

# Pratiques addictives

ROMAIN GUIGNARD

JULIE BODARD

JEAN-BAPTISTE RICHARD

FRANÇOIS BECK

## INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies non transmissibles seraient à l'origine de 87 % des décès en France [1]. Il s'agit principalement de maladies cardiovasculaires, des cancers, d'affections respiratoires chroniques et du diabète. Or, jusqu'à 80 % des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2, et plus d'un tiers des cancers pourraient être évités par l'élimination des facteurs de risque communs [2].

Ces facteurs de risque sont essentiellement le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Bien entendu, il s'agit d'habitudes de vie qui se dessinent souvent dès l'enfance et se structurent au cours de la vie, et pas seulement après 55 ans. Cependant, une meilleure connaissance de ces habitudes de vie après 55 ans peut permettre de mieux appréhender leur importance sur la qualité de vie et sur l'espérance de vie.

L'avancée en âge, s'accompagnant de modifications physiques, psychologiques et sociales, peut rendre le senior plus vulnérable. Face à cette vulnérabilité, l'émergence de pratiques addictives peut apparaître ou se renforcer, en lien parfois avec une perte d'autonomie, une polyopathologie, la solitude, la séparation ou l'isolement [3]. L'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs sont les trois substances psychoactives les plus régulièrement consommées entre 60 et 75 ans [4]. Bien qu'elle soit encore peu explorée pour ces tranches d'âge en France, la pratique excessive du jeu est également identifiée comme une addiction chez les seniors [5].

Deux types de consommateurs ont pu être identifiés dans une revue de la littérature réalisée en 2010 sur l'usage des substances psychoactives par les personnes âgées [6] : ceux pour qui la conduite addictive est ancienne et qui ont survécu aux consé-

quences de cette consommation ; et ceux pour qui les consommations de substances psychoactives sont arrivées plus récemment, souvent à la suite d'événements négatifs et anxiogènes.

Ce chapitre fournit des données récentes sur les pratiques addictives des personnes âgées de 55 à 85 ans, concernant principalement les consommations de tabac et d'alcool.

Il expose ensuite les facteurs associés à ces pratiques addictives. Dans un souci d'allègement de l'entretien, les questions concernant l'usage de cannabis n'ont été posées qu'au-près des 55-64 ans, et celles sur la pratique des jeux d'argent aux 55-75 ans uniquement. L'usage des médicaments psychotropes est évoqué dans le chapitre traitant de la santé mentale (voir p. 52).

## RÉSULTATS

### TABAC : LES PLUS DE 55 ANS FUMENT MOINS QUE LA POPULATION GÉNÉRALE

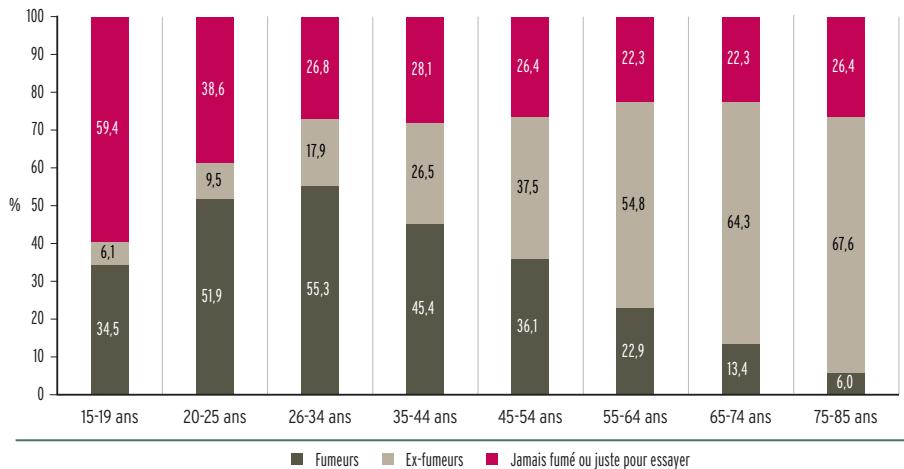
La proportion de fumeurs est de 13,4 % parmi les 55-85 ans, proportion largement inférieure à celle du reste de la population (41,1 %, parmi les 15-54 sans,  $p<0,001$ ). Cette proportion diminue par ailleurs avec l'âge dans la tranche 55-85 ans, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Chez les hommes, la prévalence tabagique passe de 22,9 % entre 55 et 64 ans à 13,4 % entre 65 et 74 ans et à 6,0 % entre 75 et 85 ans [figure 1]. Chez les femmes, elle passe de 17,7 % entre 55 et 64 ans à 7,2 % entre 65 et 74 ans et à 3,9 % au-delà de 75 ans [figure 2]. Globalement, les hommes de 55-85 ans s'avèrent plus souvent fumeurs que les femmes du même âge (16,4 % vs 10,8 %,  $p<0,001$ ).

La proportion d'ex-fumeurs chez les 55-85 ans est supérieure à celle du reste de la population (44,2 % vs 22,6 %, parmi les 15-54 ans,  $p<0,001$ ). S'agissant des femmes qui n'ont jamais fumé, leur proportion augmente considérablement entre les 55-64 ans (47,3 %), les 65-74 ans (60,9 %) et les 75-85 ans (73,4 %). Les femmes de 55-85 ans n'ayant jamais fumé sont ainsi plus nombreuses que dans le reste de la population (58,5 % vs 40,0 %, parmi les femmes de 15-54 ans,  $p<0,001$ ), et ce d'autant plus que

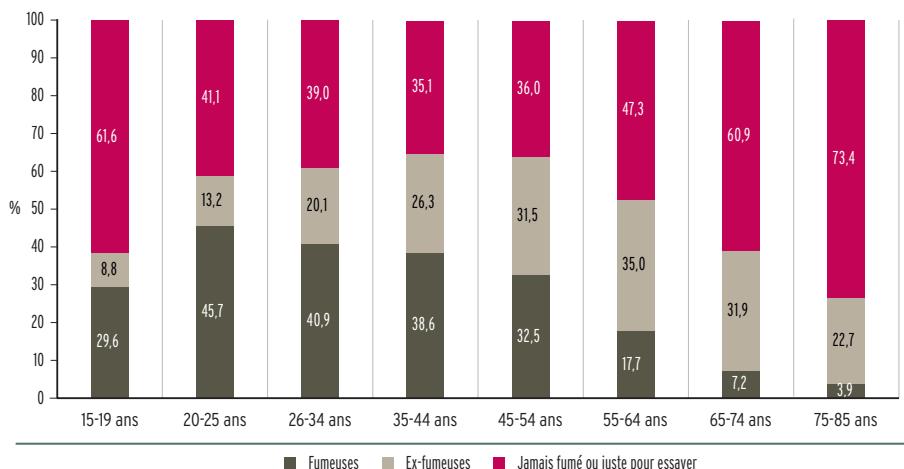
leur âge augmente. Au contraire, les hommes de 55-85 ans n'ayant jamais fumé sont moins nombreux que ceux de moins de 55 ans (23,2 % vs 32,6 %,  $p<0,001$ ). Cependant, les hommes de 75-85 ans interrogés dans le Baromètre santé 2010 s'avèrent légèrement plus nombreux à n'avoir jamais fumé que les 55-74 ans (26,4 % vs 22,3 %,  $p<0,05$ ). Pourtant, en 2000, soit dix ans plus tôt, la proportion d'hommes n'ayant jamais fumé était similaire entre ces deux générations (20,3 % parmi ceux qui étaient alors âgés de 45 à 64 ans et 20,6 % parmi ceux âgés de 65 à 75 ans). La plus forte proportion en 2010 d'hommes de 75-85 ans n'ayant jamais fumé pourrait donc refléter une mortalité ou une morbidité supérieure entre 2000 et 2010 parmi les hommes de cette génération ayant déjà fumé.

Alors que la prévalence tabagique avait diminué entre 2000 et 2005, passant de 16,0 % à 13,5 % ( $p<0,01$ ) parmi les 55-75 ans, elle a réaugmenté depuis pour atteindre 15,7 % en 2010 ( $p<0,001$ )<sup>1</sup>. Cette hausse n'est cependant visible que chez les femmes (de 8,8 % en 2005 à 13,0 %,  $p<0,001$ ), traduisant un effet de génération [7]. Chez les hommes de 55 à 75 ans, la prévalence tabagique est en effet stable (18,7 % en 2005, 18,6 % en 2010).

