

Stéphanie Pin,
sociologue,
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES),
à Saint-Denis
(France).

En présentant les résultats de l'enquête française Baromètre santé sur la consommation d'alcool et de tabac chez les 55-75 ans, Stéphanie Pin souligne la nécessité d'actions de prévention envers cette population. (réd.)

Consommation de tabac et d'alcool des personnes âgées en France

Etudier les consommations de tabac, d'alcool et de médicaments des personnes âgées peut sembler à première vue anecdotique au regard des priorités actuelles de santé publique tant du point de vue des dépendances que de la santé des personnes âgées. En France comme dans la plupart des pays occidentaux, la priorité en matière de prévention des dépendances est portée sur les populations jeunes, afin d'empêcher ou de retarder l'initiation et de contrer ainsi au plus tôt, avant que la dépendance ne s'installe et que l'arrêt soit rendu plus difficile, les effets dévastateurs des substances psychoactives.

Du point de vue de la santé des personnes âgées, et malgré l'importance du tabac et de l'alcool dans la survenue de bon nombre de maladies chroniques survenant à un âge avancé, en France et aux USA, l'intérêt s'est porté principalement sur la promotion de comportements favorables à la santé globale ou sur la prévention secondaire d'incapacités: l'activité physique régulière, une alimentation équilibrée, un contrôle de la médica-

tion, et une réduction des risques liés à l'environnement sont les principales mesures de prévention en direction de cette population. A ces mesures s'ajoutent la promotion de la vaccination contre la grippe et quelques autres maladies infectieuses, ainsi que, depuis peu de temps, la réduction des suicides et la lutte contre la maltraitance. Le tabac, et plus rarement l'alcool, sont pourtant mentionnés dans les guides de bonnes pratiques et les recommandations en matière de prévention à destination des personnes âgées (cf. par exemple IUHPE, 1999; OMS, 2002), mais font l'objet d'actions plus éparses, principalement aux USA, et d'un intérêt plus limité que les autres mesures.

Ces orientations ne peuvent pas simplement s'expliquer par des critères épidémiologiques. La plupart des revues systématiques et des méta-analyses placent en effet l'arrêt du tabac sur le même plan que l'activité physique en termes de réduction du risque, d'incapacité et d'augmentation des chances de retrouver une bonne santé fonctionnelle et une bonne mobilité (OMS, 2002; Nusselder et al, 2000; Stuck, 1999; Surgeon

General, 1997). Le faible intérêt pour la question du tabagisme durant la vieillesse est également dû à une certaine conception du vieillissement et de la prévention de la santé durant la vieillesse.

La question sous-jacente est en effet de savoir s'il est pertinent de proposer des conseils d'arrêt du tabac ou de réduction de la consommation d'alcool à une population peu nombreuse, qui a adopté ces comportements depuis longtemps et dont l'espérance de vie est de toute façon fortement réduite: la cigarette et le verre de vin ne sont-ils pas, comme le soulignent certains auteurs (Maxwell, 1993), le dernier plaisir des personnes âgées? Cette dernière interrogation, rarement formulée, soulève deux autres questions: premièrement, cela signifie-t-il qu'il existe des comportements favorables à la santé ou néfastes qui soient spécifiques à un groupe d'âge et, si oui, quels sont les critères permettant de déterminer la pertinence des mesures de prévention adoptées? Deuxièmement, quels sont les bénéfices attendus des actions de prévention à destination des personnes âgées et quelles sont les mesures efficaces permettant d'atteindre ces bénéfices?

Cet article n'a bien entendu pas l'ambition de répondre à ces problèmes qui dépassent largement la population spécifique des personnes âgées et nécessiteraient un travail approfondi.

Il se propose plus modestement d'ébaucher un cadre à ces réflexions en fournissant quelques données, principalement françaises, sur la consommation de tabac, d'alcool et de médicaments de personnes âgées de 55 à 75 ans.

