

Usages de substances psychoactives après 60 ans

Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux usages d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes parmi les seniors

Olivier
Le Nézet,

Stanislas
Spilka,

Cécile
Laffiteau,

Stéphane
Legleye,

François
Beck

L'OFDT a mis en place il y a une dizaine d'années un dispositif d'enquêtes visant à observer l'usage des produits psychoactifs en population générale. L'observation des adultes y est assurée par le *Baromètre santé* de l'INPES, auquel l'OFDT participe depuis 2000. Cette enquête téléphonique nationale et représentative menée tous les cinq ans documente l'état de santé de l'ensemble de la population métropolitaine de 12 à 75 ans ainsi que ses usages de produits psychoactifs. Ceux-ci restent principalement le fait des plus jeunes générations [1], mais les consommations d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes s'avèrent également très répandues au sein de la population la plus âgée. La littérature francophone portant sur ces consommations de produits psychoactifs est assez peu abondante. Pourtant, l'allongement de la durée de vie fait que ce segment de la population a un poids démographique croissant. Le dernier recensement a dénombré plus de 12 millions de personnes âgées d'au moins 60 ans et plus de 8 millions de 60-75 ans. Et l'impact de la consommation de pro-

duits psychoactifs pourrait se révéler plus important dans cette population dont l'espérance de vie est plus longue mais qui dans le même temps est et se juge en plus mauvaise santé que les générations précédentes [2].

À l'instar de l'étude menée en 2001 et présentée dans le numéro de *Tendances* n°16 auprès des 60-75 ans interrogés dans le *Baromètre santé 2000*, cette analyse souhaite combler en partie cette lacune en présentant les résultats d'une étude spécifiquement centrée sur les seniors à partir des données du *Baromètre santé 2005*. Après une description des usages au sein de cette tranche d'âge, l'analyse s'attardera sur quelques facteurs associés et tentera notamment d'appréhender les différences éventuelles occasionnées par la cessation de l'activité professionnelle lors du passage à la retraite.

D'importantes différences sociodémographiques entre les générations

Niveau de diplôme, statut matrimonial, éducation, activité professionnelle et revenus : tout oppose jeunes et anciennes générations. Les jeunes générations comptent par exemple nettement plus de diplômés dans leurs rangs : la proportion de non bacheliers des seniors dépasse de loin celle mesurée parmi les 18-59 ans (71 % contre 49 %). Il en va de même pour la proportion de veufs (14 % contre 1 %

Le *Baromètre santé* est une enquête nationale téléphonique représentative des 12-75 ans, dont la méthodologie est détaillée ailleurs [1]. Seront considérées ici comme « seniors » les personnes âgées de 60 à 75 ans retraitées ou non, soit un échantillon de 5 435 personnes sur un total de 30 514 personnes enquêtées. Dans la mesure où il s'agit d'une enquête auprès des ménages ordinaires, les seniors demeurant en institution (maison de retraite par exemple) n'ont pas été interrogés. Toutefois d'après une étude de l'INSEE, ces derniers ne représentent que 1 % des 60-70 ans et 2,5 % des 70-80 ans, ce qui ne grève pas la représentativité de l'échantillon utilisé ici.

L'usage de médicaments psychotropes, renseigné à partir du *Baromètre santé*, regroupe l'usage de médicaments pour les nerfs, de tranquillisants, de somnifères et d'antidépresseurs.

Le test *Audit-C* utilisé est composé des trois questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
(Jamais ou 1 fois/mois, 2 à 4 fois/mois, 2 à 3 fois/semaine 4 fois/semaine ou plus)
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
(1 ou 2, 3 ou 4, 5 ou 6, 7 à 9, 10 ou +)
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
(Jamais, moins d'1 fois/mois, 1 fois/mois, 1 fois/semaine, tous les jours ou presque)

Il permet, en sommant les réponses, de proposer un score qui est très corrélé à l'abus et/ou à la dépendance alcoolique. Pour cette étude, le seuil considéré pour la positivité est 5 pour les femmes et 6 pour les hommes, pour un maximum de 12 [3].

