

Vieillesse en santé

Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

On peut se procurer d'autres exemplaires de cette publication auprès de :

Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (ON)
K1A 1B4

Téléphone : (613) 952-7606
Télécopieur : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Les opinions exprimées dans ce texte sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. : H39-612/2002-5F
ISBN : 0-662-86983-4

This report is available in English under the title: *Healthy Aging: Tobacco Use and Smoking Cessation Among Seniors.*

Avant-propos

Ce document d'information a été préparé par la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada pour alimenter la réflexion des participants à un atelier portant sur *Le vieillissement et les pratiques de santé*, atelier qu'elle a organisé en novembre 2001. L'atelier avait pour but de lui fournir des conseils qui faciliteraient l'élaboration d'un plan d'action en faveur du vieillissement en santé portant sur quatre déterminants clés : une bonne alimentation, la prévention des blessures, l'activité physique et le renoncement au tabac. Ces éléments étaient ressortis d'une série d'études sur les déterminants du vieillissement en santé, que la Division a menée au sein du Ministère. Les documents d'information sur ces quatre sujets ont été distribués aux participants avant l'atelier. Le présent document est une version révisée du document qui portait sur le tabagisme. On y a ajouté les commentaires formulés par les spécialistes et les intervenants.

A. Aperçu de la question

Importance de la question

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès et de maladies au Canada. On estime d'ailleurs que le tabagisme cause le décès prématuré de trois fois plus de Canadiens et de Canadiennes que l'ensemble des décès causés par la route, le suicide, la toxicomanie, les homicides et le sida. En 1991, le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada a estimé que 45 064 décès au total étaient attribuables au tabagisme. Pour l'an 2000, on prévoyait que ce nombre allait atteindre 46 910 décès. Cette augmentation est attribuable à une hausse de 24 % des décès causés par le tabagisme chez les femmes, ce qui compense une diminution de 4 % chez les hommes.

Le tabagisme est en cause dans 8 des 14 principales causes de décès chez les personnes âgées. Le tabagisme cause des maladies invalidantes et mortelles, dont le cancer des poumons et autres cancers, des maladies du cœur et du système circulatoire, de même que des maladies respiratoires comme l'emphysème. Il accélère aussi le rythme de diminution de la densité osseuse au cours du vieillissement. À 70 ans, les fumeurs ont une densité osseuse moindre et un facteur de risque de fractures plus élevé que les non-fumeurs. Par ailleurs, les femmes qui fument risquent davantage de souffrir d'ostéoporose post-ménopausique. Les non-fumeurs risquent aussi d'être en danger lorsqu'ils sont exposés à la fumée de tabac ambiante. (L'élimination de l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac ambiante représente un objectif important dans le cadre des programmes intégrés de la lutte contre le tabagisme).

On accumule aussi les preuves en ce qui concerne le lourd fardeau qu'entraîne le tabagisme sur le plan du fonctionnement physique. Dans l'étude sur les personnes âgées effectuée dans le comté d'Alameda, Guralnik et Kaplan ont constaté que les fumeurs de 1965, qui étaient toujours vivants en 1984, avaient deux fois plus de chances de présenter des niveaux réduits de capacité et de fonctionnement physiques que les personnes qui n'avaient jamais fumé.

La moitié des fumeurs de longue date sont décédés des suites d'une maladie attribuable au tabagisme. De ceux-ci, la moitié des personnes sont décédées à un âge moyen et les autres ont souffert de maladies chroniques attribuables au tabagisme avant de mourir à un âge plus avancé. Même si les fumeurs ont tendance à mourir plus tôt, on a démontré que les coûts liés aux soins de santé des fumeurs tout au long de leur vie sont plus élevés que ceux des non-fumeurs.

La bonne nouvelle est que le renoncement au tabac peut renverser un grand nombre des effets négatifs du tabagisme sur la santé.

Ampleur du problème

En 2000, la prévalence du tabagisme au Canada était la plus basse depuis qu'a débuté, en 1965, la surveillance régulière de la consommation de tabac. En 2000, un peu plus de six millions de personnes étaient des fumeurs, ou 24 % de la population âgée de 15 ans et plus.