1. Les évolutions sont calculées pour les 55-75 ans, les 76-85 ans n'ayant pas été interrogés avant 2010.

**FIGURE 1****Statut tabagique par âge chez les hommes de 15 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)**

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

**FIGURE 2****Statut tabagique par âge chez les femmes de 15 à 85 ans en 2010 (en pourcentage)**

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

## ALCOOL : UNE CONSOMMATION D'ALCOOL QUOTIDIENNE MAXIMALE PARMI LES 55-85 ANS

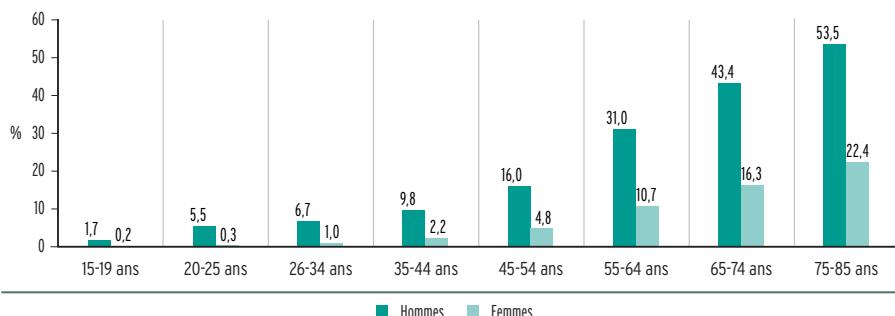
La proportion de consommateurs quotidiens d'alcool (voir encadré p. 83) augmente de manière continue avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Elle est plus importante parmi les hommes que parmi les femmes pour toutes les tranches d'âge. [figure 3]. Au total, 39,5 % des hommes de 55-85 ans et 15,6 % des femmes du même âge consomment de

l'alcool tous les jours (*vs* 9,1 % et 2,1 % des 15-54 ans respectivement).

Parmi les 55-85 ans, les hommes présentent deux fois plus souvent une consommation d'alcool à risque ponctuel (au sens du test Audit-C, voir encadré p. 83) que les femmes (22,7 % *vs* 9,1 %,  $p < 0,001$ ). Par rapport aux sujets plus jeunes, la consommation d'alcool à risque ponctuel est près de deux fois moins fréquente à 55-64 ans (20,2 %) qu'entre 20 et 25 ans (38,8 %), et près de quatre fois moins fréquente à partir de 65 ans (11,2 %) [figure 4]. En revanche, la

**FIGURE 3**

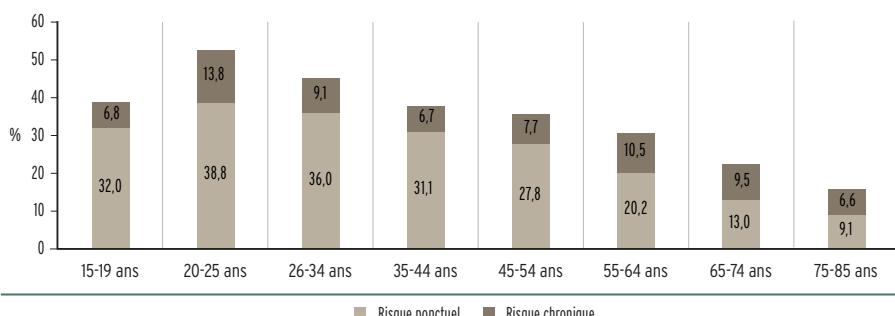
### Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool par sexe et par âge parmi les 15-85 ans en 2010



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

**FIGURE 4**

### Consommation d'alcool à risque (au sens du test Audit-C) par âge parmi les 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

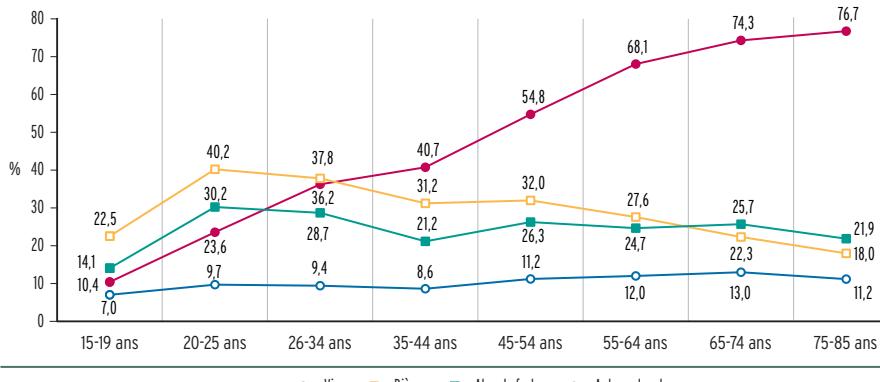
consommation d'alcool à risque chronique au sens du test Audit-C est comparable à celle du reste de la population (9,3 % parmi les 55-85 ans vs 8,5 % parmi les 15-54 ans, écart non significatif). Les hommes de 55-85 ans s'avèrent par ailleurs cinq fois plus souvent à risque chronique que les femmes (16,7 % vs 3,0 %,  $p<0,001$ ).

En termes de boissons alcoolisées consommées, les 55-85 ans, en moyenne, sont plus nombreux que les 15-54 ans à déclarer boire

du vin au moins une fois par semaine. En effet, plus de la moitié des 55-85 ans déclarent boire du vin de manière hebdomadaire (56,1 %), plus souvent les hommes (71,8 %) que les femmes (43,1 %,  $p<0,001$ ), contre moins d'une personne de 15-54 ans sur trois (29,0 %). Cependant, parmi les personnes de 55-85 ans, la consommation hebdomadaire de vin augmente encore avec l'âge chez les hommes, alors qu'elle est stable chez les femmes [figures 5 et 6]. La consommation

**FIGURE 5**

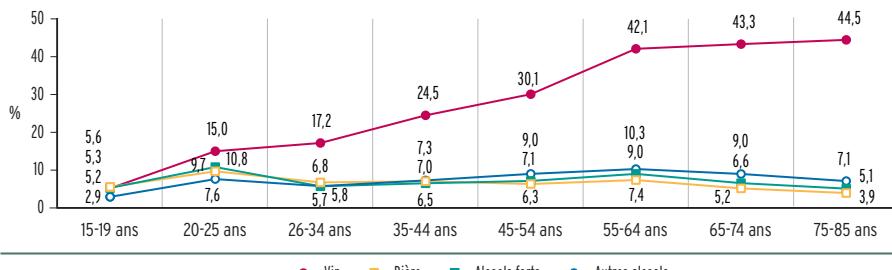
**Consommation hebdomadaire d'alcool par âge et par type d'alcool chez les hommes de 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)**



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

**FIGURE 6**

**Consommation hebdomadaire d'alcool par âge et par type d'alcool chez les femmes de 15-85 ans en 2010 (en pourcentage)**



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

## LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL : EFFET ÂGE OU GÉNÉRATION ?

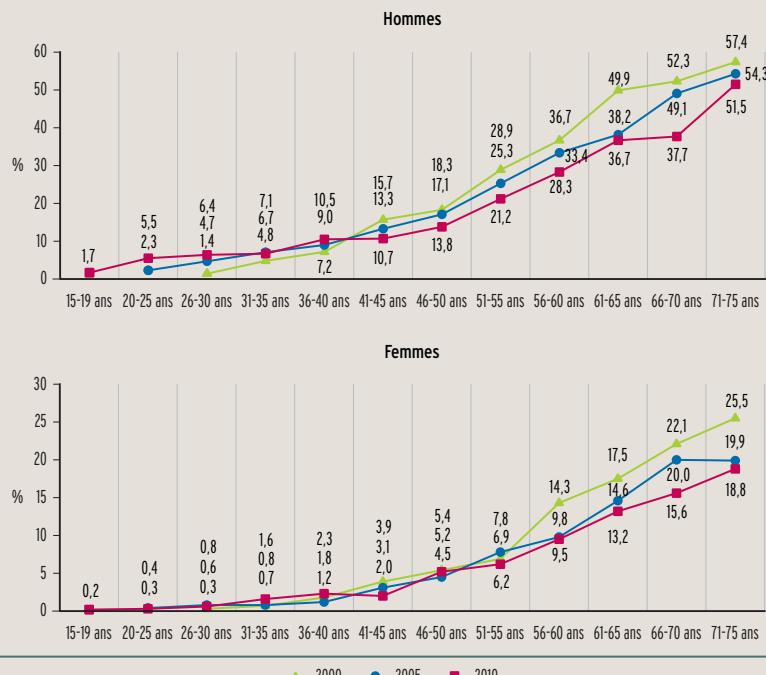
Grâce aux mesures répétées dans le temps de la consommation quotidienne lors des Baromètres santé successifs, il est possible de superposer les consommations actuelles et passées des individus [figure 7]. La courbe rouge illustre la part de buveurs quotidiens par tranche d'âge quinquennale en 2010, la courbe bleue illustre leur consommation en 2005 et la courbe verte leur consommation en 2000. L'objectif de ces courbes est de déterminer si l'augmentation de la consommation quotidienne avec l'âge et sa diminution dans le temps doivent être attribuées à un effet génération, à un effet âge ou aux deux.

