothèses pouvant expliquer de tels chiffres :

- La méthodologie de l'étude est peut être en cause : nous avons choisi volontairement de ne pas proposer de chiffre brut aux personnes interrogées mais plutôt des dessins afin de juger les connaissances des patients mais aussi leur représentation de la nocivité de l'alcool. De plus nous avons choisi des schémas semainiers et non quotidiens pour être en adéquation avec le système de consommation d'alcool déclarée (CDA) dont nous nous servons en consultation.

Or il est possible que ce soit ces mêmes précautions qui aient induit un biais de réponse. En effet, le fait de voir en une fois sur un même document l'ensemble des verres consommés sur la semaine peut avoir créé un effet de masse inquiétant et entraîner une surestimation de la nocivité de la consommation. D'autre part, la représentation illustrée des verres bus peut avoir majoré le réalisme du schéma de consommation et ajouté encore à l'impression de grande quantité.

- La modalité de recueil des données peut également avoir joué un rôle : l'interrogation des patients s'est déroulée au sein d'une consultation médicale. Le questionnaire était donc présenté par le médecin. Les patients ont probablement tendance à modérer leur réponse face au médecin, aussi bien concernant leur propre consommation que concernant l'étude proposée. Cela étant, ce travail visait à évaluer en partie le travail de prévention des médecins généralistes auprès de leurs patients, et ce biais de la relation médecin-patient est inexorable et est pris en compte dans l'idée même de la CDA.
- Le biais de sélection des patients : nous avons choisi pour des raisons éthiques de ne pas interroger les sujets de l'étude sur leurs croyances religieuses. Mais selon les estimations de l'Ifop de 2011 (29), l'IdF est la région où les personnes de cultures musulmanes sont les plus nombreuses (aux alentours de 10 % pour une moyenne nationale de 5,8%) ; il est donc possible qu'une proportion non négligeable de la population interrogée ait été plus critique sur la nocivité supposée de l'alcool pour des raisons culturo-religieuses.

4. Notion de verre standard

Les résultats sur le critère de jugement principal expliquent très bien l'absence de résultats significatifs sur le critère de jugement secondaire. Le très fort taux de réponses positives tous schémas de consommation confondus ne nous a pas permis dans un second temps de pouvoir montrer de différences entre les schémas de consommation à dominante alcool faible ou fort du fait du déséquilibre inattendu de la distribution des réponses.

Cependant, nous restons convaincus que la plupart des patients n'ont pas connaissance de l'équivalence en terme de quantité d'alcool dans les verres qui étaient montrés dans les schémas de consommation. Ce que confirme l'observatoire de l'Ireb 2012 qui montre que 48 % des français ne connaissent pas la notion de verre standard (29).

5. Interrogation par le médecin traitant

Un peu moins d'un tiers des patients de notre étude se souvenaient avoir déjà été interrogés sur leur consommation d'alcool par leur médecin traitant. Ce chiffre est un peu plus élevé que les données actuelles retrouvées dans la littérature :

- Dans le baromètre santé des médecins de 2009 (19), 23 % des médecins déclaraient interroger systématiquement leurs patients sur leur consommation d'alcool.
- Dans une thèse de 2011 réalisée en ÎdF (21), 25 % des dossiers patients contenaient une information sur la consommation d'alcool.

Cependant, ce chiffre reste encore trop bas et bien en dessous du dépistage d'autre facteurs de risque comme le tabac (63,2 % de dépistage systématique (19)).

Il faut noter que notre estimation est peut être sous estimée du fait d'un biais de mémoire des patients interrogés. En effet il n'était pas rare lors du recueil de

données qu'un patient déclare ne pas se souvenir avoir déjà été interrogé sur sa consommation alors même que sa CDA était renseignée dans le dossier.

6. Évaluation d'une consommation aiguë

Pour la consommation aiguë, les seuils étaient mieux connus avec plus de deux tiers de bonnes réponses et les patients interrogés se sont montrés moins sévères que pour l'évaluation des consommations chroniques, en effet environ 20 % considérait sans danger pour la santé une consommation ponctuelle de plus de 5 verres.