Le tabagisme est moins courant chez les personnes âgées que chez les jeunes gens. En 1995, 12 % des personnes âgées vivant en ménage privé étaient des fumeurs quotidiens, comparé à 22 % chez les 55-64 ans, 27 % chez les 45-54 ans, 31 % chez les 25-44 et 24 % chez les 15-24 ans. Parmi les fumeurs, la proportion des fumeurs quotidiens augmente toutefois constamment avec l'âge. Parmi les fumeurs âgés de 15 à 17 ans, 66 % fument chaque jour. Ce nombre augmente à 92 % chez les fumeurs de 65 ans et plus.

Les Autochtones affichent le taux de tabagisme le plus élevé au Canada, soit environ le double du taux global de l'ensemble de la population canadienne. Chez les personnes âgées de 45 à 49 ans, 59 % fument. Ce nombre chute à 35 % chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et à 23 % chez celles de 75 ans et plus.

Tendances

L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada a conclu que la prévalence du tabagisme a diminué depuis 1990, alors que 30 % des Canadiens et des Canadiennes fumaient. En 1996-97, 36 % de toutes les personnes âgées, y compris plus de la moitié des hommes (52 %) et près d'une femme sur quatre (24 %) étaient d'anciens fumeurs.

On constate des tendances favorables pour ce qui est de la prévalence du tabagisme chez les personnes âgées. Aux É.-U., la proportion de fumeurs âgés de plus de 65 ans a baissé de 18 % à 12 %, entre 1965 et 1994. Des baisses semblables sont prévues au Canada. Cependant, le taux de diminution chez les fumeurs âgés est plus lent que chez les fumeurs plus jeunes.

Un grand nombre de personnes âgées sont d'anciens fumeurs. Le taux de renoncement au tabac est plus élevé chez les personnes âgées que chez les jeunes gens. Toutefois, les fumeurs canadiens âgés de 45 ans et plus risquent davantage de déclarer que rien ne les incitera à cesser de fumer, par rapport aux fumeurs plus jeunes âgés entre 15 et 44 ans. Peu de gens (3 %) déclarent qu'un programme d'aide ou qu'une solution de rechange à la cigarette les motiveraient à cesser de fumer. Ces statistiques suggèrent que les personnes âgées qui ont des antécédents de tabagisme de longue date auront probablement davantage besoin d'aide pour cesser de fumer. Celles qui fument encore doutent peut-être de retirer quelque avantage que ce soit en cessant de fumer plus tard, et sont donc plus susceptibles d'être dépendantes à la nicotine.

Malgré la baisse générale de la prévalence du tabagisme chez les femmes depuis la fin des années 1970, le nombre de décès attribuables au tabagisme chez celles-ci augmente. On peut attribuer cette augmentation à une hausse de la prévalence du tabagisme chez les fumeuses âgées de 65 ans et plus, ce que l'on croit être un effet de cohorte lié à la hausse de popularité de la cigarette chez les femmes plus jeunes à la fin des années quarante et cinquante.

Au fil des ans, les différences d'habitudes de tabagisme entre les hommes et les femmes et, par conséquent, les différences subséquentes dans la prévalence du cancer du poumon et d'autres maladies mortelles, ont constitué un facteur important de variation de l'espérance de vie. Puisque de plus en plus de femmes fument, il se pourrait bien que les écarts entre ces différences

se rétrécissent. En fait, le cancer du poumon a déjà supplanté le cancer du sein en tant que principale cause de décès chez les femmes dans de nombreux pays riches où les femmes fument depuis 30 ans ou plus.

Quelques considérations clés

De façon générale, les décès attribuables au tabagisme entraînent, en moyenne, une perte de 15 ans de l'espérance de vie. Santé Canada estime que le tabagisme comptera pour plus de 50 % des décès avant l'âge de 70 ans chez les fumeurs âgés aujourd'hui de 15 ans.

Dépendance à la nicotine

La nicotine est la substance du tabac qui engendre une forte dépendance à la cigarette. Les experts classent la nicotine avant l'alcool, la cocaïne et l'héroïne en ce qui a trait à la gravité de la dépendance que crée son usage. La nicotine est l'un des milliers de composés chimiques utilisés dans la fabrication des produits du tabac, mais on la considère comme le principal composé agissant sur la fonction cérébrale. La privation de nicotine peut diminuer la concentration et la fonction cognitive; elle peut aussi renverser ces manques déclenchés par le sevrage. On a observé une diminution du rendement dans les quatre heures suivant une privation de tabac. De nombreuses études décrivant l'« amélioration » de la concentration et de la fonction cognitive grâce à la nicotine ne font que démontrer le renversement des effets de sevrage. Le faible niveau de concentration et la diminution de la fonction cognitive suivant une période de privation de nicotine peuvent constituer un puissant facteur pour motiver une personne à fumer afin de renverser ce manque, maintenant ainsi la dépendance à la nicotine.