parmi les plus jeunes) et la proportion de retraités (89 % pour l'ensemble des seniors, contre 23 % parmi les 55-59 ans et tout juste 1 % parmi les 45-54 ans). Ainsi, malgré les disparités d'âge de départ à la retraite entre les individus et les professions, le *Baromètre santé 2005* confirme que 60 ans demeure l'âge charnière pour la cessation d'activité. La catégorie socio-professionnelle (actuelle ou passée) diffère légèrement avec davantage d'agriculteurs et d'artisans ou commerçants parmi les seniors, ce qui traduit en partie la tertiarisation qu'a connue la société les dernières décennies. Notons qu'un certain nombre d'individus n'ont pas répondu à cette question, notamment une partie importante des autres inactifs, probablement parce qu'ils n'ont jamais travaillé ou seulement il y a très longtemps. Enfin, le revenu par unité de consommation apparaît relativement plus faible avec l'avancée en âge, ce qui serait comme un effet direct de la retraite. Mais on sait par ailleurs que cette diminution est considérablement atténuée après prise en compte du patrimoine immobilier ou financier.

Prépondérance des usages de produits licites

Les consommations de substances psychoactives varient considérablement d'une génération à l'autre (tableau 1). À 60 ans elles concernent essentiellement les produits licites que sont l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes avec ou sans prescription médicale. Les consommations de cannabis ou d'autres produits illicites (cocaïne, ecstasy, amphétamines, etc.) sont extrêmement rares. Ces caractéristiques peuvent s'expliquer par un effet générationnel fort : si l'alcool reste aujourd'hui un produit transgénérationnel, le cannabis et les autres produits illicites sont quasiment exclusivement consommés par les générations les plus jeunes. Néanmoins, il est probable que le vieillissement des usagers occasionne dans les prochaines années une augmentation de la consommation de cannabis, d'abord parmi les quadragénaires, puis parmi les seniors, même si l'âge joue un rôle certain dans l'abandon du cannabis.

L'usage de tabac, qui demeure la substance psychoactive la plus consommée à l'adolescence, diminue de manière constante à partir de l'âge de 20 ans, âge pour lequel sa consommation atteint son maximum (tableau 1, figures 1 et 2) : seuls 9 % des seniors déclarent fumer quotidiennement. Cette diminution est en partie due aux décès prématurés liés au tabagisme.

L'alcool apparaît en revanche comme le produit le plus consommé après 60 ans (tableau 1, figures 1 et 2). Sa consommation connaît une hausse continue avec l'âge des générations observées. L'usage quotidien concerne moins d'une personne sur dix avant

40 ans, mais 37 % des seniors (60-75 ans). Paradoxalement, les risques d'abus ou de dépendance, tels que mesurés par le test de l'Audit-C, ne diffèrent guère entre les générations au contraire des problèmes provoqués par l'alcool qui se manifestent plus fréquemment à un âge avancé [4]. Cela tient principalement au fait que l'usage ponctuel d'une quantité importante d'alcool (*binge drinking*) est une pratique qui tend à diminuer avec l'âge. Le tableau montre également que les seniors déclarent peu d'ivresses alcooliques. Le mode de consommation des plus âgés est, en effet, plus régulier et moins orienté vers les excès et les ivresses [1].

Les médicaments psychotropes (médicaments pour les nerfs, tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs) connaissent une hausse de leur consommation jusqu'à l'âge de 40 ans, puis une stagnation en dessous de 25 % d'usagers dans l'année (tableau 1, figures 1 et 2). La consommation d'antidépresseurs s'avère même légèrement moins importante parmi les seniors que parmi la génération des 45-60 ans (8 % vs 10 %). Cet effet pourrait provenir d'une propension des médecins à prescrire moins d'antidépresseurs aux plus âgés, au profit d'autres classes de médicaments psychotropes auxquelles ils sont plus habitués (anxiolytiques par exemple) ou encore de la réduction du stress dû à la cessation d'activité professionnelle.