Entre 2005 et 2010 selon les données collectées dans le BEH 2013 (30), la consommation à risque ponctuelle a progressé de manière importante et significative chez les 18-25ans (22,8 % en 2005 versus 30,1 % en 2010) et chez les femmes (11,7 % versus 14,7%), et elle est restée élevée et stable chez les hommes (32,5 % vs 33,2%). Ce mode de consommation à risque est bien plus fréquent que les consommations à risque chroniques (12,5 % des hommes en 2010 et 2,6 % des femmes).

Ces habitudes de consommation expliquent probablement en partie la banalisation des consommations aiguës excessives par les patients interrogés dans notre étude.

V. CONCLUSION

Nos hypothèses étaient :

1. Que les patients ne connaissaient pas les seuils OMS de consommation d'alcool, chronique ou ponctuelle, ou qu'ils les surestimaient.
2. Que les patients ne connaissaient pas la notion de verre standard et qu'ils associaient un fort degré d'alcool avec un fort degré de nocivité.

3. Que les patients étaient rarement interrogés par le médecin traitant sur leur consommation d'alcool.

Pour ce qui est de la première hypothèse, nos résultats montrent que les patients sous-estiment les seuils OMS de consommation chronique plutôt qu'ils ne les surestiment. Ils apprécient mieux les seuils de consommation aiguë.

Cette sous estimation inattendue des seuils de consommation chronique rend impossible avec la méthodologie de cette première étude d'apprécier la différence éventuelle que les patients pourraient ressentir entre alcool fort et alcool faible.

Nos résultats confirment la troisième hypothèse.

Nous avons donc décidé de compléter cette première étude par une deuxième afin de mieux comprendre ces résultats inattendus.

Protocole de recherche Évalcool 2

I. INTRODUCTION

La méthodologie de cette deuxième étude était calquée sur la méthodologie de l'étude précédente Évalcool 1, avec quelques modifications pour étayer nos hypothèses formulées dans la discussion ci-dessus.

Notre nouvelle hypothèse est que la présentation graphique d'une consommation d'alcool hebdomadaire pourrait induire un effet visuel de masse qui conduirait les patients à considérer à tort comme excessive une consommation modérée. Nous avons donc décidé de modifier les fascicules présentés aux patients en passant de schémas de consommation semainiers à des schémas journaliers.

D'autre part nous nous interrogeons aussi sur l'impact des pictogrammes sur les réponses des patients. Nous avons donc élaboré, à nombre de verres égal, des schémas illustrés et des schémas uniquement chiffrés

Le but était triple :

- confirmer ou non les résultats sur le critère principal (pourcentage de patients interrogés connaissant les seuils de consommation recommandés)
- rechercher une différence perçue par les patients entre alcool fort et alcool faible a quantité d'alcool égale.
- Évaluer la différence de perception entre une consommation chiffrée et une consommation illustrée.

Nous n'avons pas dans cette deuxième étude abordé la question de la consommation aiguë, ni celle de l'interrogation des patients par le médecin traitant.

1. Objectifs de l'étude

Objectif principal : Déterminer si les patients connaissent les seuils de recommandation OMS pour la consommation d'alcool.

Objectif secondaire n°1 : déterminer si les patients connaissent la notion de verre standard ou s'ils associent un fort degré d'alcool à une forte nocivité.

Objectif secondaire n°2 : déterminer si l'utilisation d'illustrations dans les schémas de consommation modifie les réponses par rapport à des données uniquement chiffrées.

2. Hypothèses

Hypothèse principale : Les patients ne connaissent pas les seuils de consommation d'alcool recommandés par l'OMS ou les surestiment.

Hypothèse secondaire n°1 : les patients ne connaissent pas la notion de verre standard et associent la nocivité avec le degré de la boisson.