Composés chimiques

Les scientifiques ont répertorié plus de 4 000 composés différents dans la fumée de cigarette. On reconnaît en outre que plus de 40 de ces composés causent le cancer.

Effets négatifs sur les médicaments

Le tabagisme peut perturber des niveaux moyens de médication et nuire à une gamme de pharmacothérapies, y compris les antidépresseurs. Par conséquent, les posologies prescrites aux fumeurs plus âgés peuvent s'avérer infrathérapeutiques ou inefficaces. La vaste majorité des aînés consomment une forme quelconque de médicament, qu'il soit prescrit ou vendu sans ordonnance. En 1997, par exemple, 84 % de toutes les personnes âgées vivant dans leur domicile avaient pris une forme quelconque de médicament dans les deux jours précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population, parmi lesquelles 56 % avaient pris deux médicaments ou plus au cours de cette période.

Comorbidités psychiatriques

Plus de fumeurs que de non-fumeurs peuvent souffrir de dépression clinique. La nicotine peut avoir des effets de soulagement de certains symptômes psychiatriques. Les personnes déprimées sont moins susceptibles de cesser de fumer et sont souvent sujettes à une aggravation des symptômes lorsqu'elles arrêtent.

Fumeurs invétérés

Il semble que les fumeurs plus âgés sont plus susceptibles d'être des fumeurs invétérés (des gros fumeurs ayant fait peu d'efforts pour renoncer au tabac et qui envisagent de ne jamais arrêter). Les preuves actuelles démontrent que de tous les fumeurs, 5 % sont des fumeurs invétérés et que la majorité d'entre eux ne seront pas influencés par les messages anti-tabac. Néanmoins, il semble que les initiatives actuelles de lutte contre le tabagisme sont loin de se heurter contre les fumeurs récalcitrants.

Volonté de cesser de fumer

Les fumeurs plus âgés sont moins prêts à essayer de cesser de fumer. Moins d'un quart de ce groupe déclarent qu'ils comptent arrêter dans les trois prochains mois. Les fumeurs plus âgés sont beaucoup moins portés à reconnaître les risques pour la santé associés au tabagisme et ils sont plus susceptibles de considérer le tabagisme comme une méthode positive pour se prendre en charge et pour contrôler leur poids. Parmi les fumeurs âgés de 50 ans et plus, ceux qui ont une vision réaliste des problèmes de santé liés au tabagisme et ceux qui considèrent que le tabagisme cause une dépendance sont plus susceptibles d'être prêts à cesser de fumer. Les fumeurs plus âgés sont moins susceptibles d'essayer de cesser de fumer que les jeunes fumeurs, mais ils auront souvent plus de succès que les jeunes dans leurs tentatives.

Forme physique

Le tabagisme peut causer préjudice à la forme physique à tout âge. Si l'on tient compte des différences entre les niveaux moyens d'exercice, une étude récente laisse entendre que les fumeurs ont une endurance physique moins grande que les non-fumeurs. Le tabagisme réduit la capacité du sang à transporter l'oxygène et accroît la fréquence cardiaque et le taux métabolique basal, neutralisant ainsi les bienfaits de l'activité physique, y compris la forme cardiovasculaire.

Coûts économiques

Au Canada en 1991, le coût économique du tabagisme imposé à la société était évalué entre 11 et 15 milliards de dollars. Les coûts directs engagés dans le système canadien de santé en raison du tabagisme se chiffrent entre 3 et 3,5 milliards de dollars par année. La somme la plus importante des coûts de soins de santé liés au tabagisme est consacrée aux soins hospitaliers et les coûts les plus élevés sont imputables aux fumeurs âgés.

Selon le Centre for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, les coûts attribuables au tabagisme en matière de soins médicaux s'élevaient, en 1993, à 50 milliards de dollars US pour la population en général. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les coûts estimatifs étaient de 21 milliards de dollars US.