S'agissant des différences de genre, les hommes de plus de 60 ans sont, comme dans l'ensemble de la population adulte, davantage consommateurs de tabac et d'alcool [1]. Parmi les seniors, les usagers quotidiens d'alcool sont 2,5 fois plus nombreux en proportion parmi les hommes que parmi les femmes (53 % contre 22 %). En revanche, à l'instar de ce qui est observé pour toutes les générations, la consommation de médicaments psychotropes apparaît toujours plus féminine (30 % contre 16 % chez les hommes pour l'usage dans l'année).

1995-2005 : alcool et tabac en baisse plus marquée parmi les hommes

Les usages quotidiens de tabac et d'alcool parmi les seniors sont moins fréquents en 2005 qu'en 1995 [1]. Cette tendance est marquée pour l'alcool, la consommation quotidienne étant passée de 43 % à 37 % en dix ans. Notons que cet usage a connu un pic en 2000, du fait de la consommation féminine qui avait enregistré une hausse significative parmi les seniors entre 1995 et 2000. Après s'être stabilisée entre 1995 et 2000, la consommation quotidienne de tabac a également diminué entre 2000 et 2005, passant de 12 à 9 %. Cette baisse est à

Tableau 1 - Usages de produits psychoactifs chez les 15-75 ans selon l'âge et le sexe (%)

		Ensemble 15-75 ans n=29 431	Hommes 15-75 ans n=12 668	Femmes ³ 15-75 ans n=16 763	Ensemble 15-29 ans n=7 510	Ensemble 30-44 ans n=8 938	Ensemble 45-59 ans n=8 574	Ensemble ³ 60-75 ans n=5 435
Tabac	quotidien	26	30	23***	33	33	23	9***
	Audit-C positif	14	21	8***	15	13	16	13***
Alcool	quotidien	14	21	8***	2	7	19	37***
	ivresse/année	15	23	8***	30	16	8	2***
Cannabis ¹	année	7	10	5***	19	7	1	0**
Autre produit illicite ^{1,2}	année	1	1	0***	2	1	0	0
Médicaments psychotropes	année	19	13	23***	11	18	24	23

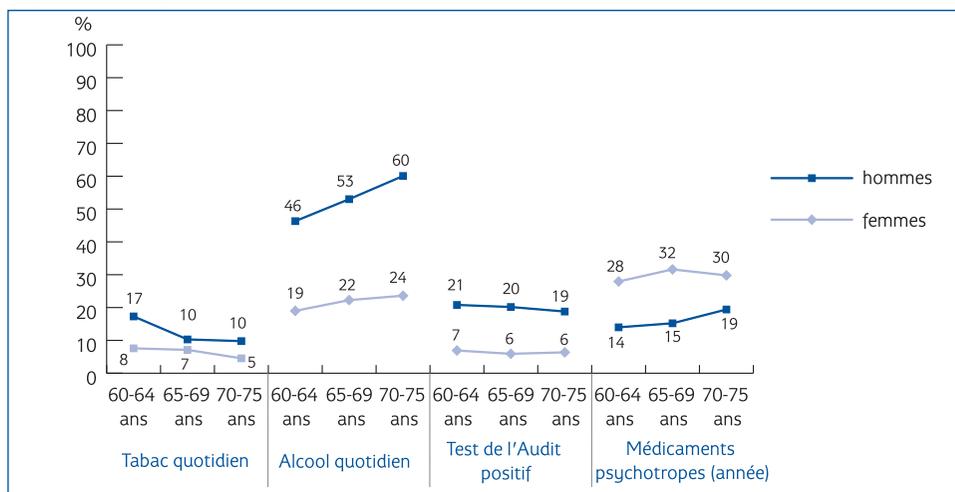
Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

1 : les questions sur le cannabis et les autres produits illicites n'ont été posées qu'aux personnes âgées de 15 à 64 ans