Hypothèse secondaire n°2 : la perception de la nocivité est majorée par la présentation des boissons consommées sous forme de pictogramme par rapport à une présentation chiffrée.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population de l'étude

L'étude portait sur les adultes suivis en médecine de ville en région parisienne

Critère d'inclusion : toute personne majeure se présentant en consultation de médecine générale dans les cabinets participant à l'étude.

Critère d'exclusion : problème de compréhension, situation non propice au recueil de données selon l'investigateur.

2. Élaboration des questionnaires

Nous avons élaboré différents schémas de consommation d'alcool journaliers sous forme de fiches papier qui ont été présentées ensuite aux patients inclus.

La moitié des schémas contenait un alcool faible unique et l'autre moitié un alcool fort unique. En effet, s'agissant ici de consommation journalière et donc d'un petit nombre de verres d'alcool, nous ne pouvions pas maintenir le concept de schémas à dominante d'alcool faible ou fort. Nous avons donc choisi 2 types d'alcool nous paraissant représentatifs dans l'esprit commun des alcools respectivement faibles et forts. La moitié des fiches présentait donc des verres de vin et l'autre des verres de whisky.

De plus, nous avons élaboré des schémas de consommation sous forme illustrée, où chaque verre d'alcool est représenté par un pictogramme et d'autres où la consommation est directement chiffrée sans illustration attenante.

Tous les schémas de consommation concernaient une consommation masculine.

Au total nous avons présenté aux sujets inclus 12 types de fiches différentes :

- 1 verre de vin par jour version illustrée
- 1 verre de vin par jour version chiffrée
- 2 verres de vin par jour version illustrée
- 2 verres de vin par jour version chiffrée
- 4 verres de vin par jour version illustrée
- 4 verres de vin par jour version chiffrée
- 1 verre de whisky par jour version illustrée

- 1 verre de whisky par jour version chiffrée
- 2 verres de whisky par jour version illustrée
- 2 verres de whisky par jour version chiffrée
- 4 verres de whisky par jour version illustrée
- 4 verres de whisky par jour version chiffrée

Déjeuner




Dîner :




Pensez- vous que cette consommation est nocive pour la santé de Mr R. :

☐ OUI ☐ NON

Quel est votre :

Age :

Sexe :

Profession :

Illustration 5: exemple fiche de consommation vin

Déjeuner



Dîner :




Pensez- vous que cette consommation est nocive pour la santé de Mr R. :

☐ OUI ☐ NON

Quel est votre :

Age :

Sexe :

Profession :

Illustration 6: exemple de fiche de consommation whisky

Mr R. boit 2 verres de whisky par jour.

Pensez-vous que cette consommation est nocive pour sa santé ?

☐ OUI ☐ NON

Quel est votre :

Age :

Sexe :

Profession :

Illustration 7: exemple de fiche de consommation chiffrée

3. Déroulé de l'étude

Chaque patient inclus, homme ou femme, recevait une seule fiche parmi les 12, tirée au hasard. Ils devaient répondre à la question: "cette consommation vous paraît-elle nocive pour la santé ?"

4. Valeurs seuil choisies

Nous avons choisi dans cette étude de présenter des consommations journalières. Nous nous sommes basés de nouveau sur les seuils de consommation établis par l'OMS.

Nous avons donc considéré comme nocive une consommation strictement supérieure à 3 verres (standards) par jour pour un homme.

5. Critères de jugement

a) Critère principal

Pourcentage de patients évaluant correctement la nocivité d'un schéma de consommation d'alcool journalier .

b) Critères secondaires

1. Différence du pourcentage de patients identifiant correctement la nocivité d'un schéma de consommation d'alcool, en fonction du type d'alcool (alcool faible ou fort) du schéma auquel ils ont été confrontés.
2. Différence du pourcentage de patients identifiant correctement la nocivité d'un schéma de consommation selon la méthodologie utilisée, schéma illustré ou schéma chiffré.

6. Investigateurs

Le recueil des données était réalisé par 2 investigateurs: une interne et un Professeur de médecine générale de la faculté Paris-Diderot.

