

# LE TABAGISME CHEZ LES SENIORS

*Enjeux et pistes d'intervention*

CIPRET-Vaud

Léa Crettex

## Table des matières

1. Introduction .....	3
2. Méthode .....	3
3. Prévalence .....	4
4. Profils des fumeurs âgés .....	5
5. Les raisons du comportement tabagique .....	6
6. Bénéfices de l'arrêt tabagique chez les seniors .....	6
7. Spécificités de l'arrêt tabagique chez les seniors .....	7
8. Facteurs de succès de l'arrêt tabagique .....	8
8.1 Rôle des médecins dans l'aide à l'arrêt .....	9
8.2 Types d'intervention pour un arrêt tabagique .....	11
9. Bonnes pratiques de prévention et promotion de la santé destinées aux seniors .....	13
10. Cartographie des projets de prévention et/ou de promotion de la santé destinés au seniors dans le canton de Vaud .....	15
11. Conclusion .....	17
12. Pistes de recommandations pour une intervention auprès des seniors .....	18
13. Bibliographie .....	21
14. Annexe .....	28

## 1. Introduction

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès et de maladie, et ce comportement débute souvent lors de la période adolescente. En effet, 87% des fumeurs adultes disent avoir commencé à fumer avant 21 ans (Monitoring suisse sur le tabac, 2011). Mais la mort et l'invalidité engendrée par le tabagisme ont principalement lieu à des âges plus avancés : 70% de décès attribuables au tabagisme surviennent chez des sujets de plus de 60 ans (Burns, 2000 ; Kaplan, 2002). De plus, le tabagisme est l'une des principales causes de décès chez les seniors (Fernandez et al., 2010).

Le tabagisme chez les seniors est une thématique encore très peu abordée dans le milieu de la santé ; on trouve un nombre limité d'articles scientifiques portant sur cette question. Pourtant, il s'agit d'un enjeu de santé publique à considérer, du fait notamment de l'évolution démographique et donc du vieillissement de la population (Guignard et al., 2014), ainsi qu'une amélioration constante de leur qualité de vie (Jeremias et al., 2012).

Ce travail consiste donc à effectuer un état de la littérature sur le tabagisme chez les seniors. Afin de cibler mes recherches, la limite inférieure d'âge a été fixée à 65 ans puisqu'il s'agit de la définition de l'OMS pour une personne âgée. Cependant, au fil de ce travail, la limite s'est quelque peu abaissée, de par une grande partie de la littérature s'intéressant à des personnes âgées de 50 ans et plus. De plus, cette limite d'âge plus basse permet de cibler des personnes à un moment charnière, tels que le passage à la retraite.

Cette recherche amènera des chiffres sur la prévalence tabagique dans cette population, avant d'amener des éléments sur les profils des fumeurs et les raisons et motivations les poussant à perpétuer ce comportement. Les bénéfices liés à un arrêt tabagique à un âge avancé seront également abordés, avant de parler des spécificités de l'arrêt tabagique et des facteurs de succès pour un arrêt. Le rôle des médecins et du personnel soignant sera également abordé. Une deuxième partie de ce travail portera sur les bonnes pratiques de prévention et de promotion de la santé pour les seniors, suivie par une cartographie des projets de prévention et/ou de promotion de la santé destinés aux seniors dans le canton de Vaud. Le but de cette cartographie est d'identifier des projets avec lesquels une synergie pourrait être développée avec la prévention du tabagisme.

## 2. Méthode

Pour ce travail, une recherche de la littérature a été effectuée. Premièrement, une revue systématique dans les principales bases de données médicales et/ou de sciences sociales a été réalisée. Puis, une fois un certain nombre d'articles récoltés, la méthode en « boule de neige » a suivi, consistant à rechercher et à lire les références citées par les auteurs qui me semblaient en lien avec ma problématique.

Le tableau en annexe rend compte des bases de données et autres catalogues retenus dans ma recherche de littérature. Les mots-clés utilisés y sont indiqués, le nombre d'articles trouvés ainsi que le nombre d'articles retenus.

Les critères de décisions pour l'inclusion d'une source ont été les suivants :

- la pertinence du lien avec le thème de recherche
- la date de publication. Les années 2006-2017 ont été, dans la mesure du possible, prises comme limite, en vue d'avoir les données et les débats les plus récents concernant le domaine de recherche
- la disponibilité, car certains articles payants ont été laissés de côté.
- la langue de rédaction de l'article. L'anglais a été privilégié, en tant que langue conventionnellement reconnue pour les publications scientifiques. Le français a également été accepté lorsque cela était pertinent.

### **3. Prévalence**

D'un point de vue global, presque 12% des 65 ans et plus en Europe, et 9% aux Etats-Unis sont des fumeurs (Cawkwell, 2015). En Suisse, 16.9% des personnes âgées de 55 à 64 ans sont des fumeurs quotidiens, 5.3% des fumeurs occasionnels, 31.2% des ex-fumeurs. Pour la tranche d'âge 65-74 ans, 12% sont des fumeurs quotidiens, 2.8% des fumeurs occasionnels et 35.2% des anciens fumeurs. Et finalement, chez 75 ans et plus, 5% sont des fumeurs quotidiens, 1.6% des fumeurs occasionnels et 28.7% des anciens fumeurs (Monitoring suisse des addictions, 2015).

La proportion de fumeurs au sein des 55-85 ans se situe bien en-deçà de celle observée parmi les plus jeunes (13.4% vs. 41.4% des 15-54 ans), et diminue avec l'âge au sein de cette population. Une première explication est liée à l'arrêt tabagique observé en moyenne autour de 40 ans. En effet, la proportion d'ex-fumeurs chez les 55-85 ans s'avère supérieure à celle du reste de la population (44.2% vs. 22.6%). Une autre raison est que la part de décès dû au tabagisme augmente considérablement avec l'âge. En Europe, la prévalence tabagique est significativement plus haute chez les 65-74 ans que chez les plus de 75 ans (Lugo et al., 2013) ; ce qui pourrait s'expliquer par un plus grand nombre de décès lié à des conséquences du tabagisme chez les plus de 75 ans.

La prévalence tabagique est plus basse dans les pays ayant mis en place des interventions à propos du tabagisme au niveau de la population ainsi que des programmes anti-tabac (Lugo et al., 2013). Un rapport de la fondation Robert Wood Johnson (2011) rapporte que les campagnes anti-tabac ont contribué à divers changements de normes sociales et d'attitudes envers le tabagisme, ainsi qu'à une diminution générale de la consommation de tabac, spécialement chez les jeunes adultes. Cependant, au vu des taux d'arrêt tabagique plus faibles chez les seniors, cela résulte suggère que ces campagnes ont

été moins efficaces dans cette population (Choi & DiNitto, 2014). Stevens et al. (2017) ont tout de même cherché à savoir si l'augmentation du prix des cigarettes avait une influence sur la consommation tabagique des personnes âgées. Son analyse a montré qu'une augmentation du prix du paquet de cigarettes ainsi qu'un prix moyen du paquet plus élevé étaient associés à un taux d'arrêt tabagique élevé. Les taxes semblent donc être une mesure efficace pour cette population.

#### **4. Profils des fumeurs âgés**

La question du statut socio-économique est importante ; le taux d'arrêt tabagique augmente avec un plus haut niveau de scolarité et un revenu plus élevé (Honda, 2005).

Les personnes âgées qui se sentent seules, isolées, vont plus probablement s'engager dans des comportements à risques pour leur santé, tels que le tabagisme. En effet, plusieurs études montrent une association entre la solitude et le fait d'être un fumeur (Choi et DeNitto, 2014 ; Shankaer et al., 2011) ; les seniors qui vivent seuls sont donc plus nombreux à fumer que ceux vivant accompagnés (Abdullah et al., 2006 ; Guignard et al., 2014). Le veuvage, typiquement, pourrait mener à un moindre support social et rendre moins probable l'arrêt tabagique dans cette population. (Pang et al., 2015).