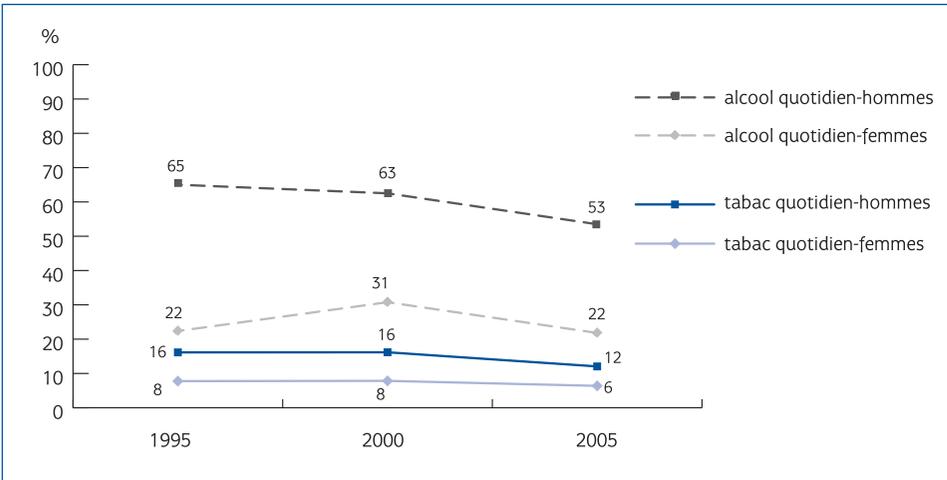
2 : au moins un produit parmi cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne, poppers, LSD et champignons hallucinogènes

3 : ns, *, **, *** : test du Chi-2 respectivement non significatif et significatif au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour les comparaisons des sexes et des générations

Figure 1 - Usages d'alcool, tabac et médicaments selon l'âge et le sexe parmi les seniors



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

Figure 2 - Évolution de l'usage quotidien d'alcool et de tabac parmi les seniors entre 1995 et 2005

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

imputer aux hommes, pour lesquels on a pu constater en cinq ans une diminution de 25 % des consommateurs quotidiens (12 % en 2005 vs 16 % en 2000). Comme pour d'autres segments de la population, notamment les jeunes, l'écart des consommations de tabac ou d'alcool entre les hommes et les femmes a tendance à diminuer parmi les seniors. En effet, par rapport à 1995, le niveau de consommation des femmes s'est maintenu, avec des incidences pour leur santé comparables à celles mesurées chez les hommes [5].

Précisons que l'augmentation des niveaux d'usages d'alcool avec l'âge est principalement imputable à la consommation de vin : la part des personnes en ayant bu il y a moins de sept jours passe de 21 % pour les 15-29 ans à 66 % parmi les 60-75 ans.

Faible incidence de la situation professionnelle

Les résultats précédents suggèrent d'affiner les analyses des facteurs associés aux principales consommations de produits psychoactifs, c'est-à-dire les produits licites, et, pour l'alcool, d'écarter l'étude de l'ivresse alcoolique et de l'usage quotidien mais de conserver l'usage à risque mesuré par l'Audit-C. Près de trois quarts (72 %) des usagers quotidiens d'alcool de 60 ans et plus déclarent boire en moyenne 1 à 2 verres par jour. Cette proportion de consommateurs modérés s'avère plus faible parmi les 45-59 ans avec 58 % des usagers quotidiens dans ce cas. Cela montre que parmi cette population des seniors, l'usage quotidien ne traduit pas forcément un usage à risque, d'où le choix de ne conserver dans ce tableau que l'Audit-C. Cette analyse a été

menée en deux temps. D'abord, en se restreignant aux seniors inactifs c'est-à-dire aux personnes de 60 à 75 ans retraitées ou ne travaillant pas (à l'exclusion des chômeurs et des personnes occupant un emploi), soit 95 % de l'ensemble des seniors. Cette analyse est présentée dans le tableau 2. Ensuite, l'analyse a porté sur une comparaison des actifs occupés et des retraités ou des chômeurs, au sein des personnes âgées de 55 à 64 ans, afin de mesurer l'association entre la cessation ou la perte d'une activité professionnelle et les usages de produits psychoactifs (tableau 3). Les tableaux 2 et 3 présentent les associations bivariées entre chaque facteur et les consommations ainsi que les modélisations logistiques multivariées opérées sur toutes les variables, qui permettent une mesure « toutes choses égales par ailleurs ».