Sources de données

Cette communication s'appuiera essentiellement sur des données issues du Baromètre santé 2000. Cette enquête, répétée depuis 1992, permet de suivre les évolutions des opinions, des comportements et de certains indicateurs de santé; plusieurs thèmes sont abordés dans un questionnaire d'une trentaine de minutes environ (tabac, alcool, drogues illicites, accidents de la

vie courante, qualité de vie, etc.). Réalisée par téléphone, l'enquête a porté en 1999 sur un échantillon de 13 685 personnes de 12 à 75 ans, vivant à leur domicile, résidant en France métropolitaine et parlant français¹.

Source importante d'informations sur les comportements des personnes âgées, le Baromètre santé présente toutefois quelques limites pour étudier cette thématique. Les personnes de plus de 75 ans ne sont pas interrogées: cette population comporte en effet un pourcentage plus important de personnes fragilisées, souffrant de troubles sensoriels (et notamment de troubles de l'audition) ou de troubles cognitifs rendant difficile la participation à une enquête téléphonique de cette durée. De la même façon, les personnes résidant en institution sont exclues de l'étude. Si le Baromètre santé permet d'avoir un aperçu des comportements des personnes âgées vivant à leur domicile et autonomes, la population concernée par l'enquête n'est pas forcément représentative de l'ensemble des personnes âgées.

Pour cette communication, nous avons retenu une définition très élargie de la population âgée en nous intéressant aux personnes entre 55 et 75 ans (N = 3 344 dans le Baromètre santé 2000). Cette limite inférieure est parfois retenue dans les programmes de prévention en direction des personnes âgées dans une perspective de prévention primaire des incapacités et une promotion de stratégies d'adaptation à la retraite. Par ailleurs, en élargissant la population étudiée, nous pouvons comparer des seniors encore insérés dans la vie active, plus jeunes, à des seniors plus âgés et peut-être plus fragilisés sur le plan de leur santé.

En sus des résultats issus du Baromètre santé, nous aurons recours ponctuellement à d'autres sources de données françaises. Malgré un intérêt relatif des chercheurs et des acteurs en santé publique pour la consommation de produits psychoactifs chez les personnes âgées, il existe toutefois une littérature anglophone de plus en plus fournie sur le sujet qui sera évoquée

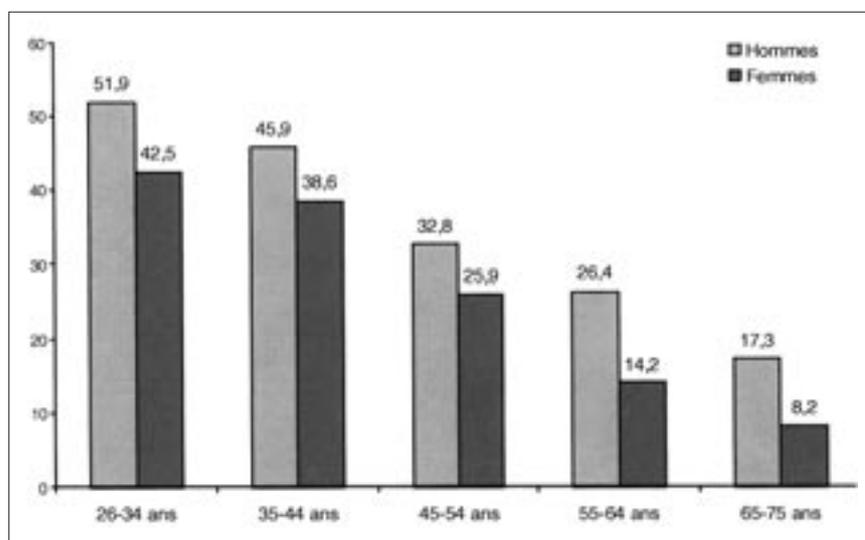
tout au long du texte pour éclairer et élargir le propos.

Spécificités de la population âgée

Une prévalence de tabac plus faible chez les plus âgés...