Le sexe masculin, le veuvage et le bas niveau de scolarité sont associés à une plus grande prévalence de tabagisme (Pang et al., 2015). Marinho (2010) et Fernandez et al. (2010) confirment la grande prévalence de fumeurs chez les hommes. L'âge est également un prédicteur significatif de la consommation de tabac, les anciens fumeurs ayant plus de chance d'appartenir au groupe d'âge plus âgé, soit 75 ans et plus (Pang et al., 2015). Chez les hommes, une consommation tabagique est souvent associée avec une consommation élevée d'alcool. Selon Pin (2005), une consommation conjointe de tabac et d'alcool concerne 6% des personnes de 60 à 75 ans, en majorité des hommes. Madruga et al. (2009) ont démontré que les chances de consommer du tabac sont 13 fois plus élevées chez les gros consommateurs d'alcool, en comparaison avec ceux qui n'en abusent pas. Fernandez et al. (2010) estiment que les seniors fumeurs ont tendance à cumuler les usages et tabac et d'alcool. Finalement, les fumeurs seniors ont plus de chances d'avoir un plus haut taux de symptômes dépressifs (Choi & DeNitto, 2014 ; Honda, 2005).

Selon Fernandez et al. (2010), les fumeurs de 60-75 ans en France présentant des signes de dépendance au tabac se caractérisent par différents points : ils estiment qu'ils auraient du mal à monter un étage ou à courir 100 mètres, ils rapportent avoir sauté un repas au cours des sept derniers jours, ils sont anxieux ou dépressifs et ont une faible sociabilité.

## 5. Les raisons du comportement tabagique

Lorsque les personnes qui sont aujourd'hui âgées de plus de 60 ans ont commencé à fumer, le contexte était radicalement différent. Fumer était la norme, bien vu, autorisé partout, voire même encouragé (Fernandez & Finkelstein-Rossi, 2010). A l'époque, le tabagisme était largement mis en avant dans les médias pour ses effets bénéfiques sur l'humeur, le contrôle du poids et le « charme » social (Elhassan & Chow, 2007). Fumer était même permis dans les hôpitaux. De plus, aucune indication sur les conséquences néfastes du tabagisme n'était encore connue. La prévalence du tabagisme a considérablement augmenté après la 2<sup>e</sup> guerre mondiale avant de se stabiliser dans les années 70, le premier rapport mettant en lien le tabagisme et le cancer du poumon datant de 1964 (Elhassan & Chow, 2007). Ces personnes ont donc débuté leur consommation dans un contexte des plus disposés. Aujourd'hui, ils se retrouvent confrontés à une toute autre réalité, avec un contexte social plutôt défavorable. (Fernandez & Finkelstein-Rossi, 2010 ; Kerr et al., 2006)

Donzé, Ruffieux et Cornuz (2007) ont effectué une étude sur les déterminants du tabagisme et de l'arrêt tabagique chez les femmes âgées en Suisse. L'étude rapporte que les femmes fument principalement pour les raisons suivantes : se relaxer, prendre du plaisir et par habitude. Parmi les arguments les plus souvent avancés pour justifier leur consommation, on retrouve le fait qu'il n'y a pas de bénéfices à arrêter si tardivement, que le fait de fumer peu, ou des cigarettes *light*, n'a pas d'impact négatif sur la santé, ou encore le fait que fumer n'augmente pas le risque d'ostéoporose.

En effet, de nombreux seniors ont la croyance erronée qu'il est trop tard pour arrêter de fumer et que les bénéfices liés à l'arrêt ne sont réservés qu'aux jeunes (Cawkwell, 2015; Kerr et al., 2006). La perpétuation d'un comportement tabagique chez les personnes âgées est souvent attribué à une désinformation, des croyances erronées et du fatalisme, une habitude, un besoin de se libérer du stress, un plaisir physique et une dépendance à la nicotine (Allen, 2009 ; Appel & Aldrich, 2003 ; Fernandez et al., 2009 ; Fernandez & Finkelstein-Rossi, 2010 ; Kerr et al., 2006 ; Ossip-Klein et al., 2000). L'isolement et l'ennui justifient également la poursuite de ce comportement (Fernandez & Finkelstein-Rossi, 2010 ; Kerr et al., 2006 ; Roche, 2008). La confrontation à des situations stressantes ainsi que le stress perçu entraînent une augmentation de la consommation de cigarettes chez les fumeurs (Fernandez et al, 2010).

Une diffusion d'informations correctes à cette population pourrait significativement augmenter leur désir d'arrêt (Donzé et al., 2007).

## 6. Bénéfices de l'arrêt tabagique chez les seniors

L'arrêt du tabac a un effet positif immédiat, aussi bien dans le domaine de la qualité de vie que de la durée de vie (Elhassan & Chow, 2007 ; Ossip-Klein et al., 2000 ; Nash et al., 2007 ; Roche, 2008). En

effet, l'arrêt tabagique après 65 ans amène des gains pour l'espérance de vie : les hommes qui arrêtent de fumer à l'âge de 65 ans gagnent 1.4 à 2 ans d'espérance de vie, et les femmes, en moyenne, 2.7 à 3.7 ans (Cawkwell, 2015). Mais les bénéfices se retrouvent également en termes de réduction des maladies et d'amélioration de la qualité de vie (Burns, 2000 ; Maguire et al., 2000 ; Tait et al., 2007 ; Treviño et al., 2014), et peuvent être observés dans des délais relativement brefs ; même chez le sujet âgé, l'arrêt tabagique apporte un gain important au niveau des maladies cardiovasculaires (Thomas, 2013). D'ailleurs, chez les seniors souffrant de maladies cardiaques, la recommandation de l'arrêt tabagique est la mesure préventive la plus efficace (Gohlke, 2011).

L'arrêt tabagique est également le moyen le plus efficace pour faire diminuer le risque de maladies dues à la fumée, avec une diminution significative de toutes causes de mortalité, mais également pour le BPCO, les maladies coronariennes, le cancer du poumon et les AVC chez les personnes âgées qui arrêtent (Treviño et al., 2014 ; Burns, 2000).

Certains auteurs ont mis en évidence que le tabagisme avait un effet protecteur contre la maladie d'Alzheimer. Cependant, Almeida et al. (2001) ont nuancé ce résultat en disant que rien ne prouvait ce lien et qu'il était probablement dû à un biais de survie. Le lien entre le tabagisme et la maladie d'Alzheimer n'est donc pas clairement établi.

Bien que les bénéfices en termes de santé soient avérés, Kerr et al. (2006) ont mis en évidence que chez les fumeurs âgés, les coûts perçus d'un arrêt et les obstacles vers une tentative d'arrêt l'emportent sur les bénéfices perçus.

## **7. Spécificités de l'arrêt tabagique chez les seniors**

Cawkwell (2015) rappelle que l'arrêt tabagique est différent chez les seniors ; il y a des obstacles uniques. En effet, ces individus fument depuis très longtemps, ont plus souvent des problèmes de santé découlant du tabagisme et ont plus de chance d'être dépendant à la nicotine (Cawkwell, 2015 ; Fernandez et al., 2010 ; Lugo et al., 2013 ; Marinho et al., 2010), même si ce dernier point a été infirmé par l'étude de Jeremias et al. (2012).

En conséquence, les seniors ont moins de probabilité de faire une tentative d'arrêt (Elhassan & Chow, 2007), comparativement aux adultes plus jeunes. Aux Etats-Unis, 53.8% des adultes de plus de 65 ans étaient intéressés à arrêter de fumer, contre 69% dans la tranche d'âge 45-64 ans (CDCP, 2011). Cependant, des études ont démontré que le taux de succès d'arrêt tabagique chez les seniors est plus élevé que chez les jeunes (Burns, 2000 ; Fradinho et al., 2013 ; Gunay et al., 2014 ; Jeremias et al., 2012 ; Kim et al., 2013).

