

Pr Lydia Fernandez*, Mme Jacqueline Finkelstein-Rossi**, Mme Carole Fantini-Hauwel***, M. Serge Combaluzier****, Mlle Mounia Hamraoui*, M. Maxime Bellego**

* Professeur en psychopathologie, Faculté de philosophie et de sciences humaines et sociales, Université de Picardie Jules Verne, Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cedex 1. PsyCLé, Université de Provence-Aix-Marseille I. Courriel : lydia.fernandez@u-picardie.fr

** Maître de conférences en psychologie clinique, Laboratoire CLEA, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France

*** Maître de conférences en psychologie clinique et en psychopathologie, PsyCLé, Université de Provence-Aix Marseille I, France

**** Maître de conférences en psychologie clinique, Laboratoire Psy-NCA, Université de Rouen, Mont-Saint-Aignan, France

• Psychologue clinicienne, Doctorante, Université de Picardie ; ** Psychologue clinicien, Doctorant, PsyCLé, Université de Provence

Reçu avril 2010, accepté octobre 2010

Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées

Résumé

Les auteurs rappellent les données de la littérature sur les addictions les plus fréquemment rencontrées chez les sujets âgés (tabac, alcool, médicaments) et les interactions stress-addictions. Plusieurs hypothèses émergent, mettant en évidence, d'une part, l'association tabagisme-médicaments et l'influence des facteurs physiologiques sur la forte consommation de médicaments chez les seniors et, d'autre part, l'influence des facteurs environnementaux ou familiaux liés aux lieux et aux conditions de vie sur le stress chez les fumeurs seniors. Les auteurs présentent ensuite une étude visant à vérifier si les fumeurs seniors institutionnalisés (I) sont plus stressés que ceux non institutionnalisés (NI), et si les fumeurs seniors I sont autant dépendants des médicaments que ceux NI. Méthodologie : les données ont été collectées auprès de 50 sujets âgés fumeurs I et NI par questionnaires (TDPC, test de Fagerström, AUDIT, QCA, échelle de stress). Des entretiens cliniques ont également été réalisés. Résultats : les données montrent que les fumeurs seniors I et NI présentent une forte dépendance à la nicotine et une forte dépendance psychologique et comportementale au tabac, ainsi qu'une forte addiction aux médicaments. Les fumeurs seniors I sont caractérisés par des niveaux de stress psychique, physique, psychophysologique et temporel plus élevés que les fumeurs seniors NI.

Mots-clés

Senior – Tabac – Alcool – Médicament – Stress – Lieu de vie.

Summary

Tobacco smoking in the elderly: stress and other addictions

The authors set out the literature data on the most frequent addictions observed in the elderly (tobacco, alcohol and prescription drugs) and interactions between stress and addictions. Several hypotheses will emerge come to light: the association smoking-prescription drugs and the influence of physiological factors on the high consumption of prescription drugs in the elderly; the influence of environmental or family factors related places and conditions of life on stress in elderly smokers. Then, the authors present a study to verify if the institutionalized (I) senior smokers are more subject to stress than those not institutionalized (NI), and if the I senior smokers are so dependent on medicines as those NI. Method: questionnaires (TDPC, Fagerström, AUDIT, QCA, stress scale) were administered to 50 French I and NI elderly smokers living in their own home or in a nursing home. Clinical interviews were also conducted. Results: I and NI elderly smokers present a heavy nicotine dependence, psychological tobacco dependence and medication addiction. I elderly smokers are characterized by levels of psychological, physical, psychophysiological and time-related stress, higher than NI elderly smokers.

Key words

Elderly smoker – Tobacco – Alcohol – Prescription Drug – Stress – Living arrangement.

La question des addictions chez les seniors, très peu abordée, est plus ou moins taboue. En France, aucune campagne n'a vraiment ciblé jusqu'à maintenant cette population particulière des seniors consommateurs de

substances licites, à la différence des pays anglo-saxons. Les fumeurs seniors constituent un groupe de fumeurs âgés survivants, c'est-à-dire qui ont survécu à des décennies de tabagisme, ou de fumeurs âgés tardifs qui ont commencé

à fumer en raison de la survenue d'événements négatifs et stressants (deuil, isolement social, rupture conjugale, retraite par exemple). Les substances psychoactives consommées régulièrement par les personnes entre 60 et 75 ans sont l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs). Ce phénomène longtemps négligé intéresse aujourd'hui les professionnels de santé qui rencontrent les seniors à l'occasion de problèmes physiques, psychologiques et sociaux. L'objectif est de pouvoir repérer plus tôt ces addictions – notamment quand elles sont tardives, c'est-à-dire quand elles ne sont pas la poursuite de conduites amorcées antérieurement – avec des outils adaptés qui font défaut pour l'instant, afin de proposer une prise en charge efficace (médicamenteuse, psychologique, sociale et environnementale). Cette prise en charge est la meilleure manière de prévenir les conséquences et les complications qui, à cette période de la vie, s'avèrent préjudiciables sur les plans physique (pathologies diverses), cognitif (baisse des capacités cognitives) et psychiatrique (dépression par exemple) (1).

Stress, tabagisme et addictions associées chez les seniors

Dans la littérature internationale, de nombreuses études (2-6) montrent qu'il existe une relation entre les stress et les addictions aux substances psychoactives chez les seniors (tabac, alcool, café, médicaments psychotropes par exemple). Par ailleurs, on sait que la confrontation à des situations stressantes et l'impact subjectif du stress (stress perçu) entraînent l'augmentation de la consommation de cigarettes chez les fumeurs (7), ainsi que la consommation d'autres substances associées au tabac (alcool, café par exemple), et entretiendraient le tabagisme (8). Et les seniors ne sont pas épargnés par les différents types de stress :

- stress au niveau individuel : maladies chroniques, handicaps sévères nécessitant interventions et traitements (stress médical ou physique). Il existe de nombreuses sources de stress (psychologique) tout au cours de la vie (événements de vie par exemple) qui ont pu contribuer à la genèse de troubles somatiques et psychiatriques ultérieurs (effets nocifs du stress sur la santé somatique et mentale, stress psychophysiologique) ;
- stress au niveau familial : relations familiales perturbantes, conflictuelles, maladie grave de l'un des parents ou d'un enfant, départ (séparation ou décès) ;
- stress associé aux conditions de vie et à l'environnement social (stresseurs chroniques : bruit, pauvreté, promi-

cuité, pollution, accès difficile à des soins, etc. ; stresseurs aigus : agression, guerres, épidémie, etc.) ;
- stress relatif à l'avancée en âge (stress temporel).