Pour les hommes des générations ayant moins de 40 ans en 2010, la part des consommateurs quotidiens

ne fait qu'augmenter entre 2000 et 2010, légèrement toutefois. En revanche, l'ordre des courbes s'inverse à partir de 41 ans, ce qui indique que les hommes de plus de 40 ans en 2010 sont moins nombreux à boire quotidiennement qu'ils ne l'étaient cinq ans et dix ans auparavant. Ce résultat indique une baisse de la consommation quotidienne avec l'âge à génération donnée. Par ailleurs, la proportion de buveurs quotidiens est plus importante parmi les classes d'âge les plus élevées, ce qui peut alors être attribué à un effet génération. La même tendance est observée chez les femmes. L'évolution de la consommation quotidienne semble ainsi résulter de deux effets : un effet âge et un effet génération.

FIGURE 7

### Proportion de consommateurs quotidiens d'alcool selon le sexe, l'année et l'âge en 2010



Source : Baromètre santé 2000, 2005 et 2010, Inpes.

hebdomadaire de bière diminue avec l'âge, et ce dès 25 ans chez les hommes comme chez les femmes. La consommation hebdomadaire de bière concerne 24,0 % des hommes de 55-85 ans contre 5,8 % des femmes du même âge ( $p<0,001$ ). La consommation hebdomadaire d'alcool fort atteint également son maximum entre 20 et 25 ans (30,2 % chez les jeunes hommes et 10,8 % chez les jeunes femmes). Elle est assez stable parmi les hommes de 55 à 85 ans et concerne un homme sur quatre dans cette classe d'âge (24,4 %). Chez les femmes, la consommation hebdomadaire d'alcool fort diminue à partir de 65 ans (9,0 % chez celles âgées de 55 à 64 ans, 6,6 % parmi les 65-74 ans et 5,1 % parmi les 75-85 ans). La consommation hebdomadaire d'autres alcools concerne plus d'un homme de 55 à 85 ans sur dix (12,1 %). Chez les femmes, le maximum est atteint entre 55 et 64 ans (10,3 %), pour diminuer ensuite.

Comme en population générale, la consommation quotidienne d'alcool des 55-75 ans a fortement diminué au cours des dix dernières années, passant de 43,3 % en 2000 à 32,1 % en 2005, puis à 24,1 % en 2010. Par ailleurs, la consommation d'alcool à risque ponctuel parmi les 55-75 ans a augmenté entre 2005 (14,0 %) et 2010 (17,3 %,  $p<0,001$ ) alors que dans le même temps la consommation d'alcool à

risque chronique a diminué (9,9 % en 2010 vs 11,6 % en 2005,  $p<0,01$ ).

Les mesures d'évolution par classe d'âge quinquennale sur la période 2000-2010 permettent d'affirmer que la consommation quotidienne d'alcool plus fréquente parmi les âges les plus avancés correspond essentiellement à un effet de génération, la tendance étant plutôt à la baisse de la consommation quotidienne à mesure que l'âge augmente pour une même génération (voir encadré ci-contre).

## AUTRES PRATIQUES ADDICTIVES ÉTUĐIÉES : USAGE DE CANNABIS ET PRATIQUE DES JEUX D'ARGENT

Une personne de 55 à 64 ans sur dix (10,1 %) déclare avoir déjà consommé du cannabis au cours de sa vie, les hommes plus souvent que les femmes (13,2 % vs 7,3 %,  $p<0,001$ ) : c'est cinq fois moins que les 20-34 ans (50,8 %) et deux fois moins que les 45-54 ans (22,6 %). L'usage de cannabis dans l'année ne concerne que 1,3 % des hommes et 0,3 % des femmes de 55 à 64 ans.

Parmi les 55-75 ans, la proportion de joueurs actifs (voir définition en encadré) est de 13,3 %, et les hommes sont plus souvent dans ce cas (17,6 %) que les femmes (9,5 %,  $p<0,001$ ). Les individus âgés de 55 à 64 ans sont en fait parmi les joueurs les plus actifs

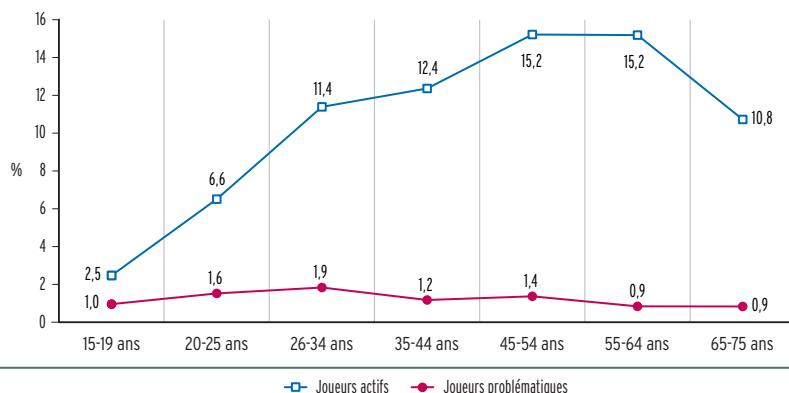
## INDICATEURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL

**Consommateur quotidien d'alcool** : personne déclarant consommer tous les jours au moins un type d'alcool (vin, bière, alcool fort ou autre) ou déclarant consommer quatre à six fois par semaine au moins deux types d'alcool.

**Consommateur d'alcool à risque ponctuel, d'après le test Audit-C [8]** : personne déclarant consommer moins de verres d'alcool que les seuils de risque usuels (21 verres par semaine pour les hommes, 14 verres par

semaine pour les femmes), mais déclarant de manière au moins occasionnelle des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API), avec au moins six verres en une occasion.

**Consommateur d'alcool à risque chronique, d'après le test Audit-C** : personne déclarant consommer plus de verres d'alcool que les seuils de risque usuels ou 6 verres ou plus en une occasion au moins une fois par semaine.

**FIGURE 8****Prévalence des pratiques de jeux d'argent par âge parmi les 15-75 ans en 2010**

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

**INDICATEURS POUR LES JEUX D'ARGENT**

**Joueur actif**: personne qui a joué au moins cinquante-deux fois au cours des douze derniers mois à des jeux d'argent ou a misé au moins 500 euros au cours des douze derniers mois.

**Joueur problématique**: terme générique désignant

un joueur rencontrant des difficultés liées à sa pratique. Les joueurs problématiques regroupent ici l'ensemble des joueurs excessifs et des joueurs à risque modéré au sens de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) [9].