Autres risques pour la santé

Les risques liés au tabagisme et aux tabacs sans fumée (tabac à chiquer, à priser) sont fondés et fort nombreux. De plus, les risques du tabagisme s'étendent aussi au troisième âge. Parmi les hommes et les femmes de plus de 65 ans, le taux de mortalité est deux fois plus élevé chez les fumeurs actuels que celui des participants qui n'ont jamais fumé. Le tabagisme est non seulement un facteur de risque majeur dans huit des 16 principales causes de décès chez les

personnes âgées de 65 ans et plus, il complique également les affections et les maladies prévalant

chez les personnes âgées. Parmi celles-ci, mentionnons :

- les maladies cardiaques;
- une variété de cancers;
- le diabète;
- les maladies respiratoires;
- l'hypertension;
- les affections vasculaires et circulatoires;
- les ulcères duodénaux;
- la diminution du goût et de l'odorat;
- l'ostéoporose;
- les cataractes;
- les conséquences sur les dents et les gencives;
- les troubles du sommeil.

Plusieurs rapports récents fournissent des preuves tangibles démontrant un lien entre le tabagisme et l'ostéoporose (diminution de la densité osseuse) qui, en revanche, rend une personne plus vulnérable aux fractures. On retrouve une diminution importante de la densité osseuse chez les femmes postménopausées ainsi que chez les hommes âgés ayant eu une exposition prolongée au tabac.

Dans une vaste étude épidémiologique réalisée récemment, on reliait le tabagisme aux troubles du sommeil, comme la difficulté à s'endormir et les symptômes évoquant une fragmentation du sommeil, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les preuves démontrant l'existence d'un lien entre les cataractes et le tabagisme continuent de s'accumuler. Aux États-Unis, les recherches suggèrent que 20 % des cataractes sont attribuables à la cigarette. On peut aussi faire une association entre le tabagisme et un type de maladie de la thyroïde appelé maladie de Graves.

Le tabagisme réduit le flux sanguin dans les petits vaisseaux de la peau, endommageant peut-être les cellules de la peau et entraînant l'apparition de rides et le vieillissement prématuré, tant chez les hommes que chez les femmes.

Vieillir en santé : constatations probantes

La recherche a démontré qu'il est avantageux de cesser de fumer, et ce, à n'importe quel âge. L'étude de la Fondation MacArthur fait valoir que le tabagisme n'a pas d'âge : alors que les risques du tabagisme se prolongent dans le troisième âge, il en va de même pour les avantages liés à l'abandon du tabac.

Le renoncement au tabac exerce une action protectrice qui augmente avec le nombre d'années depuis ce renoncement. Chez les fumeurs plus âgés, les avantages liés au renoncement à l'égard des maladies du cœur et des accidents cérébrovasculaires sont presque immédiats, avec une diminution rapide de la mortalité, tandis que l'on ressent les avantages sur la fonction respiratoire après une plus longue période de temps.

Des améliorations considérables sur le plan du système circulatoire et de la perfusion pulmonaire se produisent rapidement lorsque les personnes âgées cessent de fumer, et la plupart de ces améliorations se font ressentir au cours de la première année. Provoquée par le tabagisme, l'anomalie relative à la perméabilité épithéliale pulmonaire semble pouvoir être en grande partie réversible, et ce, en peu de temps.

Des recherches estiment que le tabac cause 80 à 90 % de l'ensemble des cas de bronchite chronique et de l'emphysème. Les conséquences et la progression d'une maladie pulmonaire obstructive chronique sont réduites de façon notable lorsque l'on cesse de fumer. Les personnes qui cessent de fumer la cigarette avant d'être aux prises avec une fonction pulmonaire anormale ont moins de chances de souffrir de limitations ventilatoires.

Les anciens fumeurs affichent un taux global de mortalité moins élevé, réduisent leurs chances de contracter une maladie cardiovasculaire, et de souffrir d'infarctus répétés du myocarde, d'un cancer du poumon et autres cancers, et ils bénéficient d'une meilleure fonction pulmonaire et physique en général. On constate un potentiel de rendement élevé, sous l'angle de l'économie et de la santé, des investissements dans le renoncement au tabac chez les fumeurs âgés, par rapport aux plus jeunes adultes.

On a compilé, dans le rapport du Directeur du Service de santé publique des États-Unis (1990), des données résumant les avantages spectaculaires et souvent immédiats du renoncement au tabac chez les personnes âgées. On y déclarait en outre « qu'il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer. »

Efficacité des interventions

Le renoncement au tabac demeure la méthode la plus efficace de modifier l'évolution des maladies causées par le tabac chez les gens de tout âge, y compris chez ceux âgés de 65 ans et plus. Il existe des interventions efficaces de renoncement au tabac dans les cadres de la pratique clinique et de la santé publique. Rien n'indique que les interventions disponibles actuellement seraient moins efficaces chez les personnes âgées.