Addictions chez les seniors : tabac, alcool et médicaments

Tabac

En France en 2004, chez les seniors âgés de 65 à 75 ans, la prévalence tabagique était de 12,7 % chez les hommes (17,3 % en 1999 ; 18,4 % en 2001) et de 7 % chez les femmes (8,3 % en 1999 ; 9,2 % en 2001) (9) (tableau I). Les personnes entre 60 et 75 ans continuent à fumer régulièrement même si l'on observe une baisse de la prévalence tabagique déclarée par rapport à 1999 pour les fumeurs hommes et femmes entre 65 à 75 ans. Parmi les 5,5 % de la population des sujets âgés dépendante du tabac, la majorité sont des hommes (six fois sur dix). La consommation quotidienne est en moyenne de 20 cigarettes par jour, et la plupart des individus (84 %) présentent des signes de dépendance au tabac. Ces seniors se distinguent aussi par une consommation d'alcool relativement élevée : ils boivent en moyenne plus de trois verres par jour, 59 % déclarent un usage quotidien et 16 % sont potentiellement dépendants. Dans une certaine mesure, ces individus tendent donc à cumuler les usages de tabac et d'alcool. En revanche, leur consommation d'antidépresseurs et de tranquillisants se situe dans la moyenne de leur classe d'âge (9, 10).

Si l'on s'intéresse aux fumeurs de 60-75 ans en France, en fonction de leur état de santé physique, mentale et sociale, on remarque que ceux qui présentent des signes de dépendance au tabac (10) :

- estiment souvent qu'ils auraient du mal à monter un étage ou à courir 100 mètres. Ils rapportent également qu'ils ont sauté un repas au cours des sept derniers jours (effet anorexigène du tabac) ;
- sont soit des individus anxieux ou dépressifs qui trouvent parfois un exutoire dans l'usage du tabac, soit des fumeurs dont le tabagisme peut favoriser ou entretenir l'anxiété et/ou la dépression souvent présentes chez les sujets âgés ;
- se caractérisent surtout par leur faible sociabilité : au cours des huit derniers jours, 26 % n'ont rencontré ni famille ni ami, 56 % n'ont eu aucune activité de groupe ou de loisir, contre respectivement 18 et 44 % parmi le reste des sujets âgés). À une époque où le tabagisme se

fait plus rare, où les individus sont davantage sensibles à ses conséquences sur la santé, la tolérance à l'égard des fumeurs est sans doute moindre, ce qui a un impact sur leur sociabilité : ainsi le tabac, dont l'usage à l'adolescence a souvent été décrit comme un élément important de socialisation, pourrait bien devenir au contraire un facteur d'exclusion à partir d'un certain âge.

Le tabagisme est l'une des principales causes de décès chez les seniors en France. Les complications du tabagisme sont bien connues (11, 12). Parmi les fumeurs de longue date, certains décèdent des suites d'une maladie attribuable au tabagisme ou ont souffert de maladies chroniques attribuables au tabagisme avant de mourir à un âge plus avancé (11, 13, 14).

Alcool

En France, peu d'études ont pu préciser la prévalence de l'alcoolisme des sujets âgés, et les données sont controversées (15, 16). Si l'on se réfère aux données de l'enquête épidémiologique PAQUID, cette consommation est de 40,1 % à 42,8 % pour les seniors de 65 ans et plus qui consommeraient un quart de litre de vin (soit 20 grammes d'alcool pur) par jour ; 15,1 à 15,4 % de sujets consommeraient un demi-litre de vin (soit 40 grammes d'alcool pur) par jour. La littérature actuelle ne nous permet pas d'obtenir une estimation précise de la prévalence de la consommation d'alcool dans cette population. En effet, nous avons pu relever des variations importantes, allant de 2 à 17 % chez des sujets de 65 ans et plus dans les études de population telles que l'étude PAQUID, de 14 à 53 % dans les études hospitalières, de 8 à 53 % dans les études en maisons de repos, et jusqu'à 29 % en maisons de retraite (15). Outre cette variabilité importante, on sait que l'abus d'alcool concerne 2 à 10 % des personnes âgées et que son retentissement social est d'autant plus important que la consommation augmente avec l'âge (17). Il semble que les chiffres habituellement évoqués autour de 1 à 2 % des hommes et moins de 0,5 % des femmes de plus de 65 ans soient largement sous-estimés. Plusieurs études françaises proposent des prévalences beaucoup plus élevées, entre 16 et 30 % des hommes et de 2 à 22 % des femmes de plus de 65 ans (18). À domicile, l'alcoolisation des sujets âgés isolés peut passer inaperçue dans la mesure où, dit-on, "elle dérange moins".

La situation est différente en institution où les conséquences de l'alcoolisation sont plus visibles. Les études de prévalence des difficultés avec l'alcool pour les seniors

en institution en France sont rares, peu comparables et restent imprécises. Les chiffres avancés varient de 0 à 25 %, et même jusqu'à 70 % dans certaines études anglo-saxonnes ; le chiffre global de 10 à 20 % est souvent avancé (19).

On observe une prévalence plus faible que dans la population des adultes jeunes, mais la qualité même de sujet âgé accroît le risque de dépendance à l'alcool. En ce qui concerne l'âge de début de la consommation, les deux tiers des alcooliques âgés sont des alcooliques précoces (alcoolisme ancien qui se pérennise dans la vieillesse) et le dernier tiers des alcooliques tardifs (alcoolisme qui survient après 60 ans et peut être réactionnel à des facteurs situationnels : isolement, passage à la retraite, existence d'une maladie douloureuse et invalidante, perte du conjoint, etc.) (20). Ainsi, chez les 60-75 ans, la consommation actuelle et régulière d'alcool tend à augmenter avec l'âge et concerne 67,6 % des hommes et 37 % des femmes (15) (tableau I). L'alcool renvoie plutôt à un effet génération. Il est un produit de consommation courante, souvent intégré à l'alimentation quotidienne. Les conséquences de sa consommation chez les sujets âgés sont actuellement controversées (17). Certaines études en population générale mettent en évidence des effets bénéfiques (diminution du risque d'accident cardio-vasculaire ou encore du risque de démence) (21), à condition que la consommation soit "raisonnable", c'est-à-dire non excessive, alors que d'autres trouvent des résultats inverses (22). Les problèmes d'alcool, quant à eux, résultant d'une consommation abusive, prédisposeraient à des maladies graves, physiques et mentales, ou encore à des traumatismes, accidents ou fractures (17). L'alcoolisme des seniors induit également des perturbations du fonctionnement social (isolement social et familial) qui rend son diagnostic souvent difficile. Les seniors alcoolodépendants sont souvent polypathologiques et polymédiqués (23, 24) et présentent un risque accru d'interactions médicaments-alcool (5 % des plus de 60 ans) (23, 25). Les difficultés avec l'alcool sont souvent associées à des dépendances aux tranquillisants dans cette population

Tableau I : Prévalence d'expérimentation et de consommation régulière de substances psychoactives (tabac, alcool, médicaments) en France chez les personnes âgées de 60 à 75 ans (10)

Substance psychoactive	Usage	60-75 ans	
		Homme	Femme
Alcool	Régulier	67,6 %	37 %
Tabac	Actuel	18,4 %	9,2 %
Médicaments psychotropes	Récent	19,8 %	33,9 %

Exemple, pour l'usage régulier : 67,6 % des hommes de 60-75 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie.