**QUESTIONNAIRE DE L'ICJE**

À cours des douze derniers mois...	Presque toujours	La plupart du temps	Parfois	Jamais
Avez-vous misé plus d'argent que vous ne pouviez vous permettre de perdre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous retourné jouer un autre jour pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté de l'argent pour jouer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos habitudes de jeu vous ont-elles causé des difficultés financières (à vous ou à votre ménage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comptez : 3 points pour « Presque toujours »; 2 points pour « La plupart du temps »; 1 point pour « Parfois »; 0 point pour « Jamais ». Additionnez les points : Total de 0 : jeu sans risque; Total de 1 ou 2 : jeu à faible risque; Total de 3 à 7 : jeu à risque modéré; Total de 8 ou plus : jeu excessif.

de l'ensemble de la population (15,2 %) mais cette prévalence n'est plus que de 10,8 % parmi les 65-75 ans [figure 8]. Les joueurs ayant un comportement problématique avec les jeux d'argent, d'après l'indice canadien du jeu excessif, sont en revanche moins nombreux parmi les 55-75 ans (0,9 %, dont 0,2 % de joueurs excessifs) que parmi les moins de 55 ans (1,5 %,  $p<0,01$ ). Les hommes sont également plus nombreux à être des joueurs problématiques (1,4 %) que les femmes (0,5 %,  $p<0,001$ ).

### **DES USAGES EN LIEN AVEC LE DIPLÔME ET LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE, AVEC DES CONTRASTES SELON LE GENRE**

Parmi les femmes de 55 à 85 ans, le fait de fumer – et surtout d'avoir déjà fumé – augmente fortement avec le niveau de diplôme, alors que ce n'est pas le cas chez les hommes. Ainsi, la proportion de femmes de 55 à 85 ans fumant ou ayant fumé est de 36,2 % parmi celles n'ayant pas le bac; de 52,2 % parmi celles ayant le bac; et de 62,3 % parmi celles ayant un diplôme supérieur au bac. Ces chiffres sont respectivement de 9,5 %, 12,8 % et 16,6 % concernant le tabagisme actuel. Ces associations sont maintenues après ajustement sur l'âge. De même, les femmes cadres et de professions intellectuelles supérieures, et dans une moindre mesure les professions intermédiaires et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, sont les plus nombreuses à avoir déjà fumé, alors que les ouvrières et les agricultrices déclarent moins souvent avoir déjà fumé. Ce gradient social est en partie inversé chez les hommes puisque, parmi eux, les cadres apparaissent moins souvent fumeurs (13,9 %) alors que les ouvriers sont parmi ceux qui fument le plus (19,5 %), cela restant vrai après ajustement sur l'âge et le diplôme [tableau I].

Par ailleurs, les femmes de plus de 55 ans appartenant aux catégories sociales les plus élevées (artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires) sont plus nombreuses à consommer de l'alcool quotidiennement et ont plus souvent une consommation d'alcool à risque chronique au sens de l'Audit-C. Plus leur niveau de diplôme est élevé, plus la consommation d'alcool à risque chronique est fréquente (2,2 % parmi celles qui n'ont pas le bac, 4,0 % parmi celles qui ont le bac, 7,2 % parmi celles qui ont un diplôme supérieur au bac), ce lien persistant après ajustement sur l'âge. Au contraire, parmi les hommes, les moins diplômés apparaissent plus souvent consommateurs quotidiens d'alcool : 41,1 % de ceux qui n'ont pas le bac déclarent consommer de l'alcool tous les jours, contre 36,4 % de ceux qui ont le bac et 35,2 % de ceux qui ont un diplôme supérieur au bac ( $p<0,01$ ). Les agriculteurs et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ont quant à eux plus fréquemment une consommation d'alcool à risque chronique. En revanche, la consommation d'alcool à risque ponctuel n'est pas associée à ces caractéristiques socioéconomiques chez les personnes de 55 à 85 ans [tableau II].

Concernant le cannabis, parmi les 55-64 ans, l'expérimentation est d'autant plus fréquente que le niveau de diplôme augmente, en particulier parmi les femmes : ainsi, seulement 3,9 % de celles n'ayant pas le bac ont déjà consommé du cannabis, contre 8,3 % de celles qui ont le bac et 19,9 % de celles dont le niveau de diplôme est supérieur au bac. Cette relation se vérifie chez les hommes, même si elle est moins marquée : 10,6 % des hommes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au bac ont expérimenté le cannabis, contre 13,2 % de ceux qui ont le bac et 21,3 % de ceux qui ont un diplôme supérieur au bac. On remarque que, parmi les personnes de 55 à 64 ans

TABLEAU I

## Facteurs sociodémographiques associés au fait d'avoir déjà fumé (fumeurs ou ex-fumeurs)

Âge	Avoir déjà fumé							
	Hommes (N=3955)				Femmes (N=5722)			
	N hommes	N femmes	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
55-64 ans (réf.)	2 117	2 919	77,7	1		52,7	1	
65-74 ans	1 233	1 723	77,7	1,0	[0,8; 1,1]	39,1	0,6***	[0,6; 0,7]
75-85 ans	649	1 272	73,6	0,8**	[0,6; 0,9]	26,6	0,4***	[0,3; 0,4]
<b>Diplôme</b>					***			
Inférieur au bac (réf.)	2 434	3 931	76,4	1		36,2	1	
Bac	488	837	77,4	0,9	[0,7; 1,2]	52,2	1,5***	[1,2; 1,7]
Supérieur au bac	1 077	1 146	78,1	1,0	[0,8; 1,2]	62,3	1,9***	[1,6; 2,2]
<b>Perception financière</b>					**			
À l'aise (réf.)	806	859	74,6	1		45,2	1	
Ça va	1 864	2 541	78,7	1,3*	[1,0; 1,5]	41,5	1,0	[0,8; 1,2]
C'est juste	937	1 750	73,9	1,0	[0,8; 1,3]	38,2	1,1	[0,9; 1,3]
Difficile/dettes	372	728	78,0	1,3	[1,0; 1,8]	45,7	1,6***	[1,3; 2,0]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>			**			***		
Agriculteurs exploitants	202	228	64,6	0,5***	[0,3; 0,7]	13,3	0,3***	[0,2; 0,5]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	400	372	78,5	0,9	[0,6; 1,1]	45,5	1,3*	[1,0; 1,6]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 195	815	80,5	1		55,7	1,6***	[1,3; 1,9]
Professions intermédiaires	1 008	1 603	76,0	0,8	[0,7; 1,0]	49,6	1,3**	[1,1; 1,5]
Employés	330	2 117	77,9	0,9	[0,6; 1,2]	38,8	1	
Ouvriers	839	671	75,4	0,8	[0,6; 1,0]	31,6	0,8*	[0,7; 1,0]

\*: p&lt;0,05; \*\*: p&lt;0,01; \*\*\*: p&lt;0,001.

TABLEAU II

## Facteurs sociodémographiques associés à la consommation quotidienne d'alcool et aux

Âge	Alcool quotidien							
	Hommes (N=3961)				Femmes (N=5774)			
	N hommes	N Femmes	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
55-64 ans (réf.)	2 121	2 921	31,0	1		10,7	1	
65-74 ans	1 234	1 723	43,4	1,5***	[1,3; 1,8]	16,3	1,6***	[1,4; 2,0]
75-85 ans	650	1 272	53,5	2,5***	[2,0; 2,9]	22,4	2,5***	[2,1; 3,0]
<b>Diplôme</b>			***			***		
Inférieur au bac (réf.)	2 436	3 931	41,1	1		14,9	1	
Bac	490	837	36,4	0,9	[0,7; 1,1]	18,0	1,0	[0,8; 1,3]
Supérieur au bac	1 079	1 148	35,2	0,8*	[0,7; 1,0]	16,8	1,0	[0,8; 1,3]
<b>Perception financière</b>						*		
À l'aise (réf.)	807	860	41,1	1		18,8	1	
Ça va	1 868	2 542	39,8	1,0	[0,9; 1,2]	15,8	0,8	[0,7; 1,0]
C'est juste	938	1 750	39,9	1,0	[0,8; 1,3]	15,3	0,8	[0,6; 1,0]
Difficile/dettes	372	728	33,7	0,8	[0,6; 1,1]	11,6	0,6**	[0,5; 0,9]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>			***					
Agriculteurs exploitants	202	228	46,6	1,1	[0,8; 1,6]	14,9	0,8	[0,5; 1,3]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	400	372	44,8	1,1	[0,9; 1,4]	20,5	1,6**	[1,2; 2,1]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 199	817	39,4	1		19,6	1,5**	[1,2; 1,9]
Professions intermédiaires	1 009	1 603	39,7	1,0	[0,8; 1,2]	17,8	1,4**	[1,1; 1,7]
Employés	330	2 117	34,7	0,8	[0,6; 1,1]	13,3	1	
Ouvriers	840	671	37,5	0,9	[0,8; 1,2]	12,4	0,9	[0,7; 1,2]

\*: p&lt;0,05; \*\*: p&lt;0,01; \*\*\*: p&lt;0,001.