Des guides de pratique clinique pour le traitement de la dépendance au tabac ont été publiés. Ces guides fournissent une base de preuves pour les genres d'interventions que les professionnels de la santé devraient utiliser pour aider les fumeurs à renoncer au tabac; des dispensateurs de soins médicaux offrent, à ce sujet, des conseils précis qui sont efficaces. Des interventions plus vigoureuses (counselling individuel, collectif ou téléphonique), qui fournissent un soutien social et une formation en résolution de problème, sont encore plus efficaces. Les patients plus âgés sont réceptifs aux conseils du médecin à l'égard du renoncement au tabac et ils affirment que ces conseils influencent de façon positive leurs décisions de cesser de fumer et leur confiance à cet égard. Les médecins sont plus susceptibles de donner des conseils aux patients souffrant de maladies ayant un lien reconnu avec le tabagisme telles que les maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires ou respiratoires. Parmi les fumeurs plus âgés, 36 % affirment que leurs médecins ne leur ont jamais conseillé d'arrêter de fumer.

Il existe des indications solides et constantes que les traitements pharmacologiques pour le renoncement au tabac (en particulier, la thérapie de remplacement de la nicotine et le *bupropion*)

peuvent aider les gens à cesser de fumer. Les pharmacothérapies sont efficaces même lorsqu'elles sont employées sans programmes de soutien en matière de comportement. De plus en plus de gens utilisent de l'aide (matériaux d'auto-assistance, counselling et/ou thérapie de remplacement de la nicotine) lorsqu'ils veulent cesser de fumer. Ceux qui utilisent de l'aide ont des taux de renoncement plus élevés. Entre un cinquième et un tiers des tentatives de renoncement se font avec de l'aide.

L'incidence des prix du tabac semble moins importante pour les hommes âgés, tandis que les femmes de tous âges semblent être plus sensibilisées à ces prix. L'attention à l'égard des messages d'information sur la santé diminue avec l'âge, probablement parce que la plupart des campagnes anti-tabac ont ciblé les personnes plus jeunes. On demande à ce que des stratégies visant à accroître le renoncement au tabac chez les personnes âgées soient mises en place. Ces stratégies sont particulièrement urgentes lorsque l'on considère l'importance accrue du tabagisme chez les femmes au seuil du troisième âge.

Un petit nombre d'études sur les résultats des traitements, examinant en particulier les indicateurs de réussite liés au renoncement au tabac chez les fumeurs âgés, ont confirmé l'importance des facteurs suivants :

- dépendance à la nicotine peu élevée;
- auto-efficacité accrue du renoncement;
- niveau de scolarité;
- hospitalisation pour cause de maladie;
- réussite antérieure en matière de renoncement au tabac;
- motivation plus forte;
- perception accrue des avantages pour la santé;
- perception réduite des obstacles liés au renoncement;
- utilisation d'un plus grand nombre de stratégies de renoncement;
- avoir un conjoint non fumeur et peu ou pas de connaissances qui fument;
- rencontres fréquentes avec un pharmacien ou un médecin pour les personnes âgées utilisant des timbres à la nicotine.

Ces constatations, dont les résultats sont prometteurs, ont été utilisées afin de mettre au point des traitements adaptés à chaque personne âgée, comme une étude pilote menée actuellement auprès des utilisateurs âgés de timbre à la nicotine.

Les recherches publiées depuis 1990 ont démontré notamment que les fumeurs plus âgés sont très ouverts aux programmes ciblés de renoncement au tabac. Ils ont autant de chances, sinon plus, de réussir à cesser de fumer que les fumeurs plus jeunes, et ce, par leurs propres moyens ou à l'aide d'un programme d'aide individuel ou de consultation, qu'il soit pharmacologique ou non. Cela comprend de brèves interventions dans des établissements de soins primaires ainsi qu'une combinaison de conseils sur le renoncement et une thérapie de remplacement de la nicotine. Malheureusement, même si les personnes plus âgées rencontrent leur médecin plus souvent que les groupes d'âge plus jeunes, la plupart d'entre eux ne reçoivent pas l'aide ou les conseils dont ils ont besoin pour cesser de fumer.

Les recherches indiquent que la disponibilité accrue des thérapies de remplacement de la nicotine (et autres techniques de renoncement) pourrait aider de nombreux fumeurs âgés à cesser de fumer, tout particulièrement lorsque ces thérapies sont jumelées à d'autres interventions.