(18). La prise en charge de l'alcoolisme des seniors nécessite souvent une approche médico-psychosociale en psychogériatrie (16).

Médicaments

La population des seniors est concernée par la consommation régulière de médicaments. Une enquête réalisée il y a plusieurs années en France (26) a pu montrer que 89 % des individus vivant à domicile et presque 95 % de sujets vivant en institution étaient traités par au moins un médicament. Ces données ont également permis d'établir que les pourcentages des sujets utilisant plus de quatre médicaments étaient de 40 % lorsque les sujets vivaient à leur domicile, et de plus de 65 % en institution. La consommation médicamenteuse des sujets âgés de plus de 65 ans est environ trois fois plus importante que celle des moins de 65 ans. Rouleau et al. (27) mettent en avant que la consommation médicamenteuse des seniors est importante, qu'elle augmente avec l'âge – 67 % des personnes de plus de 65 ans déclarent avoir acheté au moins une fois un médicament chaque mois, alors que seuls 35 % des moins de 60 ans sont dans ce cas (28) – et qu'au sein de cette population, les taux d'abus sont élevés. En 2001, les plus de 65 ans, soit 16 % de la population française, consommaient 39 % des médicaments en ville. 75 % des personnes âgées entre 70 et 75 ans consomment des médicaments, cette proportion passe à 88 % chez les 85 ans et plus. En moyenne, les personnes âgées prennent 3,3 médicaments par jour pour les 65-74 ans, 4,6 pour les plus de 85 ans, mais de nombreuses ordonnances contiennent jusqu'à dix médicaments prescrits (28).

La population la plus représentée parmi les consommateurs de benzodiazépines (BZD) et d'hypnotiques en France est celle des seniors de 65 ans et plus. Les taux s'élèvent de 39 à 55 % dans cette tranche d'âge. De plus, la consommation régulière y est évaluée de 17 à 30 % (29, 30). Dans l'étude de Fourier et al. (26), la prévalence de la consommation des BZD des seniors est de 31,6 % à un an, de 33,1 % à trois ans et de 33,5 % à cinq ans. Selon de nombreuses études, la proportion de consommation de BZD tend à augmenter parallèlement à l'âge (29). L'usage de médicaments psychotropes correspond plutôt à un effet âge, dans le cadre de soins médicaux consécutifs à des problèmes de santé qui deviennent fréquents au-delà de 60 ans. Les seniors sont concernés par ces consommations et leurs conséquences en raison d'une plus grande vulnérabilité, notamment sur les plans physique et psychique et d'habitudes déjà anciennes (10). Les niveaux

d'usage varient selon le sexe, l'âge et la(es) substance(s) psychoactive(s) consommée(s) dans le cadre d'une expérimentation ou d'une consommation régulière chez les individus de 45 à 75 ans (31). Pour les médicaments psychotropes (tableau I), les femmes (33,9 %) sont plus consommatrices que les hommes (19,8 %) (10). Divers facteurs d'ordres physiologique et psychosocial inhérents à la situation des seniors contribuent à expliquer la forte consommation de médicaments psychotropes qui caractérise le groupe.

Alors que les conséquences négatives liées à l'utilisation prolongée des BZD sont bien connues, le phénomène de la dépendance à ces substances dans cette population l'est beaucoup moins. Il n'existe pas de définition consensuelle, et la définition la plus valide au niveau international reste actuellement celle de la dépendance aux substances psychoactives du DSM-IV (25). L'usage continu des BZD peut être davantage problématique chez les seniors pour lesquels la tolérance aux agents chimiques diminue avec l'âge. Les facteurs de risque impliqués dans l'usage chronique sont une combinaison interactive entre les caractéristiques des seniors et celles des médecins prescripteurs.

Objectif et hypothèses de l'étude

L'objectif de cette étude était de dégager les caractéristiques sociodémographiques relatives à la consommation de substances psychoactives des fumeurs seniors institutionnalisés (I) et non institutionnalisés (NI) de notre échantillon et d'évaluer le stress et les addictions associées afin de tester les hypothèses suivantes :

- les fumeurs seniors I sont plus stressés que ceux NI ;
- les fumeurs seniors I sont autant dépendants des médicaments que ceux NI.

Méthode

Population

La population est constituée de 50 sujets hommes et femmes fumeurs âgés de 67 à 85 ans ($n = 50$, $M = 76$, $ET = 5,3$), ayant vécu dans un habitat urbain, retraités (employés, professions intermédiaires, cadres) institutionnalisés (I) – recrutés dans plusieurs maisons de retraite médicalisées – et non institutionnalisés (NI) – vivant seuls ou en couple à leur domicile, maison de plain-pied ou appartement avec ascenseur. Le groupe expérimental com-

prend 25 sujets âgés fumeurs I : 13 femmes et 12 hommes. Le groupe contrôle comprend 25 sujets âgés fumeurs NI : 11 femmes et 14 hommes (tableau II). Les deux groupes sont comparables en âge : $\chi^2 (1, n = 50) = 16,88$, $p = 0,531$, et en sexe : $\chi^2 (1, n = 50) = 0,08$, $p = 0,77$.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- les fumeurs seniors présentant une dépendance au tabac (dépendance physiologique à la nicotine et dépendance psychologique et comportementale au tabac) et d'autres addictions associées ;
- les fumeurs seniors ayant affirmé consommer ou avoir consommé au cours des six derniers mois des BZD ou BZD apparentées, anxiolytiques ou hypnotiques : lorazépam (Témesta®), zolpidem (Stilnox®), bromazépam (Lexomil®), zopiclone (Imovane®), clorazépate (Tranxène®), alprazolam (Xanax®) par exemple, la durée de la prescription étant supérieure à 90 jours ;
- les fumeurs seniors présentant des pathologies chroniques (cardio-vasculaires, ostéo-articulaires, endocrinologiques, rhumatologiques et pneumologiques) nécessitant la prise de médicaments.