## et au tabagisme actuel selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010

Tabagisme actuel					
Hommes (N=3955)			Femmes (N=5722)		
%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
***			***		
22,9	1		17,7	1	
13,4	0,5***	[0,4; 0,6]	7,2	0,4***	[0,4; 0,5]
6,0	0,2***	[0,2; 0,3]	3,9	0,2***	[0,1; 0,3]
***			***		
16,1	1		9,5	1	
16,9	1,1	[0,9; 1,5]	12,8	1,4**	[1,1; 1,8]
17,6	1,2	[0,9; 1,5]	16,6	1,6***	[1,3; 2,0]
*			***		
14,2	1		10,6	1	
16,9	1,0	[0,8; 1,3]	10,1	1,1	[0,8; 1,4]
15,1	1,0	[0,8; 1,3]	9,7	1,2	[0,9; 1,6]
21,4	1,5*	[1,1; 2,0]	16,3	2,2***	[1,7; 3,0]
**			**		
8,9	0,8	[0,5; 1,3]	3,2	0,4*	[0,2; 0,9]
16,4	1,1	[0,8; 1,6]	12,1	1,3	[0,9; 1,8]
13,9	1		12,6	1,2	[0,9; 1,5]
16,0	1,2	[0,9; 1,5]	12,2	1,1	[0,9; 1,4]
19,6	1,2	[0,9; 1,7]	10,2	1	
19,5	1,4*	[1,1; 1,9]	10,7	1,0	[0,7; 1,3]

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

## consommations d'alcool à risque (Audit-C) selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010

Consommation d'alcool à risque ponctuel						Consommation d'alcool à risque chronique					
Hommes (N=3935)			Femmes (N=5750)			Hommes (N=3935)			Femmes (N=5750)		
%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
***						***					
29,3	1		11,6	1		17,4	1		4,1	1	
18,6	0,5***	[0,5; 0,7]	8,2	0,7***	[0,6; 0,8]	17,2	0,9	[0,7; 1,0]	2,9	0,8	[0,6; 1,1]
13,4	0,4***	[0,3; 0,5]	6,3	0,5***	[0,4; 0,7]	14,6	0,7**	[0,6; 0,9]	1,6	0,4**	[0,3; 0,7]
***						***					
22,6	1		8,2	1		17,0	1		2,2	1	
21,4	0,8	[0,6; 1,0]	11,6	1,2	[0,9; 1,6]	17,1	1,1	[0,9; 1,5]	4,0	1,6*	[1,0; 2,5]
23,8	0,8	[0,7; 1,0]	12,1	1,2	[0,9; 1,5]	15,5	1,0	[0,8; 1,2]	7,2	2,5***	[1,7; 3,7]
*						***					
24,2	1		9,4	1		15,9	1		4,7	1	
23,5	0,9	[0,7; 1,1]	8,9	1,0	[0,8; 1,3]	17,4	1,1	[0,8; 1,3]	3,1	0,8	[0,5; 1,1]
21,4	0,8	[0,6; 1,0]	8,2	1,1	[0,8; 1,4]	15,8	1,0	[0,8; 1,3]	2,3	0,7	[0,5; 1,1]
20,0	0,7*	[0,5; 1,0]	11,3	1,2	[0,8; 1,7]	16,6	0,9	[0,7; 1,3]	2,9	1,2	[0,7; 2,0]
*						***					
23,0	0,9	[0,6; 1,3]	8,7	1,2	[0,7; 1,9]	23,3	1,5*	[1,0; 2,2]	1,5	0,5	[0,1; 2,0]
20,7	0,8	[0,6; 1,1]	6,9	1,0	[0,6; 1,5]	21,4	1,5*	[1,1; 2,0]	3,9	1,9*	[1,0; 3,4]
23,0	1		11,5	1,3	[0,9; 1,7]	16,1	1		5,3	1,6*	[1,0; 2,7]
23,0	1,0	[0,8; 1,2]	11,0	1,2	[0,9; 1,5]	15,2	1,0	[0,7; 1,2]	4,1	1,4	[0,9; 2,1]
23,4	0,9	[0,6; 1,2]	8,2	1		16,0	0,9	[0,6; 1,3]	2,0	1	
22,8	0,8	[0,7; 1,1]	8,3	1,2	[0,9; 1,6]	15,8	1,1	[0,8; 1,5]	2,2	1,0	[0,5; 1,8]

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

ayant un diplôme supérieur au bac, on compte autant de femmes que d'hommes à avoir expérimenté le cannabis. Ce lien entre niveau d'éducation et expérimentation de cannabis se retrouve concernant la PCS chez les femmes : elles s'avèrent plus nombreuses parmi les catégories les plus favorisées à avoir expérimenté le cannabis. Chez les hommes, seuls les ouvriers se distinguent par une sous-représentation d'expérimentateurs de cannabis, toutes choses égales par ailleurs [tableau III].

Concernant les autres habitudes de vie étudiées ici, la prévalence de joueurs actifs parmi les 55-75 ans diminue avec le niveau de diplôme, passant de 15,2 % de joueurs actifs parmi les individus sans diplôme ou dont le diplôme est inférieur au bac à 9,2 % pour ceux qui ont le bac et à 8,5 % pour ceux dont le diplôme est supérieur au bac

[tableau IV]. On retrouve ce résultat aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

### La perception d'une mauvaise situation financière est associée aux différents comportements

La perception d'une mauvaise situation financière<sup>2</sup> est associée à une prévalence tabagique plus élevée parmi les 55-85 ans (21,4 % de fumeurs vs 14,2 % parmi ceux qui se sentent « à l'aise » parmi les hommes ; 16,3 % de fumeuses vs 10,6 % parmi les femmes), ce lien étant maintenu après ajustement sur l'âge, le niveau de diplôme et la PCS [tableau I]. À l'inverse, la consommation

2. Il s'agit d'individus qui déclarent que leur situation financière est difficile ou qu'ils ne peuvent pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation).

TABLEAU III

#### Facteurs socioéconomiques associés à l'expérimentation de cannabis selon le sexe parmi les 55-64 ans en 2010

Diplôme	Hommes (n=2 104)				Femmes (n=2 891)			
	N	%	OR	IC à 95%	N	%	OR	IC à 95%
Inférieur au bac (réf.)	1 235	10,6	1		1 721	3,9	1	
Bac	270	13,2	1,2	[0,8 ; 1,9]	456	8,3	2,0**	[1,3 ; 3,1]
Supérieur au bac	615	21,3	2,4***	[1,7 ; 3,3]	739	19,9	4,8***	[3,4 ; 7,0]
<b>Perception financière</b>								
À l'aise (réf.)	407	13,0	1		450	8,3	1	
Ça va	972	12,3	1,1	[0,8 ; 1,6]	1 243	7,4	1,3	[0,9 ; 1,9]
C'est juste	511	12,4	1,6*	[1,0 ; 2,3]	818	5,8	1,5	[1,0 ; 2,3]
Difficile/dettes	222	18,0	2,2**	[1,3 ; 3,6]	396	9,0	2,9***	[1,8 ; 4,7]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>								
Agriculteurs exploitants	83	11,3	0,8	[0,4 ; 1,6]	47	7,2	1,3	[0,4 ; 4,5]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	157	17,1	1,1	[0,7 ; 1,8]	133	11,5	2,2*	[1,2 ; 4,0]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	596	17,6	1		451	14,0	1,9**	[1,2 ; 3,0]
Professions intermédiaires	566	14,0	0,9	[0,7 ; 1,3]	889	10,4	1,6*	[1,1 ; 2,3]
Employés	208	13,4	0,9	[0,5 ; 1,5]	1 097	3,8	1	
Ouvriers	503	8,0	0,6*	[0,4 ; 0,9]	283	3,4	0,9	[0,5 ; 1,8]