Parmi celles-ci, mentionnons :

- hausse des taxes sur les cigarettes;
- interdiction de fumer dans les endroits publics, en particulier dans les hôpitaux, les cliniques, les lieux de travail et les espaces clos où se réunissent des non-fumeurs vulnérables;
- interdiction globale de faire la promotion et le marketing de produits de tabac, et apposition plus visible d'avertissements pour la santé sur les produits du tabac;
- action globale contre la contrebande des produits du tabac.

Des arguments logiques, humains et économiques plaident pour la mise en application d'une politique globale en matière de lutte contre le tabagisme, comprenant entre autres les interventions décrites ci-dessus, dont tireront avantage les citoyens de tous âges. Les personnes âgées ne doivent pas être exclues de cette stratégie. Celles qui ont des antécédents de tabagisme de longue date auront probablement besoin de beaucoup plus d'aide pour cesser de fumer.

B. Appui à l'action

Stratégies actuelles de Santé Canada

La Loi sur le tabac, adoptée en 1997 par Santé Canada, est conçue pour :

- protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes à la lumière des preuves concluantes impliquant le tabagisme dans l'incidence de nombreuses maladies affaiblissantes et mortelles;
- protéger les jeunes gens et d'autres personnes contre les incitatifs à faire usage des produits du tabac et leur dépendance consécutive;
- protéger la santé des jeunes en limitant l'accès aux produits du tabac;
- accroître la sensibilisation du public aux dangers pour la santé d'utiliser des produits du tabac.

Depuis 1997, Santé Canada a élaboré et exécuté des douzaines de politiques, de mesures d'intervention et de programmes. À ce jour, aucun de ces programmes et aucune de ces interventions n'a ciblé les fumeurs plus âgés. Bon nombre de ceux-ci visent la population globale, les adultes en général, les femmes, les femmes souffrant de handicaps et les Autochtones. Le défi sera d'accroître les possibilités pour renforcer les initiatives de lutte contre le tabagisme et de renoncement au tabac s'adressant aux personnes plus âgées, de façon à rendre plus complet un programme de prévention généralement plus axé sur les jeunes.

Stratégies à l'extérieur de Santé Canada

Santé Canada travaille depuis longtemps avec des agences et des organismes non gouvernementaux concernés par le renoncement au tabac. À ce jour, aucun organisme de

personnes âgées ou organisme national bénévole de la santé n'a élaboré de programmes s'adressant en particulier aux fumeurs plus âgés.

Voici les neuf pratiques exemplaires établies par le CDC des États-Unis en matière de programmes globaux de lutte contre le tabagisme :

- Programmes communautaires
- Programmes sur les maladies chroniques pour alléger le fardeau lié aux maladies causées par le tabagisme
- Programmes scolaires
- Mise en application des lois
- Programmes à l'échelle des états
- Contremarketing
- Programmes de renoncement au tabac
- Surveillance et évaluation
- Administration et gestion.

En ce moment, aucun état américain ne met en œuvre de façon intégrale tous les éléments des programmes recommandés. Les coûts annuels approximatifs de mise en œuvre de tous les éléments ont été évalués entre 7 \$ et 20 \$ par personne dans les états plus petits (population inférieure à trois millions d'habitants); entre 6 \$ et 17 \$ par personne dans les états moyens (population de trois à sept millions d'habitants); entre 5 \$ et 16 \$ dans les états plus grands (population supérieure à sept millions d'habitants).

Un plan d'action mondial en matière de tabagisme est en cours. Le 24 mai 1999, l'Assemblée mondiale de la santé, l'organe directeur de l'Organisation mondiale de la santé, a appuyé à l'unanimité une résolution prévoyant une Convention-cadre de lutte contre le tabagisme.

Interventions prioritaires et recommandations additionnelles

- Il n'est pas nécessaire de mettre au point des interventions additionnelles en ce moment. Nous sommes assez informés pour pouvoir commencer. Il faut comprendre les pratiques exemplaires. Il faut envisager d'effectuer un examen systématique des interventions de renoncement au tabac chez les adultes plus âgés. Il existe des méthodes pour procéder à un tel examen de façon scientifique. Les interventions par les médecins peuvent commencer.
- Il faut sensibiliser davantage la population âgée aux effets négatifs de la fumée secondaire et au fait que cesser de fumer, peu importe l'âge, a des avantages positifs pour la santé.
- Des efforts constants pour légiférer des espaces sans fumée vont continuer de motiver plus de fumeurs à essayer de cesser de fumer.