En revanche, les fumeurs seniors ayant présenté des antécédents psychiatriques ou tous types de démence (démence sénile, démence présénile d'Alzheimer, maladie de Parkinson-forme sénile) ont été exclus de l'étude.

Évaluations et outils

Les évaluations ont été réalisées par des psychologues cliniciens au cours de trois entretiens dont la durée pour chacun n'a pas dépassé 30 minutes. Le premier entretien a consisté à demander aux seniors de raconter leur parcours

avec le tabagisme ou d'autres substances consommées (alcool et médicaments notamment). Le deuxième entretien a permis la passation des questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool à risque et le recueil des informations sur leur état de santé et les médicaments consommés. Le dernier entretien s'est centré sur la passation des outils d'évaluation de la dépendance au tabac, du questionnaire des conduites addictives et de l'échelle de stress. Tous les seniors ont participé à cette recherche après avoir lu et signé un formulaire de consentement libre et éclairé.

Les outils utilisés étaient les suivants :

- l'AUDIT (dix items) pour évaluer la consommation d'alcool à risque (32). Le score total indique si l'on est en présence d'une consommation à risque : faible (moins de 6 pour une femme ou moins de 7 pour un homme), à problème (entre 6 et 12 pour une femme ou 7 et 12 pour un homme), ou si le risque d'alcool-dépendance peut être soupçonné (au-delà de 13 pour une femme ou un homme) ;
- le questionnaire de Fagerström (six items) pour évaluer la dépendance à la nicotine (33). Le score total indique un degré ou une intensité de dépendance (0-3 : pas de dépendance, 4-7 : dépendance modérée, 8-10 : dépendance forte) ;
- le test de dépendance psychologique et comportementale au tabac (TDPC) pour évaluer la dépendance psychologique et comportementale au tabac (11, 34) et comprenant 17 items regroupés en six catégories : addiction psychologique, habitude, manipulation, réduction de la tension, stimulation, relaxation/plaisir. Le score total indique une intensité de dépendance (1-27 : faible dépendance, 28-56 : dépendance moyenne, 57- 85 : forte dépendance) ;

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et de consommation de substances psychoactives chez des sujets âgés institutionnalisés (I) et non institutionnalisés (NI)

Variable		I (n = 25)		NI (n = 25)		Analyse		
		n	Pourcentage	n	Pourcentage	χ^2	ddl	p
Situation familiale	Marié	8	32 %	8	32 %	6,48	1	0,011
	Veuf	17	68 %	17	68 %			
Mode de vie	Seul	17	68 %	17	68 %	6,48	1	0,011
	En couple	8	32 %	8	32 %			
Alcool	Pas de consommation quotidienne	25	100 %	19	76 %	22,12	2	< 0,0001
	Consommation quotidienne	0	0 %	6	24 %			
Médicaments psychotropes	Consommation quotidienne	25	100 %	25	100 %	23,12	1	< 0,0001
Dépendance à la nicotine		25	100 %	25	100 %	49	2	< 0,0001
Dépendance psychologique et comportementale au tabac		25	100 %	25	100 %	13,52	1	< 0,0001

- le questionnaire des conduites addictives (QCA), 35 items (34), est destiné à mesurer d'autres types d'addiction et leur intensité : nourriture, alcool/excitants, médicaments, jeux, travail, sport/activités à risque, télévision, achats compulsifs, sexualité). Un score total indique une intensité d'addiction (0 à 50 : faible addiction, 51 à 100 : addiction moyenne, 101 à 150 : forte addiction). Un score par addiction peut être calculé ;

- l'échelle toulousaine de stress (ETS), 30 items (35), évalue le niveau de stress (psychologique, physique, psychophysiologique, temporel). Un score total indique une intensité de stress : très faible (score à 30 points), moyen (score à 75 points), très fort (score à 150 points). Le choix de cette échelle est motivé par les travaux de la littérature mettant en évidence les quatre types de stress listés ci-dessus.

Procédure et analyses statistiques

Les traitements statistiques ont été réalisés avec le logiciel SPSS 16 (SPSS, Inc.). Des analyses descriptives (moyennes, écarts types) et inférentielles (t de Student pour les variables quantitatives) ont été réalisées après avoir contrôlé la distribution des données (distribution normale avec le test de Kolmogorov-Smirnov) et l'homogénéité des variances avec le test de Levene pour les différentes variables. Rappelons que la population était constituée de 50 sujets.

Résultats

Tabagisme et dépendance tabagique

Les seniors de notre étude sont tous fumeurs. Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence qu'ils ont tous commencé à fumer à la fin de l'adolescence, entre 17 et 21 ans. Tous ont essayé d'arrêter de fumer plusieurs fois dans leur vie, mais ont rechuté (absence de motivation à l'arrêt). La durée moyenne de leur tabagisme est de 43 ans. Notons que les femmes ayant eu des enfants ont soit arrêté de fumer pendant leur grossesse, soit diminué leur consommation de tabac, mais elles ont recommencé à fumer après leur grossesse.

Les raisons ou motivations positives – recherche du plaisir et habitude, besoin de stimulation, nécessité de reconnaissance sociale et identitaire, automédication psychique, relaxation et détente – et négatives – dépendance, passivité, vécu de l'isolement, solitude, sentiment d'ennui,

quête d'une image de soi positive ou rejet d'une image négative, résignation et perception réduite des avantages pour la santé, problèmes familiaux et conditions de vie défavorables – exprimées par les sujets âgés au cours des entretiens cliniques ne sont pas spécifiques de cette population. Les fumeurs seniors expriment les mêmes motivations et les mêmes inquiétudes que des fumeurs plus jeunes, mais leur vécu du tabagisme est différent : la pression sociale était moins forte au début de leur tabagisme, car le tabac n'était pas présenté comme dangereux, mais plutôt comme un élément essentiel de valorisation ; les risques liés au tabac étaient moins évoqués et les injonctions d'arrêt de fumer ne concernaient que les sujets atteints de maladie, etc. Leur besoin d'aide pour arrêter de fumer est plus important que chez les sujets plus jeunes, car il s'agit de fumeurs invétérés faisant peu d'efforts pour renoncer au tabac et moins prêts à arrêter de fumer ; ils ont tendance à sous-estimer les risques liés au tabac de manière plus prononcée que les fumeurs plus jeunes (36, pour une revue détaillée).