Le recueil de données avait lieu aux cabinets des maîtres de stage de l'interne et au cabinet du médecin participant

7. Nombre de sujets à inclure

Nous avons 12 schémas de consommation différents, chacun était montré à un douzième de la population incluse. Nous avons fixé de façon arbitraire que nous souhaitions obtenir 30 réponses environ par schéma, soit 360 patients à inclure.

III. RÉSULTATS

1. Description de la population

360 patients ont été inclus par les deux investigateurs au cours de l'étude.

a) Lieu de recueil et répartition de la population

Le recueil de données a été réalisé dans trois lieux différents :

- 44,72% dans un cabinet de médecine générale rue Hermel 75018 Paris
- 55,28% dans un centre municipal de santé à Gennevilliers et dans un cabinet de médecine générale rue Pierre Fontaine 75009 Paris .

b) Durée du recueil

L'étude s'est déroulée de mars à mai 2014

c) Caractéristiques de la population

Sexe : 60,28% (217) de femmes et 39,72% (143) d'hommes

Âge : la moyenne d'âge était de 40,60 ans. La répartition des âges est illustrée dans

l'illustration 2 ci-dessous.

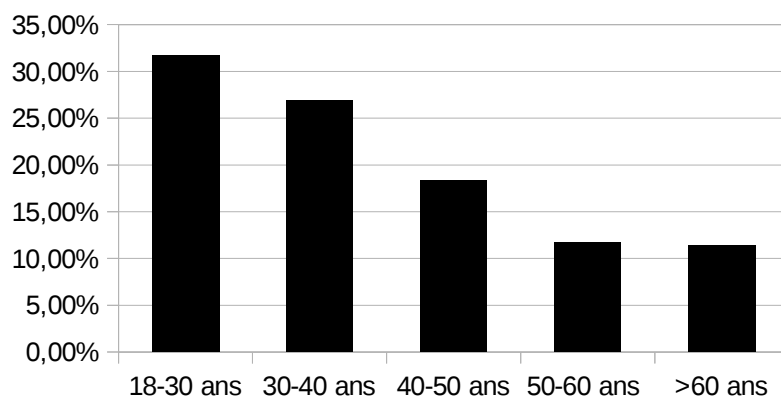


Illustration 8: répartition des âges Évalcool 2

Catégories socioprofessionnelles :

- artisans, commerçants ou chefs d'entreprise : 2,22%
- cadres ou professions intellectuelles supérieures : 21,11 %
- professions intermédiaires: 19,44%
- employés : 25,28 %
- ouvriers : 5 %
- retraités : 8,89%
- étudiants : 8,61%
- inactifs : 9,17 %
- professions non communiquées : 0,28 %

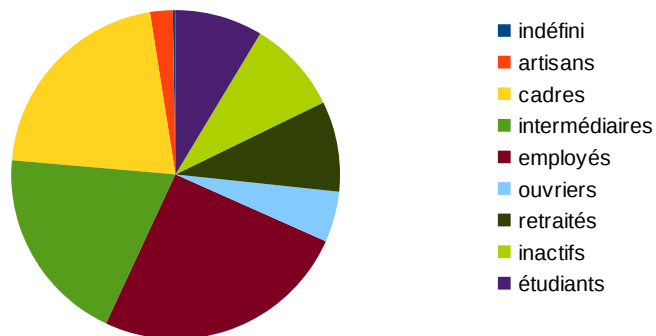


Illustration 9: répartition des catégories socioprofessionnelles. Évalcool 2

2. Critère principal: Connaissance des seuils

Au total, 53,06% des personnes soumises à l'étude ont correctement évalué la nocivité du schéma de consommation auquel elles étaient confrontées

65,85% des schémas de consommation considérés comme non nocifs par l'OMS ont été jugés nocifs par les patients interrogés.

93,86% des schémas supérieurs au seuil OMS ont été considérés comme nocifs par les sujets inclus

74,72% des sujets interrogés ont répondu oui à la question de la nocivité.