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

TABLEAU IV

**Facteurs sociodémographiques associés à la pratique active de jeux d'argent parmi les 55-75 ans en 2010 (n=8118)**

	N	%	OR	IC à 95%
<b>Sexe</b>	***			
Homme (réf.)	3 431	17,6	1	
Femme	4 782	9,5	0,5***	[0,4; 0,6]
<b>Âge</b>	***			
55-64 ans (réf.)	5 017	15,2	1	
65-75 ans	3 195	10,8	0,7***	[0,6; 0,8]
<b>Diplôme</b>	***			
Inférieur au bac (réf.)	5 094	15,2	1	
Bac	1 121	9,2	0,6***	[0,5; 0,8]
Supérieur au bac	1 998	8,5	0,5***	[0,4; 0,6]
<b>Perception financière</b>	**			
À l'aise (réf.)	1 379	10,8	1	
Ça va	3 701	12,5	1,1	[0,9; 1,3]
C'est juste	2 199	15,4	1,3*	[1,0; 1,6]
Difficile/dettes	904	15,2	1,4*	[1,0; 1,8]
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	***			
Agriculteurs exploitants	297	4,4	0,3***	[0,2; 0,5]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	603	12,0	0,7	[0,5; 1,0]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 703	11,2	0,9	[0,7; 1,1]
Professions intermédiaires	2 260	13,8	1,0	[0,8; 1,2]
Employés (réf.)	2 029	12,7	1	
Ouvriers	1 257	17,8	1,0	[0,8; 1,2]

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

quotidienne d'alcool augmente à mesure que la perception de sa situation financière s'améliore chez les femmes, ce qui n'est pas le cas parmi les hommes. Toutefois, contrairement aux femmes, les hommes ayant une meilleure perception de leur situation financière ont plus fréquemment une consommation d'alcool à risque ponctuel [tableau II]. Enfin, un lien net est observé entre expérimentation de cannabis et situation financière perçue comme étant défavorable, après contrôle des effets de l'âge, du diplôme et de la PCS [tableau III]. Concernant les jeux d'argent, une situation financière difficile est également associée à une plus grande proportion de joueurs actifs [tableau IV]. Ce résultat est observé chez les hommes comme chez les femmes.

**La consommation d'alcool à risque chronique est plus fréquente dans les situations de détresse psychologique**

Le fait de fumer est associé à la détresse psychologique<sup>3</sup> chez les femmes, mais pas chez les hommes [tableau V]. Ainsi, 13,3 % des femmes de 55 à 85 ans en détresse psychologique déclarent fumer, contre 10,1 % des autres (p<0,01). Ce lien est maintenu après ajustement sur l'âge, le niveau de diplôme et la situation financière perçue. La détresse psychologique est également associée à l'usage d'alcool à risque

3. Voir définition dans l'encadré p. 54.

TABLEAU V

**Facteurs psychologiques et sociaux associés au fait de fumer  
selon le sexe parmi les 55-85 ans en 2010<sup>a</sup>**

	Hommes (N=3 963)				Femmes (N=5 862)			
	N	%	OR	IC à 95%	N	%	OR	IC à 95%
<b>Détresse psychologique</b>								
Non (réf.)	3 609	16,1	1		4 553	10,1	1	
Oui	390	19,4	1,1	[0,8 ; 1,4]	1 360	13,3	1,2*	[1,0 ; 1,5]
<b>Vit seul</b>								
Non (réf.)	2 889	15,2	1		3 084	10,7	1	
Oui	1 110	22,4	1,7***	[1,4 ; 2,0]	2 830	11,1	1,5***	[1,3 ; 1,8]
<b>Conversation ou visite au cours des huit derniers jours</b>								
Pas du tout (réf.)	797	18,1	1		724	11,1	1	
Un peu	1 939	15,4	0,9	[0,7 ; 1,1]	2 607	9,6	0,9	[0,7 ; 1,1]
Beaucoup	1 248	16,7	1,1	[0,8 ; 1,4]	2 571	12,2	1,1	[0,8 ; 1,4]
<b>Activité ou loisir au cours des huit derniers jours</b>								
Pas du tout (réf.)	1 744	18,2	1		2 585	11,9	1	
Un peu	1 483	14,5	0,8**	[0,6 ; 0,9]	2 160	9,6	0,7***	[0,6 ; 0,8]
Beaucoup	770	15,5	0,7**	[0,6 ; 0,9]	1 163	10,4	0,6***	[0,5 ; 0,8]

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

a. Les modèles sont ajustés sur l'âge, le diplôme et la perception de la situation financière.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU VI

**Facteurs psychologiques et sociaux associés à la consommation d'alcool selon le sexe  
parmi les 55-85 ans en 2010<sup>a</sup>**

	N hommes	N femmes	Alcool quotidien					
			Hommes (N=3 969)			Femmes (N=5 864)		
Détresse psychologique	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%		
Non (réf.)	3 615	4 554	39,4	1		15,4	1	
Oui	390	1 361	40,7	1,0	[0,8 ; 1,3]	16,0	1,1	[1,0 ; 1,4]
<b>Vit seul</b>								
Non (réf.)	2 894	3 084	39,3	1		17,0	1	
Oui	1 111	2 832	40,3	1,0	[0,8 ; 1,1]	13,0	0,6***	[0,5 ; 0,7]
<b>Conversation ou visite au cours des huit derniers jours</b>								
Pas du tout (réf.)	800	724	39,6	1		14,7	1	
Un peu	1 940	2 607	40,1	1,0	[0,9 ; 1,2]	15,8	1,1	[0,9 ; 1,4]
Beaucoup	1 250	2 573	38,4	0,9	[0,8 ; 1,1]	15,7	1,0	[0,8 ; 1,3]
<b>Activité ou loisir au cours des huit derniers jours</b>								
Pas du tout (réf.)	1 747	2 586	40,7	1		14,6	1	
Un peu	1 485	2 161	37,9	1,0	[0,9 ; 1,2]	15,8	1,0	[0,9 ; 1,2]
Beaucoup	771	1 163	39,7	1,1	[0,9 ; 1,3]	17,6	1,2	[1,0 ; 1,5]

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

a. Les modèles sont ajustés sur l'âge, le diplôme et la perception de la situation financière.

chronique, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes [tableau VI]. Aucun lien n'est en revanche observé entre la détresse psychologique et la consommation quotidienne d'alcool ou l'usage à risque ponctuel.

### Place des aspects relationnels : vivre seul et soutien affectif

Toutes choses égales par ailleurs, les personnes âgées de 55 à 85 ans vivant seules sont plus nombreuses à fumer que celles vivant accompagnées (OR=1,7,  $p<0,001$  parmi les hommes ; OR=1,5,  $p<0,001$  parmi les femmes) [tableau V]. En termes d'usage d'alcool, les hommes vivant seuls ne sont ni plus ni moins buveurs quotidiens que les autres. En revanche, les femmes vivant seules sont moins nombreuses à boire de l'alcool quotidiennement que les autres femmes (13,0 % vs 17,0 %,  $p<0,001$ ), ce lien persistant après ajustement sur l'âge [tableau VI].

Le fait de vivre seul n'est donc pas associé au risque chronique de consommation d'alcool, ni chez les hommes, ni chez les femmes.

Concernant l'usage de drogues illicites parmi les 55-64 ans, on observe un lien entre le fait de vivre seul et l'expérimentation de cannabis (OR=1,7 chez les hommes et chez les femmes,  $p<0,001$ ), reflétant peut-être un mode de vie spécifique pour cette génération ayant consommé du cannabis.

Au-delà de la situation d'isolement liée au fait de vivre seul, l'absence de «soutien affectif»<sup>5</sup> n'est associée ni au fait de fumer, ni à la consommation quotidienne d'alcool ou à son usage à risque chronique. Au contraire, parmi les femmes, ce soutien affectif est associé à une plus grande propor-

4. OR ajusté sur le niveau de diplôme, la situation financière perçue et la PCS.

5. Le soutien affectif est approché par la question : «Au cours des huit derniers jours, avez-vous été en contact avec des gens de votre famille ou des amis, au cours de conversations ou de visites?».