Les données du Baromètre santé 2000 mettent en évidence une diminution de la prévalence du tabagisme avec l'âge: alors que l'on compte 37 % de fumeurs et 28% de fumeuses chez les 26-75 ans, ils ne sont plus respectivement que 26% et 14% entre 55 et 64 ans et 17% et 8% entre 65 et 75 ans (Oddoux et al, 2001; Pin, 2004). Cette diminution est plus flagrante chez les femmes que chez les hommes, ce qui accentue la différence de prévalence entre les sexes: après 65 ans, on comp-

Graphique 1: Pourcentage de fumeurs selon l'âge et le sexe



Source: Oddoux et al, 2001

te ainsi deux fois plus de fumeurs que de femmes fumeuses (Graphique 1). Ces deux constats – diminution du tabagisme avec l'âge et faible prévalence du tabagisme chez les femmes âgées – se retrouvent dans d'autres pays européens, ainsi qu'en Amérique du Nord (Pampel et al, 2003; Husten et al, 1997). Des données transversales, comme celles fournies par le Baromètre santé, ne permettent pas de fournir d'explication à ce constat, mais plusieurs hypothèses sont fréquemment évoquées dans la littérature.

Cette faible proportion de fumeurs peut s'expliquer d'abord par le peu de

diffusion de ce comportement dans les générations les plus anciennes. D'abord réservé aux couches aisées de la population, le tabac s'est généralisé après la Première Guerre mondiale aux Etats-Unis et après la Seconde Guerre mondiale en Europe du Nord et en France. Les populations âgées font partie des générations encore épargnées par le tabac. Ce faible pourcentage de fumeurs dans la population âgée est également à rapporter au taux important de mortalité parmi les fumeurs âgés de 50 à 60 ans: les fumeurs âgés au moment de l'enquête pourraient ainsi être considérés comme des «survivants». Une autre explication peut être donnée en comparant le taux d'anciens fumeurs aux différentes périodes de la vie: la prévalen-

ce d'anciens fumeurs est ainsi plus élevée chez les personnes âgées que parmi les autres groupes d'âge. Le tabac pourrait ainsi être considéré comme un comportement de «population jeune». Les données manquent toutefois à ce jour pour vérifier la pertinence de ces trois hypothèses, même si les auteurs tendent à privilégier la seconde (Pampel et al, 2003; Nusselder et al, 2000; Husten et al, 1997).

Si la prévalence de tabagisme est faible dans la population âgée en comparaison d'autres groupes d'âge, il faut noter toutefois une forte proportion d'anciens fumeurs (réguliers ou occa-

sionnels): en prenant en compte à la fois les fumeurs et les anciens fumeurs, la consommation de tabac concerne ainsi près de six personnes sur dix au-delà de 55 ans.

Par ailleurs, si l'on considère les personnes ayant fumé ou déclarant fumer actuellement, l'âge de leur première cigarette se situe, pour une majorité d'entre elles, entre 15 et 20 ans (moyenne: 18 ans). Pour cette population âgée, la durée de consommation du tabac est longue, tant pour les fumeurs actuels (moyenne: 44 ans) que pour les anciens fumeurs (moyenne: 23 ans). Cependant, pour plus des deux tiers des anciens fumeurs, leur arrêt du tabac s'est déroulé plus de 10 ans avant l'enquête (Tableau 1).

personnes âgées est le vin dont la consommation augmente de façon presque linéaire avec l'âge. Les quantités consommées par la population âgée sont inférieures à celles bues par les plus jeunes: chez les 65-75 ans, le nombre moyen de verres bus la veille au cours de la dernière semaine est de 2,6 pour les hommes et de 1,5 pour les femmes (contre 3,2 pour les hommes et 1,6 chez les femmes de 55-64 ans)(voir graphique 3, page 27).

Ces quelques données confirment la place importante de l'alcool, et plus spécifiquement du vin, dans la culture française de ces générations. Si l'on tente d'examiner plus en profondeur les comportements à risque en matière de consommation d'alcool dans ces

générations, on doit prendre en considération à la fois la consommation régulière et excessive d'alcool et l'ivresse, occasionnelle ou non. Le premier comportement peut conduire à une dépendance, physique ou psychique, et être à l'origine de nombreuses maladies dégénératives (cancers, maladies cardiovasculaires) (Mizrahi et Mizrahi, 2003). Un peu moins du tiers des hommes et 6,6% des femmes de 60 à 75 ans déclarent avoir bu respectivement plus de 3 et 2 verres la veille de l'interview, dépassant ainsi les recommandations en matière de consommation quotidienne d'alcool (Perrin-Escalon et al, 2004). L'ivresse, quant à elle, cause directe d'accident de la route, de violence, de difficultés, concerne moins la population âgée que les jeunes adultes: la prévalence d'ivresses, occasionnelles ou répétées, décroît ainsi progressivement selon l'âge (Legleye et al, 2001).