	Nombre de verres par jour	présentation	% réponse exactes
Schémas VIN	1	illustrée	57,89 %
	1	chiffrée	54,84 %
	2	illustrée	21,43 %
	2	chiffrée	38,46 %
	4	illustrée	93,94 %
	4	chiffrée	96,30
Schémas WHISKY	1	illustrée	35 %
	1	chiffrée	26,47 %
	2	illustrée	8,33 %
	2	chiffrée	16 %
	4	illustrée	96,30 %
	4	chiffrée	88,89 %

Tableau 4: Résultats selon les schémas de consommation. Évalcool 2

Aucune variation statistiquement significative n'a été relevée en fonction du sexe ($p=0,08$) de l'âge, (moins de 40 ans versus plus de 40 ans, $p=0,34$) ou de la catégorie socioprofessionnelle ($p=0,47$).

3. Critère secondaire : Notion de verre standard

Face aux schémas de consommation de 1 verre par jour, le taux de réponses exactes a été significativement modifié par le type d'alcool concerné, faible ou fort : le nombre de réponses correctes était significativement plus élevé pour les schémas à 1 verre de vin que pour les schémas à 1 verre de whisky ($p= 0,002$).

Pour les modèles de consommation à 2 et 4 verres par jour, vin versus whisky, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative, au risque alpha de 5% ($p=0,05$ et $p=0,71$), bien que nous soyons très proches des seuils de significativité pour les schémas à 2 verres/jour.

4. Critère secondaire : Différence méthodologique

Il n'existait pas de différence significative entre les 2 méthodologies utilisées pour la présentation des schémas de consommation : le taux de réponse exacte n'a pas été statistiquement différent entre les modèles illustrés et les modèles chiffrés que ce soit pour 1, 2 ou 4 verres, pour le vin ou pour le whisky.

IV. DISCUSSION

1. Caractéristiques de la population

La population de cette deuxième étude s'est avérée comparable à celle d'Évalcool 1 en terme de répartition des âges (18-30 ans $p=0,76$; 30-40 ans $p=0,53$; 40-50 ans $p=0,64$; 50-60 ans $p=0,20$; >60 ans $p=0,20$) et de répartition des sexes ($p=0,94$).

En revanche, les 2 populations différaient pour la répartition des catégories socio professionnelles : Évalcool 2 contenait significativement plus de d'employés ($p=0,002$) et d'inactifs ($p=0,03$) et significativement moins de cadres ($p=0,01$) que la première étude. Cette différence peut s'expliquer par la différence des lieux de recueils entre les 2 études, en effet 1 seul cabinet était commun aux 2 études, l'interne ayant changé de lieu de stage.

2. Connaissance des seuils

53,06%, soit un peu plus de la moitié des personnes interrogées, a évalué correctement les seuils de consommation d'alcool. Ce taux moyen de réponses exactes toutes fiches confondues était superposable à celui obtenu dans la précédente étude (54,19%).

Cependant, le taux de réponses justes pour les exemples de consommation non nocifs a été bien plus élevé dans Évalcool 2, avec 34,15% au lieu de 18,34%. Et le nombre total de réponses oui à la question de la nocivité est passé de 86% à 74,72%.

La répartition des schémas de consommation n'était pas la même, nous avons ici deux tiers de schémas en dessous des seuils OMS et un tiers au-dessus contre une répartition 50%-50% dans Évalcool 1. Cela explique qu'en moyenne pondérée les chiffres aient été superposables d'une étude à l'autre, malgré l'augmentation significative du taux de bonnes réponses sur les schémas de consommation non nocifs.

Le passage de la présentation semainière à journalière a donc entraîné une modification de l'interprétation de la nocivité par les patients. La tendance à la sous-estimation des seuils est confirmée mais elle est moindre que dans Évalcool 1.

3. Notion de verre standard

Contrairement à Évalcool 1, nous avons pu montrer ici une différence significative des réponses selon le degré d'alcool présenté dans les fiches pour une consommation quotidienne d'un verre.

Les patients ont associé la nocivité au degré d'alcool et ont donc eu tendance à considérer que boire un verre de Whisky était plus dangereux pour la santé que de boire un verre de vin. Il existe donc une méconnaissance de la notion de verre standard qu'Évalcool 1 n'avait pas pu montrer.