*	Consommation d'alcool à risque ponctuel						Consommation d'alcool à risque chronique					
	Hommes (N=3 942)			Femmes (N=5 839)			Hommes (N=3 942)			Femmes (N=5 839)		
	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%	%	OR	IC à 95%
22,6	1			8,9	1		16,4	1		2,7	1	
23,2	1,1	[0,8 ; 1,4]		10,0	1,1	[0,9 ; 1,4]	19,7	1,3*	[1,0 ; 1,7]	4,1	1,5*	[1,1 ; 2,1]
	*											
22,9	1			9,7	1		16,5	1		3,2	1	
21,5	1,0	[0,8 ; 1,1]		8,1	0,9	[0,7 ; 1,0]	18,0	1,1	[0,9 ; 1,3]	2,7	1,1	[0,9 ; 1,5]
	*											
20,4	1			6,5	1		16,4	1		2,8	1	
24,1	1,2*	[1,0 ; 1,5]		9,0	1,4	[1,0 ; 1,9]	16,6	1,1	[0,9 ; 1,3]	2,8	1,0	[0,6 ; 1,6]
22,0	1,1	[0,9 ; 1,4]		10,2	1,5*	[1,1 ; 2,1]	17,2	1,0	[0,8 ; 1,3]	3,4	1,0	[0,6 ; 1,6]
***	***				*							
19,0	1			7,8	1		16,4	1		2,5	1	
26,2	1,4***	[1,2 ; 1,7]		9,1	1,2	[1,0 ; 1,5]	15,3	0,8	[0,7 ; 1,0]	3,2	1,1	[0,7 ; 1,5]
25,6	1,3*	[1,1 ; 1,6]		13,0	1,5***	[1,2 ; 2,0]	20,5	1,2	[1,0 ; 1,5]	4,2	1,2	[0,8 ; 1,8]

tion de consommatrices d'alcool à risque ponctuel.

### Une consommation d'alcool associée aux activités de groupe

La participation à des activités de groupe ou de loisirs diminue le risque de fumer après contrôle des effets de structure, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Elle est en revanche associée à une plus grande fréquence d'usage d'alcool à risque ponctuel, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

### Évolution des inégalités sociales en termes de diplôme et de revenu entre 2005 et 2010

Des modélisations effectuées en 2005 et 2010 sur l'usage de tabac, la consommation régulière d'alcool et la consommation d'alcool à risque chronique, en fonction du niveau de diplôme (sans diplôme ou inférieur au bac) et du niveau de revenu par unité de consommation (UC) du foyer (premier quintile de revenu), permettent de mesurer l'évolution des liens entre les différents comportements et ces indicateurs de situation sociale défavorable parmi les

55-75 ans, après stratification sur le sexe et ajustement sur l'âge [tableau VII].

Concernant le tabagisme, un faible niveau de diplôme, qui était associé à une moindre proportion de fumeurs en 2005, n'est plus associé au tabagisme actuel parmi les hommes de 55 à 75 ans en 2010. Parmi les femmes, cette association persiste en 2010. En termes de niveau de revenu par UC, les inégalités se sont accrues entre 2005 et 2010, dans le sens d'une prévalence tabagique plus élevée parmi les plus bas revenus, chez les hommes comme chez les femmes.

Concernant l'alcool, une association entre faible niveau de diplôme et usage régulier d'alcool est observée en 2010 chez les hommes alors que ce n'était pas le cas en 2005. En revanche, chez les femmes, l'usage régulier d'alcool est associé à un niveau de diplôme plus élevé, tout comme à un niveau de revenu par UC plus important, en 2005 comme en 2010. On retrouve le lien entre un niveau d'études plus élevé et une consommation d'alcool à risque chronique chez les femmes, mais pas avec le niveau de revenu. Chez les hommes, l'usage d'alcool à risque chronique n'est associé ni au niveau de diplôme, ni au niveau de revenu, ceci étant vrai en 2005 comme en 2010.

TABLEAU VII

Odds-ratios associés à un niveau de diplôme inférieur au bac et à un revenu par unité de consommation situé dans le premier quintile, par sexe et ajustés sur l'âge en continu parmi les 55-75 ans, pour différents comportements d'usage en 2005 et 2010

	Tabagisme actuel		Alcool régulier		Alcool à risque chronique	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
<b>Hommes</b>						
Diplôme inférieur au bac	0,8*	0,9	1,1	1,2**	1,1	1,1
1 <sup>er</sup> quintile de revenu	1,1	1,3*	1,0	0,8	0,7	0,9
<b>Femmes</b>						
Diplôme inférieur au bac	0,6***	0,7***	0,7**	0,7**	0,4***	0,4***
1 <sup>er</sup> quintile de revenu	1,1	1,3*	0,8*	0,6**	0,6	1,0

\* : p<0,05; \*\* : p<0,01; \*\*\* : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes.

## DISCUSSION

Les conduites addictives chez les personnes âgées sont actuellement moins fréquentes que celles observées pour les adolescents et les adultes. Cependant, le sujet avançant en âge apparaît plus sensible aux addictions du fait d'une vulnérabilité physique, psychologique et sociale qui s'accroît avec l'âge et à laquelle s'associe une accumulation de facteurs de risque : perte d'autonomie, diminution des facultés d'adaptation, fréquence des pathologies chroniques et douloureuses, dépression, etc. Pourtant, l'addiction chez le sujet âgé est souvent minimisée et dissimulée derrière un critère lié au vieillissement considéré à tort comme le facteur déterminant [10].

La prévalence tabagique dans la population des 55-85 ans apparaît nettement inférieure à celle observée dans le reste de la population. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence, qu'ils soient communs à l'ensemble de la population ou spécifiques au genre.

La première hypothèse est celle de l'arrêt du tabagisme. Parmi les individus de 15 à 85 ans qui fumaient de manière régulière en 2005, 14,5 % ont arrêté de fumer depuis au moins six mois en 2010 (15,0 % des hommes et 13,9 % des femmes, écart non significatif). Leur arrêt se situe à un âge moyen de 41,5 ans (44,2 ans pour les hommes et 38,0 ans pour les femmes).

Par ailleurs, le tabagisme féminin ayant historiquement débuté une vingtaine d'années après le tabagisme masculin, la faible prévalence tabagique chez les femmes de plus de 65 ans correspond à des générations pour lesquelles le tabagisme, rare et limité, touchait davantage les classes socioéconomiquement favorisées. Cette deuxième hypothèse correspond donc à un effet de génération, particulièrement visible parmi les femmes.

La troisième hypothèse est celle d'une survie de la population ayant les habitudes

de vie les plus saines. Ainsi, la proportion d'hommes âgés de 75 à 85 ans n'ayant jamais fumé est plus importante que parmi les 65-74 ans. Une mortalité ou une morbidité accrues parmi ceux qui fumaient ou avaient fumé doit être évoquée. La mortalité à 70 ans dépend du tabagisme des cinquante dernières années [11]. Du fait d'un tabagisme plus élevé chez les «jeunes» femmes actuelles, le risque de décès par cancer du poumon s'accroît fortement dans cette population qui constitue celle des «futures» femmes âgées.

Bien qu'en baisse sur les dix dernières années, la consommation d'alcool apparaît toujours ancrée dans la vie quotidienne des seniors. En effet, les individus de 55 à 85 ans sont les plus nombreux à boire de l'alcool quotidiennement, et la prévalence de la consommation à risque chronique atteint un niveau similaire à celle estimée parmi les moins de 55 ans, qui concerne un peu moins d'une personne sur dix.

Face à une consommation excessive d'alcool, les conséquences pour les personnes âgées peuvent être graves. En effet, le risque de chutes, d'accidents sur la voie publique avec une probabilité de handicap ou de décès est plus fort que chez les plus jeunes. Il en est de même pour l'aggravation des symptômes physiques chroniques (troubles gastro-intestinaux, incontinence, insomnie), pour le risque accru de développer des cancers, pour la diminution ou l'augmentation des effets de certains médicaments et pour la difficulté à gérer le quotidien. Enfin, comme pour les plus jeunes, la consommation abusive d'alcool est un facteur d'isolement social [12].