Parmi les seniors inactifs, l'élévation du niveau du dernier diplôme obtenu s'avère ainsi associée à une consommation de tabac plus importante (tableau 2). Les personnes ayant un diplôme du supérieur déclarent presque deux

fois plus souvent un tabagisme quotidien que celles n'ayant pas le baccalauréat (12 % contre 7 %). Ce résultat reste vrai dans les régressions logistiques. Aucun lien ne ressort en revanche avec l'usage de médicaments psychotropes. Pour le test de l'Audit-C, les diplômés du supérieur semblent avoir un peu plus de risques d'être « positifs » que les non-bacheliers. Ce résultat n'est toutefois plus significatif dans l'analyse multivariée.

La vie en couple apparaît liée à une consommation moins importante de tabac et de médicaments psychotropes. Pour ces deux produits, c'est donc le fait de vivre seul qui semble constituer un terrain propice à la consommation. Notons qu'avant contrôle des autres variables, les personnes vivant seules suite à un veuvage ne diffèrent pas de celles en couple du point de vue de leur consommation de tabac, au contraire des seniors vivant seuls pour d'autres raisons. Ces derniers s'avèrent également plus souvent positifs au test de l'Audit-C. Les régressions logistiques confirment ces résultats pour l'Audit-C et les médicaments psychotropes. En revanche pour le tabac, la modélisation montre que la vie sans compagnon, qu'il y ait veuvage ou pas, est liée à une surconsommation.

L'association avec les revenus par unité de consommation diffère selon les produits. Si, pour le tabac et les médicaments psychotropes, aucune différence entre les tranches de revenus n'apparaît, l'association avec les risques de dépendance à l'alcool s'avère significative, avec 17 % de positifs au test parmi les revenus les plus élevés et 9 % parmi les revenus les plus modestes, ce résultat persistant toutes choses égales par ailleurs.

Enfin, la relation mise en évidence par l'analyse bivariée entre la consommation de produits et l'ancienne catégorie socioprofessionnelle disparaît avec l'analyse multivariée. Au final, hormis une légère sous-consommation de tabac parmi les agriculteurs, l'ancienne catégorie socioprofessionnelle pour les seniors

Tableau 2 - Principaux usages selon des caractéristiques socioprofessionnelles chez les seniors inactifs

		Usage quotidien de tabac		Test de l'Audit-C positif		Usage dans l'année de médicaments psychotropes	
		%	OR ¹	%	OR ¹	%	OR ¹
Sexe	femmes (réf.)	6	-1-	6	-1-	29	-1-
	hommes	12***	2,4***	20***	3,4***	17***	0,6***
Âge	(continu)		0,9***		1,0 ns		1,0 ns
Diplôme	< au bac (réf.)	7	-1-	12	-1-	24	-1-
	bac	11	1,3 ns	14	1,0 ns	21	0,8 ns
	> au bac	12***	1,4*	15*	0,9 ns	22 ns	0,9 ns
Vie en couple	en couple (réf.)	8	-1-	13	-1-	20	-1-
	seul et non veuf	16	2,4***	15	1,4**	31	1,6***
	seul et veuf	8***	1,6**	9***	1,1 ns	32***	1,6***
Revenu par unité de consommation	< 900 €	8	1,2 ns	9	0,7**	25	1,0 ns
	entre 900 et 1500 €	8	1,2 ns	13	0,7*	23	1,0 ns
	> 1500 € (réf.)	10	-1-	17	-1-	22	-1-
	non réponse	8 ns	1,0 ns	11***	0,8 ns	23ns	0,9 ns
Ancienne catégorie socio-professionnelle	agriculteur	5	0,4*	12	0,9 ns	19	0,7 ns
	artisan,						
	commerçant	10	0,9 ns	17	1,0 ns	17	0,8 ns
	cadre (réf.)	13	-1-	19	-1-	19	-1-
	prof. intermédiaire	10	0,9 ns	13	1,0 ns	26	1,1ns
	employé	6	0,8 ns	9	0,8 ns	27	1,0 ns
	ouvrier	10***	1,0 ns	13***	0,8 ns	21**	0,9 ns