La prévalence de l'alcoolisme chez les sujets âgés est mal estimée en France, mais des études américaines font état de prévalences élevées (jusqu'à 50%) parmi les patients âgés hospitalisés ou consultants (Michaud et Lécallier, 2003). Ces données doivent être considérées avec prudence. En effet, la consommation d'alcool est nettement plus répandue en France qu'aux Etats-Unis où la part de non-consommateurs est très élevée.

Tableau 1: Âge moyen de la première cigarette, durée de la consommation de tabac chez les fumeurs et les anciens fumeurs; durée de l'arrêt chez les anciens fumeurs (Base: 55-75 ans)

	Fumeurs actuels	Anciens fumeurs
Age moyen de la première cigarette (écart-type)	18,7 (17,1-19,4)	17,9 (17,6-18,2)
Durée moyenne de la consommation (écart-type)	43,9 (43,1-44,7)	23,0 (22,1-23,8)
Durée de l'arrêt (%)		
Inférieure ou égale à 10 ans		23,5
Supérieure à 10 ans		76,5

Source : Pin, 2004

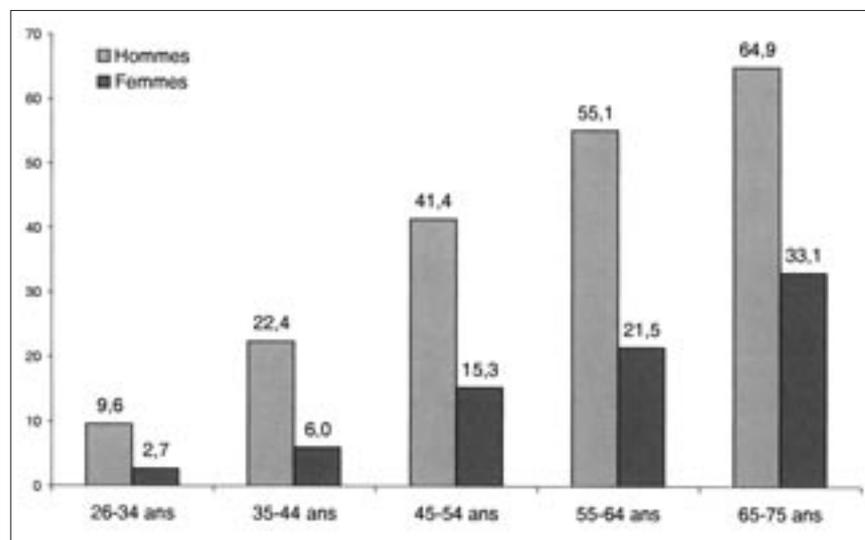
... mais une consommation d'alcool plus importante

La situation pour la consommation d'alcool est assez différente de celle du tabac tout en révélant également des spécificités marquées de la population âgée par rapport aux populations plus jeunes.

Contrairement à la prévalence du tabagisme, la consommation régulière d'alcool tend en effet à augmenter avec l'âge pour atteindre un pic chez les 65-75 ans (Legleye et al, 2001): 65% des hommes et 33% des femmes dans cette tranche d'âge déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par jour, alors qu'ils ne sont respectivement que 55% et 22% à déclarer la même chose entre 55 et 64 ans (Graphique 2).