Les seniors arrêtent de fumer pour des raisons différentes, notamment la peur d'être un mauvais exemple pour l'entourage (Gunay et al., 2014 ; Medbo et al., 2011 ; Tait, 2006). Selon Medbo et al. (2011), la raison déclarée pour l'arrêt est souvent liée à la santé, la raison la plus commune étant l'apparition d'une maladie (Lugo et al., 2013). Un diagnostic d'une maladie liée au tabagisme est donc un fort déterminant pour l'arrêt tabagique chez les seniors (Abdullah et al., 2006 ; Fernandez et al., 2009 ; Fernandez & Finkelstein-Rossi, 2010 ; Gunay et al., 2014 ; Keenan, 2009 ; Menecier & Fernandez, 2012 ; Pang et al., 2015 ; Thomas, 2013 ; Whitson et al., 2006). Les professionnels de la santé pourraient donc utiliser ce « teachable moment » afin de motiver et d'aider les seniors à arrêter de fumer, cela dans une approche d'éducation à la santé et de réduction des risques (Philipps, 2016). En revanche, seuls 20% des seniors ayant arrêté de fumer rapportent la connaissance des effets néfastes du tabagisme comme la principale raison de leur arrêt (Lugo et al., 2013).

## **8. Facteurs de succès de l'arrêt tabagique**

Des études ont révélé des indicateurs de réussite du sevrage tabagique chez les seniors : une faible dépendance à la nicotine, un niveau de scolarité élevé, un/une conjoint-e non fumeur/se, une forte motivation, une perception accrue des avantages pour sa santé et une perception réduite des obstacles liés au renoncement, une hospitalisation pour cause de maladie ainsi que des rencontres fréquentes avec son médecin (Fernandez & Finkelstein-Rossi, 2010 ; Honda, 2005 ; Roche, 2008). Etre marié semble effectivement être un facteur important ; Honda (2005) démontre que cette variable est positivement corrélée à un arrêt tabagique, et cela quel que soit le statut (fumeur/non fumeur) de l'époux/épouse. L'entourage dans un sens plus large joue également un rôle majeur, puisque le fait de vivre avec d'autres personnes prédit de manière significative l'arrêt tabagique chez les seniors (Abdullah et al., 2006). Il joue également un rôle important dans la prise de décision d'arrêt par le fumeur (Medbo et al., 2011).

Le conseil du médecin est considéré comme un facteur important pour la tentative d'arrêt tabagique chez les personnes âgées (Gunay et al., 2014). Un autre facteur clé d'un arrêt réussi est l'utilisation d'aides médicamenteuses (Cawkwell, 2015 ; Tait, 2006 ; Tait, 2008). Une croyance sur les risques de la fumée passive a également un effet prononcé sur un arrêt du tabac, suivi d'une interdiction de fumer dans les espaces publics (Honda, 2005).

Le fait de prendre part à une activité physique pourrait aider les fumeurs à surmonter les désagréments liés à l'arrêt tout en améliorant l'état de santé général. L'activité physique et l'exercice réduisent les affects dépressifs, atténuent le manque et les symptômes de retrait, diminuent le stress et la tension lié au tabagisme ainsi que le désir de fumer en présence d'une cigarette allumée peu de temps après l'arrêt, améliorent la concentration et potentiellement font diminuer la prise de poids (Cropley et al., 2004 ; Haasova et al., 2012 ; Ussher et al., 2012 ; Ussher et al., 2006 ; Van Rensburg et al., 2009 ;



Williams et al., 2011 *cités dans* Treviño et al., 2014). Treviño et al. (2014) ont donc cherché à savoir si l'activité physique était utilisée comme une stratégie pour faire face à l'arrêt tabagique. Peu de participants rapportent avoir utilisé l'activité comme stratégie de coping, même si le taux d'abstinence à 12 mois était plus élevée chez les fumeurs qui utilisaient l'activité physique que chez ceux qui ne le faisaient pas. Même si cette différence ne s'est pas avérée significative, il s'agirait de continuer la recherche car tant l'activité physique que l'arrêt tabagique améliorent la qualité de vie et la santé.

Le timing est également un élément important pour intervenir efficacement et apporter un changement. Les sociologues ont souligné l'importance des transitions au cours de la vie, ces transitions étant souvent accompagnées par des changements identitaires ou comportementaux. Pour la population senior, le passage à la retraite pourrait être un moment clé pour viser un changement de comportement. Lang et al. (2007) ont donc cherché à savoir si l'arrêt tabagique était plus fréquent chez les personnes passant à la retraite, et leur étude a montré une association positive entre le passage à la retraite et l'arrêt tabagique.

### 8.1 Rôle des médecins dans l'aide à l'arrêt

De nombreux obstacles rendent l'arrêt tabagique difficile dans cette tranche d'âge. Par exemple, les personnes âgées ne sont souvent pas encouragées à arrêter de fumer, en raison de la croyance erronée que ça ne vaut pas la peine ou qu'il est trop tard pour de telles interventions. Cette croyance n'est pas seulement présente dans la population, puisqu'on la retrouve chez les professionnels de la santé (Jeremias et al., 2012). Maguire et al. (2000) constatent que 75% des patients âgés de moins de 65 ans se voient proposer une information sur les bénéfices de l'arrêt tabagique contre 64% entre 66 et 75 ans, 42% entre 76 et 85 ans et moins de 30% après 85 ans. Une étude effectuée par la Division du vieillissement et des aînés du Canada (2002) affirme que, parmi les fumeurs plus âgés, 36% attestent que leurs médecins ne leur ont jamais conseillé d'arrêter de fumer. Shadel (2015) observe que 26% des fumeurs ne reçoivent jamais de conseils d'arrêt lors de leurs visites médicales.

Dans une étude américaine réalisée en maison de retraite citée par Dupont et Blécha (2012), 88% des infirmières pensent que leurs résidents ne souhaitent pas arrêter de fumer. Cependant, l'interrogatoire de ces derniers a montré que 32% étaient intéressés à arrêter de fumer dans les six mois et que 28% avaient fait une tentative d'arrêt dans l'année. Dans une étude de Weaver et al. (2017), seulement 30% des participants affirment ne pas avoir l'intention d'arrêt, contre un tiers rapportant une intention d'arrêt dans les trente jours.

Un conseil à propos de l'arrêt tabagique est recommandé pour chaque visite du patient chez son médecin. C'est spécialement important dans cette population car il est probable que les seniors fumeurs expérimentent des conséquences sanitaires du tabagisme, ce qui crée une opportunité pour les professionnels (Ossip-Klein et al., 2000 ; Schiller et al., 2012  *cité dans* Shadel et al., 2015). De plus,

les professionnels de la santé peuvent ajuster leur discours et personnaliser les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt. Les personnes âgées sont également plus enclins à voir des professionnels de la santé plus souvent que le font les autres groupes d'âge. Selon le National Health Interview Survey (1992), 83,6% des fumeurs âgés de 65 ans et plus rapportent voir un médecin au moins une fois par année. Chez les patients âgés de plus de 60 ans, les informations de la communauté médicale renforcent la conscience des effets néfastes du tabagisme et semblent influencer la décision d'arrêt (Medbo et al., 2011 ; Ossip-Klein et al., 2000), le taux d'arrêt tabagique étant significativement plus haut chez ceux qui reçoivent un conseil de leur médecin et d'une infirmière pour arrêter de fumer (Appel & Aldrich, 2003). L'efficacité des interventions des professionnels de la santé pour l'arrêt tabagique est donc claire pour les seniors ; il s'agirait de fournir des informations et des conseils sur le tabagisme et l'arrêt afin d'encourager le fumeur âgé à faire une tentative d'arrêt, ainsi que combler le manque de connaissances des seniors sur les ressources disponibles pour faciliter l'arrêt, mais également sur la sûreté et l'efficacité des substituts nicotiques (Kerr, 2006).

Des interventions visant un arrêt tabagique chez les seniors devraient donc être incluses dans les soins de routine et effectuées lors de chaque visite du patient (Elhassan & Chow, 2007), et tous les fumeurs devraient être encouragés à arrêter, et cela quel que soit leur âge (Nash et al., 2016).