Références

American Academy of Dermatology. *Need another reason to quit? Smoking can ruin your skin, too* [online]. 1999 [réf. du 8 février 2002].
<http://www.aad.org/PressReleases/need_reason.html>

Anda, R.F., D.F. Williamson, L.G. Escobedo et al. (1990). «Depression and the dynamics of smoking: A national perspective». *JAMA*, 264, 1541–1545.

Association pulmonaire du Canada. *Lung facts, 1993 update*. Gloucester, ON : l'Association, 1994.

Bartecchi, C.E, T. MacKenzie et R. Schrier. (1994). «The Human Costs of Tobacco Use». *New England Journal of Medicine*, 330, 13, 907–912.

Brandon, T.H. (1994). «Negative affect as motivation to smoke». *Curr Dir Psychol Sci* 3, 33–37.

Brownson, R.C., M.P. Eriksen, R.M. Davis et al. (1997). «Environmental tobacco smoke: Health effects and policies to reduce exposure». *Ann Rev Public Health*, 1(8), 163–185.

Burns, D.M. (2000). «Cigarette smoking among the elderly: Disease consequences and the benefits of cessation». *Am J Health Promo*, 14, 357–361.

Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1999.

Clark, M.A., W. Rakowski, F.J. Kviz et al. (1997). «Age and stage of readiness for smoking cessation». *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 52, S212–221.

Coombs, R.B., S. Li et L.T. Kozlowski. (1992). «Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking». *Am J Epidemiol*, 135, 240–246.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Canada). *Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes : annexes techniques*. Ottawa : Santé Canada, 1996. p. 185.

Covey, L.S., A.H. Glassman et F. Stetner. (1990). «Depression and depressive symptoms in smoking cessation». *Compr Psych*, 31, 350–354.

Ellison, Larry F. et al. (1995). «Projections de la mortalité imputable au tabagisme au Canada, 1991-2000». *Maladies chroniques au Canada* [en ligne] 16 (2). Mise à jour le 8 juillet 1996 [réf. du 7 février 2002].

<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic162/cd162c_f.html

Emery, S., E.A. Gilpin, C. Ake et al. (2000). «Characterizing and identifying “hard-core” smokers: implications for further reducing smoking prevalence». *Am J Health Promo*, 90, 387–394.

Evans W. et I.H. Rosenberg. *Biomarkers: The 10 Determinants of Aging You Can Control*. New York: Simon and Schuster, 1991, 63–64.

Fiore, M.C., W.C. Bailey, S.J. Cohen et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

Glassman, A.H., F. Stetner, B.T. Walsh et al. (1988). «Heavy smokers, smoking cessation and clonidine: Results of a double-blind randomized trial». *JAMA*, 259, 2863–2866.

Guralnik, J.M. et G. Kaplan. (1989). «Predictors of Healthy Aging: Prospective Evidence from the Alameda County Study». *American Journal of Public Health*, 79, 1989, 703–708.

Henningfield, J.E., L. Gopalan et S. Shiffman. (1998). «Tobacco dependence: Fundamental concepts and recent advances». *Curr Opin Psychiatr*, 11, 259–263.

Husten, C.G., D.M. Shelton, J.H. Chrismon et al. (1997). «Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965–94». *Tob Control*, 6, 161–163.

International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*, Brussels, 1999.

Kaiserman, M.J. (1997). «Le coût du tabagisme au Canada, 1991». *Maladies chroniques au Canada*. 18, 1, 15–22.

Kviz, F.J., M.A. Clark, K.S. Crittenden et al. (1994). «Age and readiness to quit smoking». *Prev Med*, 23, 211–222.

La Banque mondiale. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: La Banque mondiale, 1999.

LaCroix, A.Z. et al. (1991). «Smoking and Mortality Among Older Men and Women in Three Communities». *New England Journal of Medicine*, 324, 1619–1625.

Lindsay, Colin. *Les aînés au Canada : quelques statistiques sur les aînés au Canada*. Ottawa : Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 1999.

Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*. 3^e éd. Ottawa : Statistique Canada, No. de cat. 89-519-XPF, 1999. p. 69.