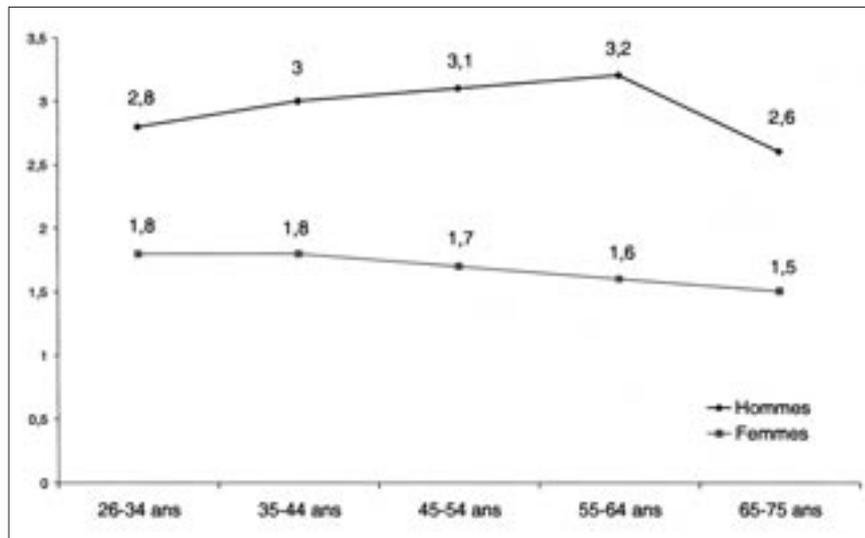
La boisson la plus consommée par les

Graphique 2: Pourcentage de personnes déclarant avoir consommé de l'alcool au moins une fois par jour au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge



Source : Legleye et al, 2001

Graphique 3: Nombre moyen de verres bus la veille au cours de la dernière semaine, selon l'âge et le sexe



Source : Legleye et al, 2001

Et les autres substances «psychoactives»?

La consommation de drogues illicites est anecdotique au-delà de 45 ans. Ainsi, seuls 4% des hommes et 1% des femmes entre 65 et 75 ans déclarent avoir essayé du cannabis, alors que 39% des 15-34 ans déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie (Beck et al, 2001a).

Par contre, la prise de médicaments est un problème de santé publique important dans la population âgée qui fait l'objet de nombreuses actions de sensibilisation et d'information auprès des personnes elles-mêmes et des professionnels de santé concernés. Avec l'âge en effet, les maladies chroniques sont plus fréquentes et il n'est pas rare qu'une personne présente plusieurs maladies chroniques en même temps, ce qui contribue, entre autres facteurs, à l'allongement des ordonnances chez les personnes âgées.

Selon les données de l'enquête Santé et protection sociale (Auvray et Sermet, 2002), en 2000, 67% des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent avoir acheté au moins une fois un médicament dans le mois qui précède l'enquête (contre 35% des moins de 65 ans). Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez

les hommes et augmente avec l'âge. La polymédication est la principale caractéristique de la consommation de médicaments chez les personnes âgées, et la plus dangereuse également. On compte en moyenne 3,6 médicaments par jour et par personne âgée de 65 ans et plus. Elle passe de 3,3 médicaments différents par jour chez les 65-74 ans, à 4,0 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus (Auvray et Sermet, 2002).

Boire et fumer: un cumul de désavantages

La littérature et les analyses préliminaires réalisées au moyen des données du Baromètre santé permettent enfin d'établir des profils de consommateurs âgés et d'identifier les facteurs associés à la consommation de l'un ou de l'autre des produits considérés (Beck et al, 2001b; Dannefer, 2003). Ainsi, chez des personnes âgées de 55 à 75 ans, la consommation de tabac semble augmenter dans les milieux défavorisés, chez les personnes célibataires et présentant un surpoids ou une obésité (Pin, 2004). De plus, on constate une corrélation marquée entre le tabagisme et un faible niveau d'activité physique, un risque accru de problèmes de santé et d'incapacités (Stuck et al, 1999; Husten et al, 1997;

LaCroix et al, 1993).

De la même façon, on peut distinguer deux formes d'alcoolisme chez les personnes âgées (Michaud et Lécallier, 2003; Alcoweb, 2003):

- celle qui a commencé précocement, avant 60 ou 65 ans, et qui se pérennise;
- celle qui a commencé tardivement, à l'occasion de la retraite ou d'un autre événement majeur (deuil du conjoint, institutionnalisation, etc.): on estime que cette forme d'alcoolodépendance concerne entre 30 à 50% des cas de dépendance à l'alcool chez les personnes âgées; elle se caractérise par de plus faibles niveaux de consommation, une moindre intensité de la dépendance et une plus grande fréquence de déni (Michaud et Lécallier, 2003).