Lorsqu'on leur présentait des consommations comparées de deux verres de vin et deux verres de whisky, une tendance à considérer l'alcool fort comme plus délétère apparaî, sans atteindre le seuil de significativité.

A partir de quatre verres, donc au-delà du seuil OMS, les consommations sont considérées comme nocives quel que soit le type d'alcool.

4. Différence méthodologique

Le jugement des patients n'a pas été affecté par le type de présentation des schémas de consommation, écrit ou illustré. Les versions illustrées de pictogrammes n'ont pas, comme nous l'avions supposé, induit de majoration de la perception de la nocivité, par rapport au chiffre brut.

Il apparaî quand même une limite à l'interprétation de ces résultats. En effet, il s'agissait ici d'exemples de consommation avec très peu de verres illustrés par fiches (1 à 4). On peut donc penser que les pictogrammes étaient, d'une part faciles à dénombrer, et d'autre part qu'ils n'induisaient pas d'effet de masse visuelle. Faire le parallèle entre le chiffre 2 vu écrit et 2 pictogrammes semble aisé.

Or dans Évalcool 1 il s'agissait de schémas semainiers avec un nombre élevé de verres représentés, allant de 11 à 24 verres par fascicule et s'étalant sur 7 pages. L'effort de dénombrement devait donc être bien plus important et probablement non fait. Nous pouvons donc supposer que les patients ne faisaient pas de parallèle entre les pictogrammes représentés et une valeur chiffrée de consommation.

Les résultats d'Évalcool 2 plaident pour l'absence de différence de perception de la nocivité entre une représentation chiffrée et une représentation illustrée des consommations. Ce résultat est établi pour des consommations journalières. En toute rigueur, son extrapolation à des données de consommation hebdomadaires nécessiterait une étude complémentaire.

V. CONCLUSION

Évalcool 2 nous a permis de mieux comprendre les résultats obtenus dans Évalcool 1 :

- Évalcool 2 confirme les résultats d'Évalcool 1 sur le critère principal : les patients connaissent mal les seuils OMS et les sous estiment. Cependant, cette sous-estimation s'avère bien moindre pour des schémas de consommation journalière que pour des schémas semainiers. L'utilisation de schémas de consommation semainiers illustrés a donc induit dans Évalcool 1 une majoration de la perception de la nocivité par les patients. On peut donc en conclure qu'elle n'est pas une bonne méthode d'évaluation de la connaissance des seuils de consommation d'alcool recommandés.
- La perception massive de la nocivité, induite par les schémas semainiers , écrasait dans Évalcool 1 la perception différentielle de toxicité alcool faible/ alcool fort. Évalcool 2 en supprimant cet effet de masse révèle l'existence d'une différence de perception entre ces 2 types d'alcool pour une consommation quotidienne faible.
- Contrairement à notre hypothèse secondaire n°2, l'utilisation de pictogrammes par rapport à des valeurs chiffrées, ne modifie pas le jugement des sujets interrogés pour une consommation journalière.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Après deux études successives, nous pouvons conclure que la population générale a une connaissance moyenne des seuils recommandés par l'OMS pour la consommation quotidienne d'alcool. Sans connaître nécessairement la valeur chiffrée de ces seuils, la moitié des individus évaluent correctement la nocivité supposée d'une consommation donnée. Mais la moitié qui se trompe estime en grande majorité la consommation d'alcool plus nocive que ne le laissent supposer les recommandations. Les patients sous-estiment donc les seuils des recommandations en vigueur.

En revanche cette perception de la nocivité s'atténue en ce qui concerne la consommation aiguë. Là encore les seuils ne sont pas bien connus, mais les patients sont plus tolérants face à ce mode de consommation et en sous-estiment davantage la nocivité.

L'équivalence du contenu en alcool pur des verres distribués dans les bars n'est toujours pas connu, les patients considèrent la consommation d'alcool faible moins nocive que celle d'alcool fort.