Les fumeurs seniors I et NI (hommes et femmes) présentent une dépendance physiologique à la nicotine forte : $\chi^2 (2, n = 50) = 49, p < 0,0001$, et une dépendance psychologique et comportementale au tabac également forte : $\chi^2 (1, n = 50) = 13,52, p < 0,0001$. Dans cette étude, les scores obtenus au test de Fagerström et au TDPC chez les hommes et chez les femmes sont élevés. La moyenne de l'ensemble des sujets au test de Fagerström est de 8,30 (ET = 0,64). La moyenne des sujets au TDPC est de 67,42 (ET = 9,98). Les fumeurs seniors I et NI se caractérisent par des scores élevés de dépendance physiologique à la nicotine (≥ 8) et de dépendance psychologique et comportementale au tabac (≥ 57).

Il n'existe pas de différence significative entre :

- les fumeurs seniors I et ceux NI en ce qui concerne la dépendance physiologique à la nicotine – $t (48) = 1,09, p = 0,279$ – et la dépendance psychologique et comportementale au tabac – $t (48) = -1,41, p = 0,163$;
- les hommes et les femmes au regard de la dépendance physiologique à la nicotine – $t (48) = 1,41, p = 0,164$ – et de la dépendance psychologique et comportementale au tabac – $t (48) = 0,76, p = 0,449$.

Alcool

Durant les entretiens cliniques, la grande majorité des seniors rapportent qu'ils consomment de l'alcool en début ou en cours de repas, lors de repas ou occasions festifs.

Certains seniors expliquent qu'ils ont tendance à ne pas boire d'alcool ou à diminuer leur consommation quand ils prennent un traitement par crainte de vivre des complications physiques. D'autres indiquent qu'ils leur arrivent de consommer de l'alcool dans leur chambre – qu'ils se procurent seuls ou qu'ils se font apporter par leur entourage ou par d'autres résidents – ou qu'ils vont consommer à l'extérieur de la maison de retraite dans un bar proche.

Globalement, les fumeurs seniors ($n = 50$, $M = 4,98$, $ET = 1,75$) I ($n = 25$, $M = 4,60$, $ET = 1,08$) et NI ($n = 25$, $M = 5,36$, $ET = 2,19$) de notre échantillon ne présentent pas de consommation à risque : $t(48) = -1,55$, $p = 0,127$. Chez les sujets fumeurs seniors I, cinq obtiennent un score de 6 à l'AUDIT et un un score de 7. Chez les fumeurs seniors NI, huit obtiennent un score de 6, quatre un score de 7 et trois un score de 8. Ces scores situent ces hommes et ces femmes ($n = 21$) dans une consommation à risque ou à problème.

Médicaments

Les scores obtenus à la catégorie addiction aux médicaments (score sur 6) sont élevés chez les fumeurs seniors, hommes et femmes, I et NI. La moyenne de l'ensemble des sujets est de 5 ($ET = 0,92$). Ils présentent une forte addiction aux médicaments : $\chi^2(1, n = 50) = 23,12$, $p < 0,0001$. Il n'existe pas de différence significative concernant l'intensité de l'addiction aux médicaments entre :

- les deux groupes de fumeurs seniors I et NI – $t(48) = 0,9$, $p = 0,365$;
- les hommes et les femmes – $t(48) = 1,22$; $p = 0,225$.

Stress

Dans cette étude, les scores obtenus à l'ETS sont élevés dans notre échantillon. La moyenne de stress de l'ensemble des sujets est de 102,22 ($ET = 26,80$). Les fumeurs seniors I et NI se caractérisent par des scores élevés de stress

psychologique (≥ 44 pour I ; ≥ 34 pour NI), physique (≥ 6 pour I ; ≥ 31 pour NI), psychophysologique (≥ 18 pour I ; ≥ 14 pour NI) et temporel (≥ 23 pour I ; ≥ 20 pour NI). Les fumeurs seniors I perçoivent plus de stress physique, psychique, psychophysologique ($p < 0,0001$) et temporel ($p < 0,001$) que ceux NI. La différence observée entre les deux groupes n'est pas due au hasard et varie selon la taille de l'effet. Les valeurs du d de Cohen (tableau III) indiquent la présence d'un effet de grande taille pour les stress temporel ($d = 1,81$), psychophysologique ($d = 1,16$) et physique ($d = 0,87$), et de petite taille pour le stress psychologique ($d = 0,29$).

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes au regard des stress psychologique ($t(48) = 0,52$, $p = 0,605$), physique ($t(48) = -0,32$, $p = 0,747$), psychophysologique ($t(48) = -0,35$, $p = 0,725$), excepté pour celui temporel ($t(48) = -2,74$, $p = 0,008$). Les scores de stress temporel sont plus élevés chez les femmes ($n = 50$, $M = 20,45$, $ET = 3,30$) que chez les hommes ($n = 50$, $M = 17,61$, $ET = 3,95$).

Discussion

Tabagisme et dépendance tabagique des seniors

Les résultats montrent que les fumeurs seniors I et NI sont dépendants du tabac : dépendance physiologique à la nicotine (scores ≥ 8), mais également psychologique et comportementale (scores ≥ 57). Ces deux dépendances peuvent exprimer deux états.

D'une part, une sorte d'équilibre dans une situation intermédiaire pour les seniors, qui peut être plus ou moins longue ou durer indéfiniment, où ils fonctionnent à bas bruit avec un tabagisme qui contrebalance dans une certaine mesure les inconvénients physiques ou psychologiques qu'il crée (37). Les grands fumeurs seniors qui vivent dans un milieu tolérant (le plus souvent à domi-

Tableau III : Stress chez les sujets âgés institutionnalisés (I) et non institutionnalisés (NI) ; t de Student pour échantillons indépendants

Variable	I (n = 25)		NI (n = 25)		Analyses			
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	t-test	ddl	p	d de Cohen
Stress psychologique	42,32	6,82	25,20	4,60	10,39	48	< 0,0001	0,29
Stress physique	42,24	8,72	24,52	3,76	9,32	48	< 0,0001	0,87
Stress psychophysologique	21,60	2,91	10,60	1,68	16,33	48	< 0,0001	1,16
Stress temporel	20,72	4,77	17,24	1,36	3,50	48	< 0,001	1,81

cile) existent et ne se sentent pas atteints dans leur santé. Pour certains d'entre eux, le tabagisme évoque plus le fait d'avoir recours au produit tabac (usage) que d'être un fumeur (dépendance), révélant souvent la dimension restitutive et autothérapeutique du tabagisme (38).