- McDonough, P. et R.J. Moffatt. (1999) «Smoking-Induced Elevations in Blood Carboxyhaemoglobin Levels». *Sports Medicine*, 27, 5.
- McGinnis, M.J. et W.H. Foege. (1993). «Actual Causes of Death in the United States». *Journal of the American Medical Association*, 270, 18, 2207–2212.
- Miller, V.P., C. Ernst et F. Collin. (1999). «Smoking-Attributable Medical Care Costs in the USA». *Social Science and Medicine*, 48, 3, 375–391.
- Morgan, G.D. et al. (1996). «Reaching Midlife and Older Smokers: Tailored Interventions for Routine Medical Care». *Preventative Medicine*, 25, 346–354.
- National Institutes of Health. Osteoporosis and Related Bone Diseases. National Resource Center. *Smoking and bone health* [en ligne]. 1999 [réf. du 8 février 2002]. <<http://www.osteoporosis.org/docs/87.356914114.html>>
- National Institute on Drug Abuse. *Addicted to Nicotine: A National Research Forum*, July 27 to 28, 1998, Bethesda, 1998.
- Nova Scotia Department of Health. *Health effects of tobacco use: how will smoking impact on the lives of today's young Canadians?* [en ligne]. Septembre 1999 [réf. 11 février 2002]. <http://www.gov.ns.ca/health/tcu/health_effects.htm#3>
- Organisation mondiale de la santé. *Active Ageing: From Evidence to Action*. Genève: l'OMS, 2000.
- Orleans, C.T., C. Jepson, N. Resch et al. (1994). «Quitting motives and barriers among older smokers». The 1986 Adult Use of Tobacco Survey revisited. *Cancer*, 74, 2055–2061.
- Orleans, T.C. (1997) «Reducing Tobacco Harms Among Older Adults: A Critical Agenda for Tobacco Control». *Tobacco Control: An International Journal*, 6, 167–180.
- Ossip-Klein, D.J., S. McIntosh, C. Utman et al. (2000). «Smokers ages 50+: Who gets physician advice to quit?». *Prev Med*, 31, 364–369.
- Physicians for a Smoke Free Canada. *Tobacco in Canada* [en ligne]. Septembre 1999 [réf. du 7 février 2002]. <http://www.smoke-free.ca/Health/pscissues_health.htm>
- Prummel, M.F. et W.M. Wiersinga. (1993). «Smoking and Risk of Graves' Disease». *Journal of the American Medical Association*, 269, 479–82.
- Rigotti, N.A et R.C. Pasternak. (1996). «Cigarette smoking and coronary heart disease: Risks and management». *Cardiol Clin*, 14, 51–68.
- Rimmer, B.K. et al. (1990). «The Older Smoker: Status, Challenges and Opportunities for Intervention». *Chest*, 97, 547–553.

Rowe, J. et R. Kahn. *Successful Aging*. New York: Dell Publishing, 1998.

Santé Canada. *Décès au Canada attribuables au tabagisme* [en ligne]. Janvier 1999, mise à jour le 23 novembre 2001 [réf. du 7 février 2001].

<<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/1999/9907fbk6.htm>>

Santé Canada. « Cesser de fumer : vivre sans fumée » [en ligne]. Mise à jour le 23 décembre 2000 [réf. du 8 février 2002]. <<http://www.éjc-scégcéca/hppb/cesser/jeunes/feuillet.html>>

Santé Canada. « Abandon du tabac ». *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, Phase 1, février à juin 1999. Ottawa : Santé Canada, 1999.

Special Committee on Aging, United States Senate. *Developments in Aging, 1986*. 3^e éd. Washington: USGPO, 1987. p. 10.

Svanborg, A. (1996). «Conduct of Long-Term Cohort Sequential Studies» in *Epidemiology in Old Age*, S. Ebrahim et A. Kalache (éd.). London: BMJ Publishing Group, 57–67.

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Tobacco Information and Prevention Source. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*, août 1999. <<http://www.cdc.gov/tobacco/bestprac.htm>>

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Department of Health and Human Services, 1990.

U.S. Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.

U.S. Centers for Disease Control. (1993). «Physician and Other Health-Care Professional Counseling of Smokers to Quit—United States». *MMWR*, 42, 854–857.

Wetter, D.W. et T.B. Young. «The Relation Between Cigarette Smoking and Sleep Disturbance». *Preventative Medicine*, 23, 3, 328–334.

Winstanley, M., S. Woodward et N. Walker. *Tobacco in Australia : facts and issues*. 2^e éd. Melbourne : Victorian Smoking and Health Program, 1995.

Zhu, S.-H., T. Melcer, J. Sun et al. (2000). «Smoking cessation with and without assistance: A population-based analysis». *Am J Prev Med*, 18, 305–311.