Malgré les bénéfices nets d'une intervention sur le tabagisme auprès de cette population, divers obstacles semblent entraver leur mise en place par les professionnels de la santé. L'âge d'un patient, notamment, semble influencer la décision du médecin pour un conseil visant un arrêt tabagique. En effet, les médecins ont significativement moins tendance à conseiller les patients âgés de plus de 65 ans (Maguire et al., 2000 ; Kaplan et al., 2002 ; Kerr et al., 2006), et la plupart des professionnels n'offrent pas de traitement pour un arrêt tabagique, surtout chez les seniors (Allen, 2009) et ceux souffrant de maladies liés au tabagisme, comme le cancer du poumon (Wassenaar et al., 2007 *cité dans* Shadel, 2015). Lorsque les patients déclarent avoir du diabète, de l'ostéoporose ou la cataracte, ils se voient moins proposer des conseils pour l'arrêt tabagique, alors que fumer complique et/ou est un facteur de risque pour ces maladies (Ossip-Klein, 2000). Il s'agirait donc d'informer les professionnels du lien entre ces maladies et le tabagisme. Shadel (2015) estime que les médecins devraient être formés et encouragés à donner des interventions brèves et des aides médicamenteuses à tous leurs patients.

Toutefois, Ossip-Klein et al. (2000) ont mis en évidence qu'il est plus probable que les médecins conseillent un arrêt tabagique pour des patients ayant des maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires ou respiratoires. Il s'agirait donc de ne pas faire de généralités, mais plutôt de fournir des connaissances aux professionnels et d'améliorer leurs compétences d'interventions, en vue d'amener les médecins à recommander l'arrêt tabagique chez les seniors souffrant de maladies, mais

également à faire de la prévention primaire auprès des fumeurs seniors en bonne santé (Ossip-Klein et al, 2000).

Weaver et al. (2012) suggèrent que certains professionnels expriment que le manque de connaissances dans le domaine est une barrière à l'offre d'interventions tabagiques et que ces professionnels seraient ouverts à recevoir une telle formation. Kerr et al. (2011) ont étudié l'amélioration des connaissances, des attitudes et de la pratique des professionnels suite à une formation sur les bonnes pratiques lors d'interventions portant sur le tabagisme des patients. Cette formation a mené à une amélioration significative dans la connaissance et les attitudes avec une amélioration perceptible mais non significative de la pratique. Ces résultats pourraient amener à mettre en place une journée de formation sur l'arrêt tabagique, destinés notamment aux médecins généralistes.

Badertscher et al. (2012) ont mené une étude qualitative afin de mesurer les attitudes, barrières potentielles ainsi que facilitateurs des médecins généralistes à promouvoir la santé des seniors. Et l'obstacle le plus important s'est trouvé être le manque de temps dans leur pratique quotidienne. Pour pallier cela, les médecins ont proposé le développement d'un outil leur permettant de gagner du temps, un outil qui pourrait prendre la forme d'une courte évaluation, ou alors d'une check-list comprenant les thèmes importants de la promotion de la santé.

En Suisse, les médecins-dentistes mentionnent également le manque de temps comme explication à ce manque de soutien en matière de tabagisme pour leurs patients. Le manque d'intérêt de la part du fumeur est également mentionné, ainsi qu'une formation insuffisante dans ce domaine. En effet, les médecins qui ont abordé le thème du tabagisme lors de leur formation ont plus souvent recours aux conseils de base en matière de sevrage tabagique (Dey et al., 2017).

Il semblerait donc que les obstacles principaux soient une désinformation ou un manque de connaissances, ainsi qu'un manque de temps dans leur pratique quotidienne pour mettre en place des interventions de promotion de la santé.

## 8.2 Types d'intervention pour un arrêt tabagique

Un facteur important pour un arrêt réussi est l'utilisation de pharmacothérapie (Tait, 2006 ; Tait, 2008 ; Zbikowski et al., 2012). Les substituts nicotiniques sont efficaces pour l'arrêt tabagique chez les seniors, mais la littérature sur le bupropion et la varénicline n'est pas suffisamment importante pour attester l'efficacité de ces deux méthodes sur la population âgée (Cawkwell, 2015).

Mais ces aides médicamenteuses doivent être accompagnées d'un suivi sur le plan psychologique. En effet, des interventions intensives, ainsi que multimodales incluant et les médicaments et le conseil amènent souvent à de meilleurs résultats en termes de taux d'abstinence (Chen & Wu, 2015 ; Zbikowski et al., 2012). Les interventions pharmacologiques ainsi que comportementales ont été

considérées comme deux modalités complémentaires propres à améliorer l'arrêt tabagique ; une approche combinée est donc recommandée par les lignes directrices de la clinique pratique (Chen & Wu, 2015). La pharmacologie seule est un traitement efficace pour l'arrêt tabagique, mais il ne l'est pas autant que l'approche combinée, en partie parce que la conformité avec la médication peut être améliorée par différentes interventions comportementales comme les entretiens motivationnels (Dupont & Blécha, 2012), de l'assistance familiale ou des thérapies cognitivo-comportementales (Carroll et al., 2004 ; *cité dans* Chen & Wu, 2015). Les résultats montrent également que des interventions en face-à-face génèrent un plus haut taux d'arrêt tabagique que les interventions par téléphone. De plus, les interventions les plus longues ont démontré les plus hauts taux d'arrêt (Zbikowski et al., 2012).

Pothirat et al. (2015) ont mis en évidence qu'un programme de type thérapie comportementale de groupe, incluant un entraînement des compétences de coping, de la gestion de l'imprévu, du contrôle de soi, du renforcement et de la relaxation avec en plus un partage d'expériences, mène à des taux significativement plus hauts d'abstinence tabagique. De plus, les fumeurs étant significativement plus propices à montrer des signes de détresse psychologique que les anciens fumeurs, le tabagisme pourrait être un moyen de faire face à cette détresse psychologique chez les personnes âgées. Ce résultat souligne bien l'intérêt des interventions psycho-comportementales comprenant la gestion du stress, qui pourraient apporter de réels bénéfices à cette population (Honda, 2005).

Du point de vue des fumeurs, Weaver et al. (2017) ont mis en évidence que la plupart des femmes souhaitant arrêter de fumer sont intéressées à des aides médicamenteuses pour leurs futures tentatives, et la moitié d'entre elles semblent intéressées par des formations personnalisées et/ou du conseil par téléphone. Ces résultats montrent qu'elles semblent très enclines à des interventions d'aide à l'arrêt.

## 9. Bonnes pratiques de prévention et promotion de la santé destinées aux seniors

Vieillir en bonne santé est un enjeu central pour l'Europe. La plupart des maladies corrélient avec l'âge ; l'incidence des maladies cardiaques, des diabètes et des cancers augmentent avec l'âge. En parallèle, la résistance biologique, elle, diminue. Une fracture de la hanche, par exemple, est plus grave chez la personne âgée. En conséquence, les potentiels gains en santé d'un programme préventif sont plus grands chez une population âgée. Et en vue de la conscience générale de ce modèle âge-maladie, les seniors ont plus tendance à se conformer aux conseils et autres mesures. Les raisons pour un changement rapide vers un mode de vie plus sain devient plus évident lorsque les personnes voient leur propre génération être touchée par des attaques ou des cancers, par exemple. Par conséquent, il est indispensable d'augmenter nos connaissances sur les moyens de promouvoir la bonne santé chez les personnes âgées (The Swedish National Institute of Public Health, 2007).