D'autre part, une souffrance. Certains seniors (tabagisme ancien, "vieillissant" avec le sujet) ne vont pas trouver leur équilibre dans une situation intermédiaire. Il apparaît alors qu'un mouvement de bascule dans la dépendance tabagique, généralement inaperçu sur le moment, s'est opéré dans leur jeunesse. Il s'est constitué par un double facteur : une initiation (rencontre initiatique, révélation), puis une intolérance grandissante des sujets à se supporter tels qu'ils sont en l'absence du produit (38). Leur situation psychique de base (narcissisme très fragile, vacillation identitaire, tendance à l'agir...) et les circonstances extérieures (échec, deuil...) sont propres à faire basculer les sujets dans des états où ils vont commencer à se sentir obligés de prendre un ou des produits, de s'isoler dans leur pratique, pour s'évader, sortir de leur souffrance, penser à autre chose, se sentir autres ou tout-puissants. Les sujets arrivent alors dans l'état de besoin, de manque et s'installent dans la dépendance, pour certains à un âge avancé (dit début tardif après 40 ans), à la suite d'événements de vie ou de crises qui font passer les sujets d'un état relativement modéré à un état chronique (pour les fumeurs, la mort d'un proche par exemple). Cette souffrance est repérable à travers ce que dit le sujet âgé de son tabagisme (38). Les fumeurs seniors retracent avec lucidité dans les entretiens leur manière d'être "sous l'emprise" du tabac, véritable compulsion, toujours présente, qu'ils jurent de contrôler ou à laquelle ils promettent de renoncer. Ils tiennent à distance quelques heures, voire quelques jours le produit ou la situation qu'ils semblent avoir dominé, mais qui revient en un instant leur faire perdre leur résolution. Certains sujets âgés évoquent d'emblée que le tabagisme est au centre de leur mal-être alors que d'autres dissimulent cette souffrance à cause d'un sentiment de honte impliquant le regard des autres et de la société sur leur addiction (39).

Alcool

Les résultats non significatifs concernant l'évaluation de la consommation d'alcool à risque chez les seniors de notre échantillon interrogent. Les informations recueillies en entretiens et avec l'AUDIT reflètent-elles bien la réalité ? Le diagnostic des difficultés avec l'alcool apparaît plus difficile à évaluer chez les seniors car ils ont tendance à

sous-estimer le niveau de leurs consommations (les quantités consommées sont souvent trompeuses et perçues comme modérées par les sujets âgés). Le recours à des questionnaires standardisés et validés ou à des critères, comme ceux du DSM-IV définissant l'alcoolodépendance, est nécessaire à l'évaluation mais reste discutable compte tenu de la difficulté d'application de ces outils chez les sujets âgés (19, 40). Vermette (41) suggère de travailler sur les modes de consommation d'alcool des sujets âgés en se référant à des études longitudinales pour montrer l'évolution de la consommation dans le temps chez une même personne. Des grilles d'évaluation de la consommation alcoolique, utilisées adéquatement, pourraient apporter des précisions importantes quant aux modes de consommation à travers l'expérience de vie d'une personne (motifs, changements, profils de consommation). Le repérage doit donc être avant tout clinique, lors d'un entretien permettant de progresser dans le diagnostic de difficulté avec l'alcool.

Les entretiens cliniques et l'AUDIT nous ont permis d'identifier des fumeurs seniors (n = 21) présentant une consommation d'alcool à risque ou à problème. Il aurait été intéressant de repérer les caractéristiques de ce sous-groupe pour comprendre leurs modes de consommation et les motifs pouvant expliquer leur consommation d'alcool à risque ou à problème.

Stress et tabagisme

Concernant le stress, les fumeurs seniors I présentent de forts stress physique, psychique, psychophysiologique et temporel, plus élevés que chez les sujets NI. Cela peut signifier que les fumeurs seniors I sont plus stressés et plus vulnérables au stress que ceux NI. De plus, les femmes ont un stress temporel plus élevé que les hommes. Ces résultats significatifs peuvent être expliqués par différentes sources ou différents facteurs de stress susceptibles d'entraîner certains troubles physiques (fatigue physique, tension artérielle, etc.) et psychologiques (fatigue mentale, anxiété, tension nerveuse, etc.) à savoir (4, 42) :

- des facteurs extérieurs (environnementaux ou familiaux) liés aux lieux de vie (domicile : maison, appartement ; institution : foyer logement/résidence, maison d'accueil pour personnes âgées autonomes ou dépendantes, maison de retraite avec ou sans service de cure médicalisée, etc.), aux conditions de vie (stresseurs chroniques : bruit, promiscuité, pauvreté, difficultés d'accès aux soins) et à l'environnement social (isolement, solitude) et familial (éloignement familial) ;

- des facteurs intérieurs (stresseurs individuels ou médicaux) liés à l'état de santé physique (lors de l'établissement d'un diagnostic physique et de l'annonce de celui-ci et lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire) ou mental (lors de l'établissement d'un diagnostic psychopathologique et de l'annonce de celui-ci ; en cas de crises donnant lieu à un syndrome dépressif ou à des troubles du comportement ; lors de la manifestation de souffrances psychiques – vécu de séparation, de rupture, perte de repères, craintes de ne pas recevoir de visites – générées par l'entrée ou le séjour, court ou long, en institution) des fumeurs seniors.

Au vu des résultats de cette étude, le tabagisme associé à d'autres addictions (médicaments ici) chez les sujets âgés pourrait avoir pour fonction de réduire la tension du stress physique et d'assurer une fonction d'automédication physique du stress perçu (physique ou psychophysiologique), une sorte de régulation physiologique des émotions (43-45) : la nicotine régule l'humeur, réduit la souffrance psychologique et diminue l'anxiété, le stress. Le tabagisme semble également assurer une fonction d'automédication psychique du stress perçu (subjectif), en permettant la régulation des émotions : la dépendance psychologique et comportementale au tabac, facteur de risques des conduites addictives, pourrait constituer une *“réponse du comportement conditionné (de consommation) qui s'amplifie proportionnellement à la qualité et la quantité des renforcements positifs (plaisir, occupation...) ou négatifs (sédation d'un déplaisir (soulagement du syndrome d'abstinence à la nicotine), d'une souffrance (réduction de l'anxiété, de la tension, du stress), évitement de l'augmentation du poids..., décharge d'un trop plein d'agressivité) à l'occasion de l'ingestion du produit”* (46). Cette dépendance psychologique et comportementale au tabac permettrait donc une automédication psychique de ce stress, d'autant plus que les facteurs de stress objectifs et subjectifs, liés notamment à l'état physique et mental, aux lieux et conditions de vie des sujets âgés, sont importants. Elle doit donc être conçue comme un processus complexe qui articule la souffrance psychologique (générée par l'entrée en institution du sujet âgé et les difficultés d'intégration au fonctionnement communautaire par exemple) à une réponse par la substance, dont les effets constituent le processus addictif.