Enfin, à l'instar de Beck et al (2001b) qui analysent les relations entre différents types de consommation (tabac, alcool et médicaments psychotropes), il est possible de dessiner plusieurs profils de vieillards qui tendent à cumuler les facteurs de risque:

- le groupe le plus important (63% des 60-75 ans) se caractérise par un usage quotidien mais modéré d'alcool, et un usage restreint des autres produits, ce qui révèle sans doute un effet générationnel associant l'alcool à un produit alimentaire courant;
- un second groupe, très masculin, (11% des seniors) présente une consommation d'alcool élevée, avec une consommation actuelle ou ancienne de la cigarette et un recours extrêmement rare aux médicaments;
- la consommation conjointe de tabac et d'alcool, en grandes quantités, concerne 6% des personnes de 60 à 75 ans, en majorité des hommes;
- les femmes sont par contre majoritaires dans les deux autres groupes qui sont marqués par une forte consommation de médicaments psychotropes (tranquillisants et/ou antidépresseurs) et un usage modéré de tabac et d'alcool.

Quelles perspectives pour la prévention?

La consommation de tabac, d'alcool et de médicaments n'est pas anodine chez les seniors. Quelques données de cadrage suffisent à souligner l'intérêt et l'importance, à différents niveaux, de la question des dépendances dans cette population.

Pour le chercheur, une étude approfondie des modes et des types de consommation des personnes âgées aide à mieux cerner l'évolution des comportements de santé tout au long du parcours de vie et à identifier les facteurs facilitant ou entravant les changements de comportements. L'analyse des effets distincts de l'âge et de la génération pourrait être ainsi un axe de travail prometteur. Il apparaît comme nécessaire toutefois de disposer de données longitudinales et d'études incluant également des personnes très âgées ou fragiles.

Pour l'acteur en santé publique, différents profils de personnes âgées se dégagent qui permettent de mieux cibler les actions de prévention ou de promotion de la santé à mettre en place: des actions de prévention des dépendances dans la population âgée mériteraient ainsi de cibler prioritairement des hommes, polyconsommateurs et affectés dans leur état de santé.

Enfin, pour le politique ou le décideur,

l'investissement dans la prévention des dépendances chez les personnes âgées semble une stratégie efficace et efficiente pour réduire les coûts de santé sur le moyen et le long terme et améliorer la qualité de vie de cette population. Même si les personnes âgées semblent actuellement peu confrontées par le tabagisme et si l'on peut penser que leur consommation élevée d'alcool est un phénomène générationnel, reconnaître ces dépendances comme un enjeu de santé publique est sans doute une façon de changer le regard sur ces consommations et de promouvoir plus globalement une attitude protectrice à l'égard de sa santé tout au long de sa vie.

Toutefois, il convient de ne pas négliger les problèmes éthiques qui peuvent surgir au détour d'une action de prévention en direction de personnes âgées: l'arrêt du tabac est peut-être un problème secondaire quand la personne est isolée, dénutrie ou à risque de dénutrition et dépressive. Il est également absolument nécessaire d'envisager la santé dans sa globalité: l'évaluation globale de la personne assortie à des conseils et à des actions de prévention multifactorielles et pluridisciplinaires est, à ce jour, la stratégie de prévention la plus efficace pour prévenir les incapacités et améliorer la qualité de vie des personnes âgées (cf. par exemple: Bourdessol et Pin, 2005).

Notes

1) Pour une présentation plus complète de la méthodologie de l'enquête, voir Guilbert et al. (2001).

Pour aller plus loin

Alcoolisme, tabagisme et autres dépendances, *Gérontologie et société*, n°105, 2003, 204p.

Center of Social Gerontology, *Bibliography of Tobacco and the Elderly Articles*, 1997.

Disponible au lien suivant (Dernière connexion: 31/08/2005):

<http://www.tcsg.org/tobacco/biblio.htm>

Santé Canada, *Meilleures pratiques : traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et autres drogues*, 2003. Disponible au lien suivant (dernière connexion : 31/08/05) : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/treat_senior-trait_ainee/index_f.html.

Références

La liste des références peut être commandée à l'ISPA:

021 321 29 85

e-mail: dayer@sfa-ispa