Les patients n'ont pas le souvenir d'avoir été interrogé, par leur médecin traitant, sur leur consommation d'alcool, soit qu'ils ne l'aient pas été soit que la question ne leur ait pas laissé de souvenirs. Dans les 2 cas le travail de prévention du généraliste reste à améliorer en matière de consommation d'alcool. Il semble également que l'accent devrait être mis sur l'information sur les conséquences délétères des consommations aiguës massives et la recherche de tels comportements.

Ces résultats vont dans le sens des pratiques de consommation actuelles : les français boivent de moins en moins de manière quotidienne et ont compris les risques d'une consommation chronique. En revanche l'alcoolisation aiguë reste davantage pratiquée et banalisée.

Réflexions :

- Quelles est la pertinence des seuils OMS pour la consommation quotidienne ? Ne sont-ils pas trop élevés ?
- La CDA reste-elle un outil de mesure pertinent au vu des modifications comportementales de la population en matière de consommation d'alcool ?

QUESTIONS ÉTHIQUES ET LÉGALES

Les recommandations françaises (3) précisent que les généralistes doivent interroger tous leurs patients sur leur consommation d'alcool. Les autres variables recueillies sont des variables sociales élémentaires (âge, sexe, niveau d'études...) et certains antécédents médicaux, toutes données normalement recueillies en consultation. Par ailleurs aucune donnée nominative directe ou indirecte, ni aucune donnée sensible n'est recueillie. Par suite le projet ne requiert ni avis d'un CPP, ni déclaration à la CNIL.

FINANCEMENT

Les études ont été financées sur les fonds personnels des auteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Communiqué de presse IGR [Internet]. [cité 20 août 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>
2. Guerin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 1 août 2013;23(4):588-93.
3. Peter Anderson, AG, Joan Colom, INCa (trad.). Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves

[Internet]. Paris; 2008 [cité 27 oct 2014] p. 141. Disponible sur:
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>

4. World Health Organization, Regional Office for Europe. Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe; 2013.
5. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. Report to the European Commission. Lond Inst Alcohol Stud. 2006;2:73-5.
6. OFDT. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant [Internet]. [cité 16 févr 2015]. Disponible sur:
<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/>
7. Hill C, Laplanche A. The french drink too much alcohol. Presse Med. juill 2010;
8. Ancellin R, Barrandon E, Druet-Pecollo N. nutrition et prévention des cancers: des connaissances scientifiques aux recommandations [Internet]. [cité 17 févr 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_cancer.pdf
9. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique : Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie Addictologie [Internet]. 2001 [cité 5 févr 2015]; Disponible sur:
http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf?PHPSESSID=95ccba4b62abed8f787dc87dffb61d1a
10. Dépinoy D, Demeaux JL. Dépistage des mésusages de l'alcool. Rev Prat-Médecine Générale. 2004;18(650/651):553-61.
11. Gache P, Michaud philippe, Landry U. 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. nov 2005;29:2001-7.
12. Bush P, Kivlahan DR, McDonell MS, Fihn SD. The Audit Alcohol Consumption Questions (Audit-C): an effective brief screening test for problem drinking. Arch Intern Med. 1998;158:1789-95.
13. Beresford T, BLOW T, Hill E. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. Lancet. 1990;(336):482-5.
14. Babor TF, Higgins-Biddle J. Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization [Internet]. 2001 [cité 13 févr 2015]. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf?ua=1
15. Michaud P, Kunz V, Demortière G. Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Evolution [Internet]. mai 2008 [cité 11 févr 2015];(14). Disponible sur:
<http://www.sante-limousin.fr/travail/reseaux-de-sante/alcoologie-de-haute-correze/fichiers/1112.pdf>