Tabagisme, médicaments et stress

Concernant le tabagisme, les médicaments et le stress, les résultats sont significatifs et mettent en évidence des scores élevés chez fumeurs seniors I et NI, hommes et

femmes, sur la catégorie “addiction aux médicaments”. Les sujets auraient davantage recours à des prescriptions médicamenteuses pour diminuer leurs stress psychologique et physique. De nombreux travaux de la littérature (41, 47) indiquent que différents facteurs d'ordre physiologique ou psychosocial inhérents à la situation des personnes âgées contribuent à expliquer la forte consommation de médicaments psychotropes qui caractérise le groupe. Au niveau physiologique, la vieillesse implique pour la plupart de ces personnes une augmentation importante du nombre de maladies (chroniques) avec lesquelles elles doivent maintenant composer et du stress.

Des facteurs d'ordres psychologique et social sont également associés à cette importante consommation de médicaments psychotropes. Les seniors vivent fréquemment des événements de vie difficiles que l'on pourrait associer à un processus de perte. Ils ont à s'ajuster aux nouvelles conditions de vie, au retrait du marché du travail, au départ des enfants, etc. Le décès du conjoint, les déménagements et le déracinement par rapport au milieu de vie qui structurait leur réseau social (les amis, les voisins, la famille, etc.) comptent également parmi les événements stressants (6). D'autres travaux (2, 27) considèrent que les prescriptions médicamenteuses (BZD notamment) renvoient souvent à une problématique sociale plutôt que médicale. Selon ces auteurs, rechercher chez les seniors un syndrome physiologique médical expliquant le malaise psychosocial ressenti par ces derniers serait révélateur d'une société impuissante à leur venir en aide. Serby et Yu (48) s'entendent pour affirmer que les seniors expriment leur détresse en termes somatiques plutôt que psychologiques. Ce point de vue vient compliquer la tâche d'évaluation de la détresse psychologique, mais également des types de stress.

Conclusion

Les addictions sont un phénomène généralement associé aux jeunes générations, alors que ce problème ne connaît pas de limite d'âge. Le manque de données concernant les personnes âgées en France complique l'estimation de l'étendue du problème et de ses implications.

Il paraît nécessaire d'améliorer l'évaluation des addictions chez les seniors en utilisant des indicateurs de dépendance et d'addiction spécifiques à l'âge. Il pourrait également être utile de tenir compte de tout un éventail de manifestations comportementales et cliniques différentes selon que les seniors sont des usagers précoces, qui ont de longs anté-

cédents d'addiction qui persistent au cours de la vieillesse (sujets survivants), ou tardifs (sujets réagissants, c'est-à-dire sujets qui ont commencé à se droguer en raison de la survenue d'événements stressants dans leur vie, comme le départ en retraite, une rupture conjugale, l'isolement social ou encore un deuil). Des questionnaires de dépistage et d'évaluation pourraient être élaborés, et des entretiens cliniques pourraient être conduits pour cibler les besoins et les problèmes des seniors.

De nombreuses questions cliniques et thérapeutiques restent encore mal comprises concernant les seniors dépendants, alors même qu'une fois admis en traitement, les patients âgés obtiennent des résultats équivalents, voire supérieurs à ceux des adultes plus jeunes. Les seniors dépendants doivent avoir accès à des services de santé efficaces et adaptés, où ils seront pris en charge avec dignité et sensibilité. Cette exigence peut nécessiter de développer une offre de services plus large et des alternatives à la prise en charge actuelle (49).

Finalement, il faudrait, si l'on traite l'addiction du sujet âgé alors même qu'elle constitue un moyen de "faire face" au stress (tabac) ou à la solitude (télévision) ou à la souffrance (médicaments), savoir quoi lui donner en échange. Très schématiquement, si la cigarette permet de réduire la tension, si la télévision permet d'oublier qu'on est seul et si les médicaments permettent d'atténuer les douleurs (physiques et psychiques), qu'avons-nous à offrir après avoir amené la personne âgée à réduire ou à arrêter sa consommation ? Peut-être le travail clinique devrait-il alors s'axer sur la qualité de vie des seniors, en tenant compte de tous les paramètres, y compris ceux qui sont constitués par une addiction non destructrice... Il faut savoir que la société se mobilise pour combattre tout type d'addiction chez les jeunes, parce qu'ils constituent une force de travail, une force productive – on veut donc garder toutes leurs compétences intactes pour qu'ils servent le "bien commun" ; les vieillards ont leur vie socio-professionnelle derrière eux..., ils "ne servent plus à rien" en termes de production... Peut-être le manque d'énergie de la société à traiter ce problème est-il à entendre à ce niveau-là ? ■