Afin de promouvoir le vieillissement en bonne santé, il s'agirait d'encourager les personnes âgées à participer aux actions de promotion en faveur de la santé. En effet, dans la grande majorité des cas, les personnes âgées ne sont pas assez sollicitées dans l'élaboration des programmes de promotion du vieillissement sain ; les mesures sont souvent préparées par des experts et des autorités, « du haut vers le bas ». Il faut donc plutôt favoriser le travail avec le groupe de population, encourager les seniors à donner leur avis sur la qualité, les objectifs, les méthodes de promotion de la santé et à travailler avec les organismes, ainsi que de prendre en considération les besoins de ces personnes (The Swedish National Institute of Public Health, 2007). La participation peut prendre plusieurs formes : la constitution d'un comité comprenant des représentants des groupes cibles, des discussions au sein du réseau existant ou encore des enquêtes auprès des groupes-cibles (Biedermann et al., 2012).

Il s'agirait également de tenir compte de l'hétérogénéité de la population des personnes âgées. En effet, au niveau de l'âge, des différences significatives peuvent apparaître entre une personne de 65 ans et une personne de 80 ans et plus. Mais elles peuvent également survenir au niveau de l'éducation, des conditions économiques (The Swedish National Institute of Public Health, 2007) ou encore du statut de migration (Biedermann et al., 2012). La promotion de la santé est donc appelée à tenir compte de l'hétérogénéité des personnes âgées et à orienter son action en vue d'atteindre l'égalité des chances dans le domaine de la santé (Biedermann et al., 2012).

La politique « *vieillesse et santé* » du canton de Vaud distingue trois groupes : les personnes robustes, qui constituent une majorité, sont éventuellement atteintes d'une maladie chronique isolée ; l'enjeu est de les maintenir en bonne santé, en particulier par l'exercice physique, l'alimentation et les vaccinations. Les personnes vulnérables ou fragiles représentant 20 à 40% sont affectées de plusieurs pathologies et au seuil de la dépendance fonctionnelle ; il s'agit d'anticiper le risque de déclin et

d'éviter de franchir ce seuil par une intervention sur les facteurs de risque aux ranges desquels se trouvent la sédentarité et la nutrition, mais aussi les problèmes d'audition et de vision, ainsi que les chutes. Les personnes dépendantes, dont les besoins sont complexes, recourent fréquemment à une variété de prestations de soins (Deschamps, 2013).

Afin d'atteindre différents groupes de personnes et d'influer durablement sur les comportements, il est nécessaire de combiner diverses offres. L'éducation sanitaire et la promotion proprement dites de la santé s'effectuent généralement au niveau collectif et sont souvent proposées par le biais des médias, de manifestations, d'ateliers, de cours et de formations. Les conseils de santé concernent plutôt le niveau individuel et visent à reprendre des thèmes axés sur l'individu et à apporter un soutien dans la recherche de solutions sur mesure. Les conseils sur internet, par exemple, sont peu proposés aujourd'hui mais pourraient constituer une nouvelle forme d'offre à l'avenir (Kessler & Schmocker, 2014). Choi et DeNitto (2014) proposent justement de mettre en place des interventions tabagiques pour les seniors via internet. Cette proposition pourrait sembler pertinente puisque le groupe des seniors est le groupe d'utilisateurs d'internet qui augmente le plus rapidement (Zickuhr & Madden, 2012 *cité dans* Choi & DeNitto, 2014). En effet, selon ces auteurs, ces interventions pourraient permettre d'avoir un soutien de groupe via internet et que cela pourrait aider les seniors qui luttent pour arrêter. D'un point de vue financier, cette approche permettrait également de faire des grandes économies. Mais les personnes âgées constituent un groupe cible très divers et ce facteur doit être pris en compte dans l'offre de conseil. En complément, une mise en place d'offres de conseils à domicile est une solution pertinente, surtout pour les groupes cibles difficilement atteignables (Kessler & Schmocker, 2014). En effet, une raison souvent citée par les seniors pour leur non-participation aux programmes d'arrêt tabagique est la difficulté à atteindre les services (Abdullah et al., 2008). Une autre solution proposée par les auteurs pour atteindre ce groupe est de mettre en place un service clinique mobile.

On retrouve également des différences de genre. Il est prouvé que les femmes ont généralement plutôt tendance à accepter les offres de prévention et de soins du système de santé, alors que les hommes recourent moins au conseil en cas de questions ou de problèmes de santé. Il convient donc de veiller à ce que l'offre de conseils de santé atteigne aussi les hommes (Kessler & Schmocker, 2014).

Boggatz et Meinhart (2016) suggèrent que le recrutement pour les programmes de promotion de la santé devrait viser les groupes de personnes, notamment car ils peuvent se motiver mutuellement, mais également car cela offre l'opportunité aux seniors de socialiser.

Néanmoins, il ne suffit pas d'avoir une approche éducative traditionnelle, avec des campagnes de sensibilisation, des cours et des formations car, selon de nombreux experts, l'impact sur la santé des populations est modeste. L'approche écologique s'offre en alternative ; ce cadre de recherche et

d'action est centré sur une vision large des déterminants de la santé qui va au-delà des capacités individuelles pour inclure une action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Le but est de développer des programmes qui viseront non seulement les déterminants individuels de la santé, mais aussi les déterminants environnementaux, tout en tenant compte de la complexité des relations existant entre les différents niveaux de déterminants. En complétant l'action visant le changement des connaissances, des attitudes et des habitudes de vie par une action sur l'environnement, l'approche écologique impulse l'intervention dans plusieurs points d'ancrage. Chez les personnes âgées, la prévention des maladies et la promotion de la santé riment souvent avec éducation et services de prévention cliniques. Bien qu'ayant un impact positif sur les groupes visés, ces stratégies ne suffisent pas pour apporter des bénéfices à l'ensemble de la population âgée. Il importe donc d'offrir des approches globales visant une variété de déterminants, notamment ceux liés à l'environnement, au moyen de différentes stratégies, dans le but d'impacter une plus grande part de la population âgée (Richard, Tremblay & Gauvin, 2013).

## **10. Cartographie des projets de prévention et/ou de promotion de la santé destinés aux seniors dans le canton de Vaud**

Peu de projets de prévention et/ou de promotion de la santé sont destinés aux seniors dans le canton de Vaud. J'ai quand même pu en trouver quelques-uns, présentés brièvement ci-dessous.

### 1. Projet « Quartiers Solidaires », Pro Senectute Vaud

Le but de ce projet est de créer, renouer, développer et entretenir les liens sociaux afin d'améliorer la qualité de vie et l'intégration des aînés dans un village ou un quartier, et cela en encourageant les habitants à influencer sur leur propre environnement en organisant eux-mêmes des projets selon leurs besoins, ressources et envies.

### 2. Pas de retraite pour ma santé, Programme « ça marche », Ligues de la Santé

Il s'agit d'un projet de promotion du mouvement et de l'alimentation favorable à la santé des seniors, qui peut être développé en partenariat avec toute commune intéressée. Le projet propose des « rencontres actives », des activités physiques de la région à tester, un suivi individualisé et des conseils personnalisés, des « conférences-santé » ainsi que des « journées découvertes ».

### 3. Projet VIA – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées, Promotion Santé Suisse

Ce projet a pour but de s'engager pour l'autonomie et une meilleure qualité de vie des seniors, en travaillant sur les facteurs influençant leur santé. Ils cherchent à mettre en place des recommandations



de bonnes pratiques et des outils élaborés pour les thématiques suivantes : la promotion de l'activité physique, la prévention des chutes, la promotion de la santé psychique et de l'intégration sociale, les groupes-cibles difficilement atteignables et défavorisés, la participation des médecins de famille.

#### 4. Projet « âge et migration », EPER Entraide Protestante Suisse

Ce projet a pour but d'informer, d'orienter et d'intégrer les personnes migrantes de plus de 55 ans dans le canton de Vaud. Les objectifs sont de faciliter l'accès à diverses informations et prestations relatives à la santé, à la sécurité sociale et à l'âge, d'orienter vers les bons services en fonction de leur situation personnelle, de proposer une médiation interculturelle pour faciliter une prise en charge adéquate et de sortir les seniors de l'isolement en proposant diverses activités de socialisation.