16. Miller W, Wilbourne P. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. In: *Addiction*. 2002. p. 265-77.
17. Michaud P, Fouilland P, Grémy I. Alcool, tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins. *Rev Prat - Médecine Générale*. avr 2003;volume 17(611):605.
18. Michaud P, Gache P, Batel P, Arwindson P. intervention brève auprès des buveurs exessifs. *Rev Prat-Médecine Générale*. mars 2003;17(604):281-9.
19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
20. Canoui-Poitrine F, Mouquet M. Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. *Etudes Result DREES*. juin 2005;(405):1-12.
21. Dupuy-Dekyvere Sabine. Que savent les médecins généralistes de la consommation d'alcool de leurs patients [Internet]. Paris Descartes; 2011 [cité 8 sept 2014]. Disponible sur: <http://194.254.89.18/STOCK/theses/Dupuy2011.pdf>
22. Bouix J, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *Rev Prat-Médecine Générale*. oct 2002;16(588):1488-92.
23. Insee-population-Ile-de-France. Population francilienne à l'horizon 2040 : les migrations freinent le vieillissement [Internet]. 2010 [cité 10 déc 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/alapage/alap347/alap347.pdf
24. Insee - Population - Population selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2014 [Internet]. [cité 10 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=20&ref_id=poptc02104
25. Insee - Population - Population selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe au 1er janvier 2011 [Internet]. [cité 10 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=20&ref_id=poptc02108
26. Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. *BEH* 2006 34-35 252 [Internet]. 2006 [cité 12 févr 2015];5. Disponible sur: http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060912/812043_beh_34_35_2006.pdf
27. Debout C, Fauvet L, Druelle S. excès de consommation d'alcool et tabac vont de pair [Internet]. 2007 [cité 18 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/dossiers/sante/docs/sante_chap8.pdf
28. Ireb. Observatoire Ireb, les français et l'alcool, [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2015]. Disponible sur: http://www.ireb.com/sites/default/files/memento/2012%20Diaporama%20Observatoire_0.pdf

29. Ifop. ANALYSE : 1989-2011 Enquête sur l'implantation et l'évolution de l'Islam de France [Internet]. 2011 [cité 13 mars 2015]. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/pressdocument/343-1-document_file.pdf
30. Saint-Maurice F, Møller L. Numéro thématique-L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France Special issue-Alcohol remains a major risk factor for health in France. [cité 13 févr 2015]; Disponible sur: http://www.automesure.com/library/pdf/BEH-alcool_2013.pdf

ANNEXES

1. Annexe 1 : Le test AUDIT

	0	1	2	3	4	Score
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	<1 fois/mois	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	> 4 fois/semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
Total						

*Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool.
Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool*

2. Annexe 2 : le test CAGE/DETA

1. avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Oui / Non
2. Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? Oui / Non
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ? Oui/Non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès matin pour vous sentir en forme ? Oui / Non

Il y a un mésusage si le score est supérieur à 2.

3. Annexe 3 : exemple de fascicule de consommation chronique

Schémas de consommation de 11 verres par semaine à dominante alcool fort pour une femme.

Evalcool1

Voici les repas et boissons alcoolisées que consomme une **femme** au cours d'une semaine.

Jugez-vous cette consommation **nocive** pour sa santé ?

Jean-Pierre Aubert, Amélie Bijon, Aude Dunan, Caroline Furois, Marlène Genelle

Légende



Pastis 45°, 3 cL



Whisky 40°, 3cL



Bière 25 cL



Vin 12°, 10cL



...
Champagne 12°, 10cL



Cocktail



Whisky-Coca 45°, 3 cL



Vodka 45° 3 cL



Cognac 45°, 3 cL

LUNDI

Petit-déjeuner



Déjeuner



Apéritif



Dîner



MARDI

Petit-déjeuner



Déjeuner



Apéritif



Dîner



MERCREDI

Petit-déjeuner



Déjeuner



Apéritif



Dîner



JEUDI

Petit-déjeuner



Déjeuner



Apéritif



Dîner



VENDREDI

Petit-déjeuner



Déjeuner



Apéritif



Dîner



SAMEDI

Petit-déjeuner



Déjeuner



Apéritif



Soirée



DIMANCHE

Petit-déjeuner



Déjeuner



Apéritif



Dîner