L. Fernandez, J. Finkelstein-Rossi, C. Fantini-Hauwel, S. Combaluzier, M. Hamraoui, M. Bellego

Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées

Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (4) : 279-289

Références bibliographiques

- 1 - Vénisse JL. Vieillesse et addictions. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2008 ; 8 (45) : 1-2.
- 2 - Pérodeau G, Goyer L, Guindon M. Consommation chronique de psychotropes chez les aînés : jalons théoriques et pratiques pour les cliniciens. *Revue Québécoise de Psychologie* 2001 ; 22 (2) : 98-121.
- 3 - Rundmo T. Associations between stress, personality, and smoking. *Personality and Individual Differences* 1996 ; 21 (4) : 545-555.
- 4 - Welte JW, Mirand AL. Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. *Journal of Studies on Alcohol* 1995 ; 56 (1) : 67-73.
- 5 - Laforge RG, Nirenberg TD, Lewis DC, Murphy JB. Problem drinking, gender and stressful life events among hospitalized elderly drinkers. *Behavior, Health and Aging* 1993 ; 3 (3) : 129-138.
- 6 - Folkman S, Bernstein L, Lazarus R. Stress processes and the misuse of drugs in older adults. *Psychology and Aging* 1987 ; 2 (4) : 366-374.
- 7 - Byrne DG, Byrne AE, Rheinart MI. Personality stress and the decision to commence cigarette smoking in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research* 1995 ; 39 (1) : 53-62.
- 8 - Terry LC, Harold WW, Ross RV, Richard HR. Occupational stress and variation in cigarette, coffee and alcohol consumption. *Journal of Health and Social Behavior* 1981 ; 22 : 122-165.
- 9 - Guilbert P, Gauthier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin JL, Léon C, Legleye S, Arwidson P. Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée. Baromètre Santé, France 2004-2005. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2005 ; 21 (22) : 97-98.
- 10 - Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors. Les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans. *Tendances* 2001 ; 16 : 1-4.
- 11 - Fernandez L, Letourmy F. Le tabagisme des sujets âgés. In : Fernandez L, Letourmy F. Le tabagisme : de l'initiation au sevrage. Paris : Armand Colin, 2007 : 65-67.
- 12 - Roche J. Tabagisme de la personne âgée. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2008 ; 45 (8) : 3-8.
- 13 - Burns DM. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *Am J Health Promo* 2000 ; 14 : 357-361.
- 14 - Cataldo JK. Smoking and aging. Clinical implications. Part I: health and consequence. *Journal of Gerontological Nursing* 2003 ; 29 (9) : 15-20.
- 15 - Pierucci-Lagha A. Alcool et vieillissement. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse* 2003 ; 3 : 197-205.
- 16 - Onen SH. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2008 ; 45 (8) : 9-14.
- 17 - Bergua V, Bouisson J. Addiction à l'alcool. In : Fernandez L. Les addictions du sujet âgé. Paris : In Press, 2009 : 43-59.
- 18 - Ménezier P, Ménezier-Ossia L, Collovray C. L'alcoolisme débutant avec la vieillesse. *Soins Gériatrie* 2006 ; 61 : 14-16.
- 19 - Ménezier P, Prieur V, Arezes C, Ménezier L, Rotheval L. L'alcool et le sujet âgé en institution. *Gérontologie et Société* 2003 ; 105 : 133-150.
- 20 - Atkinson RM. Late onset problem drinking in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1994 ; 9 : 321-326.
- 21 - Letenneur L, Larrieu S, Barberger-Gateau P. Alcohol and tobacco consumption as risk factors of dementia: a review of epidemiological studies. *Biomedical Pharmacotherapy* 2004 ; 58 (2) : 95-99.
- 22 - Skoog I. Status of risk factors for vascular dementia. *Neuroepidemiology* 1998 ; 17 (1) : 2-9.
- 23 - Maheut-Bosser A. Les conduites addictives chez les seniors. *Alcoologie et Addictologie* 2007 ; 29 (4) : 456-462.
- 24 - Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées

vivant en établissement. DREES n° 494 – Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. Paris : Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, 2006.

25 - Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C, Vénisse JL. Sujets âgés et benzodiazépines : de la consommation à la dépendance. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2008 ; 8 : 9-16.

26 - Fourrier A, Letenneur L, Dartigues J, Descamps A, Bégaud B. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte PAQUID : importance de la polyconsommation et utilisation de psychotropes. *Revue de Gériatrie* 1996 ; 21 (7) : 447-501.

27 - Rouleau A, Proulx C, O'Connor K, Bélanger C, Dupuis G. Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances. *Santé Mentale au Québec* 2003 ; XXVIII (2) : 149-164.

28 - Vidal Recos. Médicaments et personnes âgées, 2008, 4 pages (http://www.vidalrecos.fr/pages/index.php?idannexe=1745&titre=Prescription_et_populations_particulieres_Medicaments_et_personnes_agees).

29 - Pelissolo A, Boyer P, Lépine JP, Bisslerbe JC. Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *L'Encéphale* 1996 ; 22 : 187-196.

30 - Lagnaoui R, Moore N, Dartigues JF, Fourrier A, Bégaud B. Benzodiazepine use and wine consumption in the French elderly. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2001 ; 52 (4) : 455-456.

31 - Beck F, Legleye S. Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes. *Tendances* 2003 ; 30 : 1-6.

32 - Saunders J, Aasland O, Babor T, de la Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993 ; 88 (6) : 791-804.

33 - Heartherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991 ; 86 (9) : 1119-1127.

34 - Fernandez-Galan L. Addiction tabagique et disposition narcissique chez des fumeurs consultant pour sevrage tabagique [Thèse de doctorat nouveau régime]. Toulouse : Université Toulouse Le Mirail, 1997.

35 - Tap P, Bouissou C, Esparbes-Pistre S, Lamia A, Leveque G, Sorde-Ader F. L'orientation scolaire et/ou professionnelle comme source potentielle de stress. Recherche financée par le Conseil régional Midi-Pyrénées. Rapport final, janvier 2002.

36 - Fernandez L, Finkelstein-Rossi J. Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés : genèse, contexte, développement et prise en charge. *Psychologie Française*, sous presse.

37 - Lesourne O. La genèse des addictions. Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues. Paris : PUF, 2007.

38 - Pedinielli JL, Rouan G. Les logiques de l'addiction. In : Le Poulichet S. les addictions. Monographies de psychopathologie. Paris : PUF, 2000 : 81-92.

39 - Fernandez L, Bernoussi A, Finkelstein-Rossi J. Le tabagisme des seniors. In : Fernandez L. Les addictions du sujet âgé. Paris : In Press, 2009 : 27-41.

40 - Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique ? *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2008 ; 8 : 3-8.

41 - Vermette G. L'alcoolisme au troisième âge. *Santé Mentale au Québec* 1981 ; 6 (1) : 144-154.

42 - Cohen D, Collin J. Pour une approche pragmatique de la prévention en toxicomanie. Orientation et stratégie : les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits. Montréal : Université de Montréal, 1997.

43 - Krause N. Stress, alcohol use, and depressive symptoms in later life. *Gerontologist* 1995 ; 35 (3) : 296-307.

44 - Cohen S, Lichtenstein E. Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychology* 1990 ; 9 (4) : 466-478.

45 - Postner IR, Leitner LA, Lester, D. Diet, cigarette smoking, stressful life events, and subjective feelings of stress. *Psychological Reports* 1994 ; 74 (3, Pt 1) : 841-842.

46 - McAuliffe WE, Gordon RA. Reinforcement and the combination of effects: summary of a theory of opiate addiction. In : DJ Lettieri, M Sayers, H Wallenstein-Pearson, Eds. Theories on drug abuse:

selected contemporary perspectives. Washington, DC : Government Printing Office, 1981.

47 - De Bruçq H, Vital I. Addictions et vieillissement. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement* 2008 ; 6 (3) : 177-182.

48 - Serby M, Yu M. Overview: depression in elderly. *The Mont Sinai Journal of Medicine* 2003 ; 70 (1) : 38-44.

49 - OEDT. État du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes, 2008.