#### 5. Projet « Fourchette Verte seniors »

Ce projet a pour but de décerner un label aux institutions accueillant des personnes âgées de plus de 65 ans et servant tous les repas de la journée. Ce label vise à promouvoir une alimentation équilibrée consommée dans un environnement sain, et à améliorer l'état de santé de la population, en agissant sur les facteurs de risque.

#### 6. L'étude Lausanne cohorte 65+

Il s'agit d'une plate-forme de recherche sur le vieillissement visant à mieux connaître la fragilité dès l'âge de 65 ans au niveau d'une population générale. La perspective de ce projet de santé publique est l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées par une prévention précoce de la fragilité et de ses effets négatifs. Cette étude prend place dans le cadre de la politique « Vieillesse et Santé » du canton de Vaud, qui cherche à définir un cadre de référence pour adapter le système de soins à l'évolution démographique et épidémiologique des prochaines années.



## 11. Conclusion

Malgré la pertinence des articles sélectionnés, il s'agirait d'avoir un regard réflexif sur ces derniers. La majorité des articles provient de sources médicales, ce qui fait que le cadre de recherche s'inscrit majoritairement dans une méthode de type quantitative, avec de grands échantillons et des questionnaires. Bien que ce type de méthode permette de mettre en évidence des liens entre diverses variables, on ne prend généralement pas un compte l'individu dans son contexte global. La vision tend alors à être quelque peu fermée, et trop fractionnée.

De plus, de par les choix théoriques de certains articles, on peut supposer que le tabagisme est vu comme étant l'affaire de la personne, notamment avec le *Health Belief Model*, ou le *Health Behavioural Model*, modèles utilisés à plusieurs reprises. Ces modèles estiment respectivement que les croyances influent dans la prise de décision d'un comportement de santé, et que les décisions pour la santé sont prises par les individus en fonction de leur perception des risques et des bénéfices amenés par l'action. On retrouve donc ici une responsabilité très individualisée, et à contrario très peu axée sur le contexte.

A ce travail s'ajoutent également quelques présupposés, tirés d'une vision psychologique sur la thématique.

Premièrement, les seniors ne sont pas un groupe homogène. En effet, comme cela a été abordé plus haut dans ce travail, les seniors sont un groupe qui diffère sur de nombreuses caractéristiques, et il est indispensable de prendre en compte leur hétérogénéité lors de la mise en place de programmes et d'interventions visant un arrêt tabagique, ou une prévention et promotion de la santé.

Deuxièmement, les individus ne devraient pas être perçus comme de simples machines à traiter de l'information. Ils ont un corps, un vécu, un ressenti, et il s'agit de le considérer dans leur ensemble. De plus, l'individu fait partie d'un tissu social et s'intègre dans un contexte, un élément également important à considérer. Un autre aspect central souvent oublié : la parole. En effet, selon une approche historico-culturelle, la parole est un médiateur d'identité. Laisser place à la parole de l'individu semblerait être un élément clé pour une intervention efficace.

Lorsque l'on met en place une intervention, ou un programme, il s'agirait d'éviter un processus de type « top-down », mais plutôt d'intégrer le groupe cible à la conception du programme, voire même de confier l'intervention au groupe cible. En effet, pour faire passer une information, il ne suffit pas qu'elle soit lue ou entendue, mais il faut que l'individu se l'approprie. Cela permet aussi de valoriser l'autonomie de l'individu et d'éviter le rôle de moralisateur. Il s'agit également de choisir le dispositif avec attention, car il joue un rôle important. Il est également très important de l'explicitier, afin notamment de justifier la raison du choix.

Ces différents aspects devraient être pris en compte lorsqu'une intervention est mise en place pour la population des seniors.

## 12. Pistes de recommandations pour une intervention auprès des seniors

Le tableau ci-dessous reprend les points centraux abordés dans ce travail, qu'il est important de garder en tête lors d'une mise en place de programmes préventifs auprès du groupe cible des seniors ainsi que des professionnels de la santé :

	Pour le public cible des seniors	Pour les professionnels de la santé
<b>Intervention portant sur les connaissances</b>	Travailler sur les fausses croyances des fumeurs seniors. Ceux-ci pensent en effet qu'il est trop tard pour arrêter de fumer et qu'ils n'en tireront aucun bénéfice. Mettre en évidence que l'arrêt tabagique a un âge avancé procure de nombreux bénéfices pour la santé, en termes de qualité de vie mais également en termes de durée de vie	Travailler sur les fausses croyances des professionnels. Mettre en évidence les bénéfices de l'arrêt tabagique, même à un âge avancé : gain d'espérance de vie, réduction des maladies cardiovasculaires, diminution des risques de maladies due à la fumée (COPD, maladies coronariennes, cancer du poumon et AVC), avec une diminution significative de toutes causes de mortalité. Malgré les bénéfices avérés, peu de seniors se voient proposer une information ou un conseil sur l'arrêt tabagique par leur médecin.  → Une intervention brève visant l'arrêt tabagique est recommandé pour chaque patient, et cela quel que soit son âge.
<b>Intervention portant sur des facteurs déterminants</b>	Les personnes âgées qui se sentent seules, isolées, vont plus probablement s'engager dans des comportements à risques pour leur santé, tels que le tabagisme. En effet, on retrouve une association entre la solitude et le fait d'être un fumeur dans plusieurs études ; les seniors qui vivent seuls sont donc plus nombreux à fumer que ceux vivant. Le veuvage, typiquement, pourrait mener à un moindre support social et rendre moins probable l'arrêt tabagique dans cette population  → Travailler sur le lien social	Le conseil du médecin est un facteur important pour la tentative d'arrêt tabagique, surtout pour cette population, puisqu'ils sont régulièrement en contact avec le corps médical. Chez ces patients, les informations de la communauté médicale renforcent la conscience des effets néfastes du tabagisme et semblent influencer la décision d'arrêt, puisque le taux d'arrêt tabagique est significativement plus haut chez ceux qui reçoivent un conseil de leur médecin.

	<p>Une des raisons invoquées par les seniors pour l'arrêt tabagique est la peur d'être un mauvais exemple pour leur entourage. De plus, l'entourage joue un rôle important concernant la prise de décision d'arrêt</p> <p>→ Travailler avec l'entourage, et notamment sur le rapport avec les petits-enfants</p>	<p>Mise en évidence de l'efficacité des substituts nicotiques (par contre efficacité du bupropion et la varénicline pas suffisamment testée). Les substituts nicotiques se sont avérés efficaces pour l'arrêt tabagique chez les seniors, mais il est important de les allier à des interventions comportementales (entretiens motivationnels, assistance familiale ou thérapies cognitivo-comportementales). En effet, des interventions multimodales mènent à de meilleurs taux d'abstinence.</p>
	<p>Synergie potentielle avec l'activité physique, puisque l'activité physique s'est avérée une stratégie efficace comme stratégie de coping pour faire face à l'arrêt tabagique. De plus, utiliser l'activité physique comme stratégie de coping tend à augmenter l'abstinence tabagique</p> <p>→ Amélioration de la qualité de vie par l'activité physique <u>et</u> l'arrêt tabagique</p>	<p>Mise en évidence de l'efficacité d'un programme de type thérapie comportementale de groupe pour l'arrêt tabagique. Cette dernière inclut un entraînement des compétences de coping, de la gestion de l'imprévu, du contrôle de soi, du renforcement et de la relaxation avec un partage d'expérience entre les participants. Ce type de programme mène à des taux d'abstinence tabagique significativement plus hauts qu'un programme préventif plus « classique ».</p>
<p><b>Moments-clés d'intervention</b></p>	<p>Utiliser le passage à la retraite comme <i>teachable moment</i>, car les transitions sont souvent accompagnées par des changements identitaires et comportementaux. De plus, association positive entre le passage à la retraite et l'arrêt tabagique.</p>	<p>L'apparition d'une maladie chez le senior est un déclencheur pour l'arrêt du tabac. Utiliser ce <i>teachable moment</i> pour motiver les seniors à arrêter de fumer.</p>
<p><b>Recommandations pour la mise en place de programmes de prévention et</b></p>	<p>Lors du recrutement pour les programmes de prévention et de promotion de la santé, viser les <i>groupes</i> de personnes, notamment car ils peuvent se motiver mutuellement, mais également car cela leur offre l'opportunité de</p>	<p>Globalement, apporter de nouvelles connaissances aux professionnels pour leur permettre d'offrir des interventions tabagiques, et trouver des outils qui les soutiennent dans le rôle d'informant et qui</p>