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

1 : Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau. ns, *, **, *** : test du Chi-2 de Wald, respectivement non significatif et significatif au seuil 0,05, 0,01, 0,001 pour les OR

Tableau 3 - Principaux usages selon le statut d'activité entre 55 et 64 ans

	Usage quotidien de tabac		Test positif de l'Audit-C		Usage dans l'année de médicaments psychotropes	
	%	OR	%	OR	%	OR
Comparaison retraités/actifs						
actifs occupés (réf.)	17	1	16	1	20	1
retraités	12***	0,8 ns	15 ns	1,0 ns	22 ns	1,2 ns
Comparaison chômeurs/actifs						
actifs occupés (réf.)	17	1	16	1	20	1
chômeurs	23*	1,6*	14 ns	0,9 ns	31**	1,6*

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

Note : Le tableau 3 ne présente pas l'ensemble des variables du modèle (il s'agit des mêmes variables que celles présentées dans le tableau 2). Par ailleurs, signalons que l'âge de départ à la retraite n'étant pas renseigné dans l'enquête, nous avons, d'une part, effectué la même analyse sur des tranches d'âges plus étroites (58-62 ans, 59-61 ans) afin de limiter un « effet âge », et d'autre part utilisé une modélisation de la probabilité de se retrouver à la retraite en fonction des caractéristiques sociodémographiques (autrement appelée score de propension). Les résultats obtenus ne présentaient pas de variations majeures. Aussi, seul le tableau 3 est présenté.

inactifs n'a pas d'impact sur les trois indicateurs présentés dans le tableau 3. Cela ne préjuge aucunement des effets de censure opérés par la morbidité et la mortalité induites avant 60 ans et vraisemblablement discriminants selon la catégorie socioprofessionnelle.

Parmi les 55-64 ans, les retraités sont en proportion moins nombreux que les actifs occupés à se déclarer fumeurs quotidiens (tableau 3). Toutefois cette association n'est plus significative toutes choses égales par ailleurs. Le passage à la retraite n'est donc pas associé aux indicateurs étudiés (tabac quotidien, Audit-C et médicaments psychotropes dans l'année). Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse selon laquelle les retraités consomment moins de produits psychoactifs du fait d'une suppression du stress professionnel. Par contre, l'analyse comparant actifs occupés et chômeurs montre que ces derniers déclarent une consommation de tabac et de médicaments psychotropes supérieure à celle des actifs occupés.

Précisons encore que des analyses complémentaires ont montré que les facteurs associés aux usages de produits psychoactifs des actifs occupés et des retraités âgés de 55 à 64 ans ne différaient pas. La seule exception concerne la vie maritale : son association avec la consommation de médicaments psychotropes n'apparaît pas significative parmi les actifs occupés alors que le fait de vivre seul est associé à une consommation dans l'année plus fréquente parmi les retraités (OR=1,7).

Discussion

Parmi les seniors, l'élévation du niveau de diplôme apparaît liée à des consommations plus importantes de tabac et, de façon plus modeste, d'alcool. Ce fait est remarquable parce qu'il s'oppose en apparence à l'idée courante que les messages de prévention soient mieux suivis par les personnes les plus éduquées. Plusieurs hypothèses pourraient rendre compte de ce paradoxe. D'abord une surmortalité des personnes issues des classes populaires et donc moins diplômées, qui sont plus souvent victimes des maladies du tabac et de l'alcool [6] ; ensuite, une surconsommation

féminine marquée parmi les plus diplômés. Les consommations féminines d'alcool et de tabac sont en effet des reflets d'une certaine parité sociale et économique conquise par les femmes durant la seconde moitié du siècle précédent [7].