Les individus de plus de 55 ans ont des usages de tabac ou d'alcool qui varient selon le sexe. Globalement, les femmes dont le niveau social est le plus élevé sont les plus nombreuses à consommer de l'alcool quoti-

diennement ou à avoir déjà fumé, alors que les ouvriers ou les hommes faiblement diplômés semblent plus souvent adopter des comportements défavorables à leur santé. Ces comportements de santé différenciés selon le statut social constituent un des maillons de la « chaîne de causes » ayant pour conséquences une espérance de vie plus courte chez les ouvriers que chez les catégories supérieures, et davantage d'années d'incapacité [13, 14]. Les différences sociales liées au genre en termes de consommation d'alcool chez les seniors avaient déjà été relevées en 2005 sur l'ensemble de la population [15]. La perception d'une situation financière dégradée apparaît également fortement associée à l'usage de tabac ou à la pratique de jeux d'argent, et ce quel que soit le sexe, mais le lien avec les consommations d'alcool apparaît plus contrasté. L'usage d'alcool à risque chronique est en revanche associé à la détresse psychologique. En termes d'environnement social, le fait de vivre seul semble favoriser le tabagisme. La participation à des activités de groupe ou de loisirs semble au contraire protéger d'un tel comportement.

À propos du jeu pathologique, peu de données existent à ce jour sur ce type d'addictions comportementales des seniors et des sujets plus âgés. Dans notre travail, les 55-64 ans sont parmi les joueurs les plus actifs de l'ensemble de la population. Cela concorde avec plusieurs études ayant montré que les seniors jouaient de plus en plus aux jeux de hasard et d'argent, et que la proportion de joueurs pathologiques, notamment parmi les femmes, augmentait dans cette tranche d'âge [5]. Comme chez les plus jeunes, le jeu pathologique s'associe souvent à des troubles somatiques, psychologiques et sociaux. Dans le Baromètre santé 2010, le faible effectif de joueurs problématiques sur cette tranche d'âge (moins de 1 % des seniors) ne nous permet pas de les caractériser avec précision. Pourtant, les

personnes âgées sont considérées comme un groupe à risque. Elles possèdent en effet un certain nombre de prédispositions aux jeux d'argent : temps libre, revenus corrects, isolement social, accessibilité aux casinos [5]. Par ailleurs, un lien entre le jeu pathologique et la consommation d'alcool existe en population générale, et devrait être retrouvé parmi les consommateurs d'alcool de cette tranche d'âge.

Le poids des représentations et celui des parcours de vie sont des déterminants des conduites addictives des personnes âgées. Certaines études ont montré des liens forts entre les addictions aux substances psychoactives et les situations de stress ou même la dépression [16]. Nos données mettent en évidence un lien entre détresse psychologique et perception de sa situation financière. Parmi les 55-85 ans qui se sentent « à l'aise » financièrement, 11,8 % sont en détresse psychologique. Ce chiffre est de 12,7 % pour ceux qui considèrent que « ça va », de 21,3 % pour ceux qui considèrent que « c'est juste » et de 31,1 % pour ceux qui considèrent que leur situation est difficile. Ces résultats mettent donc en évidence les liens existant entre santé mentale, perception financière et consommations de substances psychoactives.

Les données du Baromètre santé 2010 montrent qu'une moindre consommation de substances psychoactives est souvent corrélée aux meilleures situations de vie au niveau physique, psychique et social. Les dérives addictives peuvent en partie être expliquées par des vulnérabilités spécifiques à l'âge. Il s'agit de vulnérabilités physiologiques, sociodémographiques (inégalités des sexes face aux addictions au cours de la vie, isolement social) mais aussi de vulnérabilités psychologiques et cognitives (rôle social, estime de soi, capacité à agir et à s'adapter...).

D'après la littérature, trois facteurs de vulnérabilité sont essentiels à identifier et à

surveiller pour permettre un repérage et une prise en charge adaptée aux seniors :

- la perte d'autonomie et la diminution des facultés d'adaptation physique et psychologique ;
- la présence simultanée de pathologies physiques limitantes et invalidantes dans la vie de tous les jours ;
- la solitude et l'isolement relatifs aux événements de vie douloureux [6].

Pour les seniors et les personnes plus âgées, une promotion des comportements favorisant un vieillissement en bonne santé garde tout son intérêt. Des actions prenant en compte les déterminants individuels,

les déterminants sociaux et les déterminants environnementaux contribueraient à renforcer l'espérance de vie sans incapacité et donc à favoriser une meilleure qualité de vie. Encore peu développée<sup>6</sup>, la lutte contre les consommations addictives chez les seniors constitue pourtant un enjeu de santé publique à considérer, du fait notamment de l'évolution démographique et donc du vieillissement de la population.

6. Certaines thérapies cognitivo-comportementales ont cependant fait preuve d'efficacité auprès des sujets âgés de plus de 65 ans, notamment pour le sevrage tabagique [6].

## Relecteur

Pierre Buttet

## Bibliographie

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. *Maladies non transmissibles : profils des pays 2011*. [site internet] En ligne : [www.who.int/nmh/countries/fr/index.html](http://www.who.int/nmh/countries/fr/index.html) [dernière consultation : 29/01/2013]
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. OMS: Genève, 2010 : 42 p. En ligne : [www.who.int/publications/list/9789241597418/fr/index.html](http://www.who.int/publications/list/9789241597418/fr/index.html) [29/01/2013]
- [3] Menecier P., Fernandez L. « Pratiques addictives dans la vieillesse ». *La Presse Médicale*, Décembre 2012, tome 41, n° 12 : p. 1226-1232.
- [4] Fernandez L., Finkelstein-Rossi J., Fantini-Hauwel C., Combaluzier S., Hamraoui M., Bellego M. « Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées ». *Alcoologie et addictologie*, 2010, vol. 32, n° 4 : p. 279-289.
- [5] Grall-Bronnec M. « Et si le jeu pathologique affectait aussi les seniors ? » *Alcoologie et addictologie*, 2009, vol. 31, n° 1 : p. 51-56.
- [6] Guillou-Landreat M., Grall-Bronnec M., Venisse J.-L. « Usage des substances psychoactives chez les personnes âgées : abus et dépendance ». *Revue de Gériatrie*, juin 2011, vol. 36, n° 6 : p. 369-379.
- [7] Beck F., Guignard R., Richard J.B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé 2010 ». *BEH*, 31 mai 2011, n° 20-21 : p. 230-233. En ligne : [www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-20-21-2011](http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-20-21-2011) [18/11/2013]
- [8] Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. « The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) : an effective brief screening test for problem drinking ». *Bradley Archives of Internal Medicine*, 1998, vol. 158, n° 16 : p. 1789-1795.
- [9] Ferris J., Wynne H. *L'indice canadien du jeu excessif : rapport final*. Ottawa : Centre Canadien de Lutte Contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies, 2001 : 72 p. En ligne : [www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-010082-2001.pdf](http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-010082-2001.pdf) [29/01/2013]
- [10] Nubukpo P., Laot L., Clément J.-P. « Les conduites addictives de la personne âgée ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, Septembre 2012, vol. 10, n° 3 : p. 315-324. En ligne : [www.jle.com/fr/revues/medecine/gpn/e-docs/00/04/79/90/article.phtml](http://www.jle.com/fr/revues/medecine/gpn/e-docs/00/04/79/90/article.phtml) [18/11/2013]
- [11] Hill C., Jouglé E., Beck F. « Le point sur l'épidémie de cancers du poumon dus au tabagisme ». *BEH*, 25 mai 2010, n° 19-20 : p. 210-213. En ligne : [www.invs.sante.fr/beh/2010/19\\_20/index.htm](http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/index.htm) [18/11/2013]
- [12] Fink A., Lecallier D. « Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior ». *Alcoologie et addictologie*, 2009, vol. 31, n° 3 : p. 225-234.
- [13] Cambois E., Robine J. « Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans ». *BEH*, 8 mars 2011, n° 8-9 : p. 82-86. En ligne : [www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-08-09-2011](http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-08-09-2011) [18/11/2013]
- [14] Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. « L'influence à long terme du milieu social d'origine et du tabagisme des parents sur le tabagisme en France : les résultats de l'enquête

santé et protection sociale 2006 ». *BEH*, 8 mars 2011, n° 8-9 : p. 96-98. En ligne : [www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-08-09-2011](http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-08-09-2011) [18/11/2013]

- [15] Beck F., Legleye S., Maillochon F., de Peretti G. « Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives ». *Médecine/science*, janvier 2010, vol. 26, n° 1 : p. 95-97.

- [16] Kessler R., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K., *et al.* "The Epidemiology of Major Depressive Disorder, Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)". *JAMA*, 18 juin 2003, vol. 289, n° 23 : p. 3095-3105. En ligne : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196765> [18/11/2013]