<p><b>promotion de la santé pour les seniors</b></p>	<p>se socialiser</p>	<p>leur permettent de gagner du temps, puisque le manque de temps dans leur pratique quotidienne semble être un obstacle important à la promotion de la santé.</p>
	<p>Pour la mise en place de programmes de prévention et promotion de la santé, penser à favoriser le travail avec le groupe-cible et à encourager les seniors à donner leur avis. Il s'agit ensuite de prendre leurs besoins en considérations.</p> <p>→ <i>Aller vers</i> le groupe cible et non pas uniquement utiliser un processus « top down », soit mesures préparées par des experts destinés à la population cible.</p>	
	<p>Mettre en place des offres différentes pour atteindre le maximum de personnes : des cours collectifs, des conseils à domicile ou un service de clinique mobile, afin d'atteindre les groupes les plus difficilement atteignables, ou encore des conseils sur internet, puisque le groupe des seniors est le groupe d'utilisateurs qui augmentent le plus rapidement.</p>	
	<p>Veiller à considérer l'hétérogénéité de la population « seniors », notamment au niveau de l'âge, mais également au niveau de l'éducation, du statut socio-économique, et du statut de migration.</p>	

### 13. Bibliographie

- Abdullah, A. S. M., Ho, L.-M., Kwan, Y. H., Cheung, W. L., McGhee, S. M., & Chan, W. H. (2006). Promoting smoking cessation among the elderly: what are the predictors of intention to quit and successful quitting? *Journal of Aging and Health*, 18(4), 552–564. <https://doi.org/10.1177/0898264305281104>
- Abdullah, A. S. M., Lam, T.-H., Chan, S. K., Leung, G. M., Chi, I., Ho, W. W., & Chan, S. S. (2008). Effectiveness of a mobile smoking cessation service in reaching elderly smokers and predictors of quitting. *BMC Geriatrics*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-25>
- Allen, S. C. (2009). Tobacco smoking in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19(3), 185–192. <https://doi.org/10.1017/S0959259809990256>
- Almeida, O. P., Hulse, G. K., Lawrence, D., & Flicker, L. (2001). Smoking as a risk factor for Alzheimer's disease: contrasting evidence from a systematic review of case-control and cohort studies. *Addiction*, 97(1), 15–28.
- Appel, D. W., & Aldrich, T. K. (2003). Smoking cessation in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19(1), 77–100.
- Badertscher, N., Rossi, P., Rieder, A., Herter-Clavel, C., Rosemann, T., & Zoller, M. (2012). Attitudes, barriers and facilitators for health promotion in the elderly in primary care. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13606>
- Biedermann, A., Gieger, M., Gurtner, R., Schmoker, H., Steinmann, R., Ackermann, G., & Pfenninger, B. (2012). Programmes communaux de promotion de la santé des personnes âgées. *Guide d'orientation pour Via - Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées* (Document de travail 1). Berne: Promotion Santé Suisse. Retrieved from [www.promotionsante.ch/via](http://www.promotionsante.ch/via)
- Boggatz, T., & Meinhart, C. M. (2016). Health promotion among older adults in Austria: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1–13.
- Burns, D. M. (2000). Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of

- cessation. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 14(6), 357–361.
- Cawkwell, P. B., Blaum, C., & Sherman, S. E. (2015). Pharmacological smoking cessation therapies in older adults: A Review of the Evidence. *Drugs & Aging*, 32(6), 443–451. <https://doi.org/10.1007/s40266-015-0274-9>
- Center for Disease Control and Prevention. (2011). Quitting smoking among adults, united states, 2001-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(44), 1513–1519.
- Chen, D., & Wu, L.-T. (2015). Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.004>
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2014). Role of new diagnosis, social isolation, and depression in older adults' smoking cessation. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu049>
- Dey, M., El Fehri, V., & Büchler, S. (2017). Patients fumeurs traités dans les cabinets dentaires. *Swiss Dental Journal*, pp. 82–84.
- Deschamps, E. (2013). *La Lettre de la Cohorte* (No. 10). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
- Division du vieillissement et des aînés Santé Canada (Ed.). (2002). *Healthy aging: tobacco use and smoking cessation among seniors*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Donze, J., Ruffieux, C., & Cornuz, J. (2006). Determinants of smoking and cessation in older women. *Age and Ageing*, 36(1), 53–57. <https://doi.org/10.1093/ageing/af1120>
- Dupont, P., & Blécha, L. (2012). Aide à l'arrêt du tabagisme chez les personnes âgées. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.08.001>
- Elhassan, A., & Chow, R. D. (2007). Smoking cessation in the elderly. *Clinical Geriatrics*, 15(2), 38.
- Fernandez, L., & Finkelstein-Rossi, J. (2010). Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés: Genèse, contexte, développement et prise en charge. *Psychologie Française*. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2010.09.001>
- Fernandez, L., Finkelstein-Rossi, J., & Bernoussi, A. (2009). Le tabagisme des seniors. In *Les*

- addictions du sujet âgé* (pp. 27–41). Paris: In Press.
- Fernandez, L., Finkelstein-Rossi, J., Fantini-Hauwel, C., Combaluzier, S., Hamraoui, M., & Bellego, M. (2010). Le tabagisme des seniors: stress et addictions associées. *Alcoologie et Addictologie*, 32(4), 279–289.
- Fradinho, M., Matos, C., & Nogueira, F. (2013). Success of smoking cessation in the elderly: A challenge. *European Respiratory Journal*, 42(Suppl 57), 3341.
- Gohlke, H. (2013). Is it worth offering cardiovascular disease prevention to the elderly? *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(1), 121–126.
- Guignard, R., Beck, F., Richard, J.-B., & Bodard, J. (2014). Pratiques addictives. In *Les comportements de santé des 55-85 ans analyses du Baromètre santé 2010* (pp. 77–96). Saint-Denis: Inpes.
- Gunay, T., Pekel, O., Simsek, H., Sahan, C., Soysal, A., Kilinc, O., & Ergor, G. (2014). Smoking habits and cessation success: what differs among adults and elderly. *Saudi Med Journal*, 35(6), 585–591.
- Honda, K. (2005). Psychosocial correlates of smoking cessation among elderly ever-smokers in the United States. *Addictive Behaviors*, 30(2), 375–381.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.05.009>
- Jeremias, E., Chatkin, J. M., Chatkin, G., Seibert, J., Martins, M., & Wagner, M. (2012). Smoking cessation in older adults. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, 16(2), 273–278. <https://doi.org/10.5588/ijtld.11.0312>
- Kaplan, M. S., Newsom, J. T., & McFarland, B. H. (2002). Older adults' contact with health practitioners is there an association with smoking practices? *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(6), M343–M346.
- Keenan, P. S. (2009). Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 169(3), 237–242. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.557>
- Kerr, S., Watson, H., Tolson, D., Lough, M., & Brown, M. (2006). Smoking after the age of 65 years:

- a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking, and smoking cessation resources and services. *Health & Social Care in the Community*, 14(6), 572–582. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00659.x>
- Kerr, S., Whyte, R., Watson, H., Tolson, D., & McFadyen, A. K. (2011). A mixed-methods evaluation of the effectiveness of tailored smoking cessation training for healthcare practitioners who work with older people. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 177–186. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00219.x>
- Kessler, C., & Schmocker, H. (2014). *Via - Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées. Aide à la mise en oeuvre "Recommandations et outils pour les conseils de santé aux personnes âgées"* (Document de travail 15). Lausanne et Berne: Promotion Santé Suisse.
- Kim, H., Oh, J.-K., Lim, M. K., Jeong, B. Y., Yun, E. H., & Park, E. Y. (2013). The national "smoking cessation clinics" program in the republic of Korea: socioeconomic status and age matter. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 14(11), 6919–6924.
- Lang, I. A., Rice, N. E., Wallace, R. B., Guralnik, J. M., & Melzer, D. (2007). Smoking cessation and transition into retirement: analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 36(6), 638–643. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm119>
- Lugo, A., La Vecchia, C., Boccia, S., Murisic, B., & Gallus, S. (2013). Patterns of smoking prevalence among the elderly in europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), 4418–4431. <https://doi.org/10.3390/ijerph10094418>
- Madrugá, C. S., Ferri, C. P., Pinsky, S. L., Caetano, R., & Laranjeira, R. (2010). Tobacco use among the elderly: The first Brazilian National Survey (BNAS). *Aging & Mental Health*, 14(6), 720–724. <https://doi.org/10.1080/13607860903586177>.
- Maguire, C., Ryan, J., Kelly, A., O'Neill, D., Coakley, D., & Walsh, J. B. (2000). Do patient age and medical condition influence medical advice to stop smoking? *Age and Ageing*, 29, 264–266.
- Marinho, V., Laks, J., Coutinho, E. S. F., & Blay, S. L. (2010). Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saude Publica*, 26(12), 2213–2233.
- Medbø, A., Melbye, H., & Rudebeck, C. E. (2011). "I did not intend to stop. I just could not stand



- cigarettes any more.” A qualitative interview study of smoking cessation among the elderly. *BMC Family Practice*, 12, 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-42>
- Menecier, P., & Fernandez, L. (2012). Pratiques addictives dans la vieillesse. *La Presse Médicale*, 41(12), 1226–1232.
- Monitoring suisse des addictions » Tabac » Prévalence. (2015). Consulté le 28 mars 2017 à <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/1/1.html?tabac-prevalence>
- Nash, S. H., Liao, L. M., Harris, T. B., & Freedman, N. D. (2017). Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: results from the NIH-AARP Cohort. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(3), 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.036>
- Ossip-Klein, D. J., McIntosh, S., Utman, C., Burton, K., Spada, J., & Guido, J. (2000). Smokers ages 50+: who gets physician advice to quit? *Preventive Medicine*, 31(4), 364–369. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0721>
- Pang, S., Subramaniam, M., Abdin, E., Lee, S. P., Chua, B. Y., Shafie, S. B., ... Chong, S. A. (2015). Prevalence and predictors of tobacco use in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 716–722. <https://doi.org/10.1002/gps.4382>
- Phillips, A. (2016). Supporting smoking cessation in older patients: a continuing challenge for community nurse. *British Journal of Community Nursing*, 21(9), 457–461.
- Pin, S. (2005). Consommation de tabac et d’alcool des personnes âgées en France. *Dépendances*, 26(10), 24–28.
- Pothirat, C., Phetsuk, N., Liwsrisakun, C., & Deesomchok, A. (2015). Real-world comparative study of behavioral group therapy program vs education program implemented for smoking cessation in community-dwelling elderly smokers. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 725–730. <https://doi.org/10.2147/CIA.S80506>
- Richard, L., Barthélémy, L., Tremblay, M.-C., Pin, S., & Gauvin, L. (2013). *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique: guide d’aide à l’action franco-québécois*. Saint-Denis: INPES éd.
- Richard, L., Tremblay, M.-C., & Gauvin, L. (2013). L’approche écologique: une approche novatrice

- pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés. In *Interventions d'évaluation et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique*. Saint-Denis: INPES.
- Roche, J. (2008). Tabagisme de la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*.  
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.009>
- Shadel, W. G., Elliott, M. N., Haas, A. C., Haviland, A. M., Orr, N., Farmer, M. M., ... Cleary, P. D. (2015). Clinician advice to quit smoking among seniors. *Preventive Medicine*, 70, 83–89.  
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.020>
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., & Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*, 30(4), 377.
- Stevens, V. L., Diver, W. R., Stoklosa, M., Flanders, W. D., Westmaas, J. L., Jemal, A., ... Jacobs, E. J. (2017). A prospective cohort study of cigarette prices and smoking cessation in older smokers. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, cebp.0690.2016.  
<https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-16-0690>
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N. T., Jamrozik, K., & Almeida, O. P. (2007). Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction*.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01647.x>
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N. T., Jamrozik, K., & Almeida, O. P. (2008). Two-year outcomes from a cessation of smoking intervention in older adults. *Journal of Smoking Cessation*. <https://doi.org/10.1375/jsc.3.2.101>
- The Swedish National Institute of Public Health. (2007). *Healthy ageing: a challenge for Europe*. Sweden, Stockholm: National Institute of Public Health.
- Thomas, D. (2013). [Is it useful to quit smoking in the elderly population? Yes! Smoking cessation is beneficial at any age]. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 42(6 Pt 1), 1019–1027.  
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.02.320>
- Treviño, L. A., Baker, L., McIntosh, S., Mustian, K., Seplaki, C. L., Guido, J. J., & Ossip, D. J. (2014). Physical activity as a coping strategy for smoking cessation in mid-life and older adults. *Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.014>

- Weaver, K. E., Danhauer, S. C., Tooze, J. A., Blackstock, A. W., Spangler, J., Thomas, L., & Sutfin, E. L. (2012). Smoking cessation counseling beliefs and behaviors of outpatient oncology Providers. *The Oncologist*, *17*(3), 455–462. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0350>
- Weaver, Kathryn E., Snively, B. M., Hogan, P., Josephs, K., Johnson, K. C., Coday, M., ... Tindle, H. A. (2017). Predictors of continued smoking and interest in cessation among older female smokers. *Journal of Aging and Health*, 0898264316687622.
- Whitson, H. E., Heflin, M. T., & Burchett, B. M. (2006). Patterns and predictors of smoking cessation in an elderly cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(3), 466–471. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00641.x>
- Zbikowski, S. M., Magnusson, B., Pockey, J. R., Tindle, H. A., & Weaver, K. E. (2012). A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas*, *71*(2), 131–141. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.019>

## 14. Annexe

	Mots-clés	Autres filtres	Nb d'articles trouvés	Nb d'articles retenus
PubMed	« elderly » et « cigarette smoking »		24	1
	« smoking cessation » et « elderly »	2004-2017	19	7
	« smoking cessation » et « older adults »	<i>10 dernières années</i>	8	3
	« older adults » et « cigarette smoking »	<i>10 dernières années</i>	3	0
PsychINFO	« elderly » et « smoking cessation »		11	1
	« smoking cessation » et « older adults »	2005-2017	21	4
	« elderly » et « smoking »	Inclus dans le titre	1	0
	« elderly » et « cigarette smoking »		5	0
	« health promotion » et « elderly »	Inclus dans le titre, 2006-2017	2	1
	« health promotion » et « older adults »	Transformé en health promotion, aging et prevention, limité entre 2010 et 2017	44	0
APA PsychNET	« elderly » et « tobacco use »		3	1
	« elderly » et « smoking »	<i>2006-2017</i>	32	4
	« elderly » et « cigarette smoking »	<i>2006-2017</i>	2	0
	« tobacco » et « older adults »	<i>2006-2017</i>	8	1
	« smoking » et « older adults »	<i>2006-2017</i>	26	10
	« elderly » et « smoking cessation »	<i>2006-2017</i>	7	0
	« smoking cessation » et « older adults »	<i>2006-2017</i>	9	0

	« health promotion » et « elderly »	2006-2017	12	0
	« health promotion » et « older adults »	2006-2017	29	2
Google Scholar	« elderly » et « tobacco use »	Inclus dans le titre	20	1
	« elderly » et « cigarette smoking »		75	0
	« elderly » et « smoking cessation »		64	7
	« tabac » et « personnes âgées »		5	1
Total : 44 articles ont été retenus dans les bases de données				