Relativement à la poursuite d'une activité professionnelle, le passage à la retraite n'apparaît associé qu'à une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes. En revanche, l'exclusion du travail marquée par la situation de chômage est associée à des consommations nettement plus marquées de tabac et de médicaments psychotropes. Ce point était déjà connu pour les jeunes adultes [8], mais il est confirmé pour les seniors. Il est enfin notable que la consommation d'alcool soit relativement indépendante de la situation face à l'emploi dans cette tranche d'âge, ce qui n'est pas le cas parmi les plus jeunes [8].

Au titre des limites de cette analyse, il faut préciser que 24 % des hommes et 19 % des femmes de plus de 65 ans présentent un déficit auditif, ce qui peut rendre plus difficile un entretien téléphonique [9]. Toutefois, c'est surtout parmi les 80 ans et plus que le problème existe, 40 % des personnes de cet âge étant concernées par ces troubles. Par ailleurs, si une part des personnes âgées réside en institution médicosociale ou en maison de retraite sans forcément disposer d'une ligne téléphonique personnelle, cela ne se rapporte qu'à 3 % des 60-75 ans, tandis qu'environ 12 % des personnes de plus de 75 ans sont concernées. Le choix de considérer l'usage problématique plutôt que l'usage quotidien d'alcool comme indicateur privilégié résulte du fait que ce dernier est très répandu mais concerne souvent des volumes faibles, inférieurs aux recommandations usuelles de modération parmi les seniors.

Une autre limite à cette analyse doit être précisée. La catégorie « retraités » regroupe des personnes très différentes, dont l'ancienneté dans ce statut est plus ou moins grande, sans oublier que le départ à la retraite peut être imposé ou décidé. L'enquête du Baromètre santé 2005 ne permet pas de distinguer ces différents types de retraités, ce qui aurait pu vraisemblablement donner des résultats plus nuancés [10]. Le prochain exercice du Baromètre, qui aura lieu en 2010, comblera ces limitations en recueillant l'âge de départ à la retraite.

Bibliographie

1. BECK (F.), GAUTIER (A.), and GUILBERT (P.), *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, Coll. Baromètre santé ed. 2007, Saint-Denis, INPES, 608 p.
2. DEVAUX (M.), JUSOT (F.), TRANNOY (A.), et TUBEUF (S.), « La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents », *Économie et Statistique*, 2008, 411, p. 25-46.
3. BUSH (K.), KIVLAHAN (D.), MC DONELL (M.), FIHN (S.), et al., « The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking », *Archives of Internal Medicine*, 1998(158), p. 1789-1795.
4. JOHNSON (I.), « Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2000, 15(7), p. 575-81.
5. EPSTEIN (E.E.), FISCHER-ELBER (K.), and AL-OTAIBA (Z.), « Women, aging, and alcohol use disorders », *Journal of Women and Aging*, 2007, 19(1-2), p. 31-48.
6. MONTEIL (C.) et ROBERT-BOBÉE (I.), « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee Première*, 2005(1025).
7. GRAHAM (H.), « Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990 », *Social Science and Medicine*, 1996(43), p. 243-254.
8. LEGLEYE (S.), BECK (F.), PERETTI-WATEL (P.), and CHAU (N.), « Role of employment or scholar status and gender: Drug use among 18 to 25 year-olds in France in 2005 », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, 56(5), p. 345-55.
9. SERMET (C.), « Démographie et état de santé des personnes âgées », in *Livre Blanc de la Gériatrie Française*, M. Bonnel and C. Jeandel, 2004, ESV Production, Paris, p. 25-32.
10. HENKENS (K.), VAN SOLINGE (H.), and GALLO, (W.T.), « Effects of retirement voluntariness on changes in smoking, drinking and physical activity among Dutch older workers », *European Journal of Public Health*, 2008, 18(6), p. 644-9.

Bibliographie complète disponible sur le site de l'OFDT (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend67.html>)

Tendances

Directeur de la publication
Jean-Michel Costes

Comité de rédaction
Catherine Berthier, Sylvain Dalry,
Alain Epelboin, Serge Karsenty, Maria Melchior

Secrétariat de rédaction
Julie-Émilie Adès

Maquettiste
Frédérique Million

Impression
Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol
75010 Paris
ISSN 1295-6910
Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

