

SEVRAGE TABAGIQUE DES SENIORS

Docteur Jean PERRIOT
Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand
jean.perriot@puy-de-dome.fr



DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand - 2016



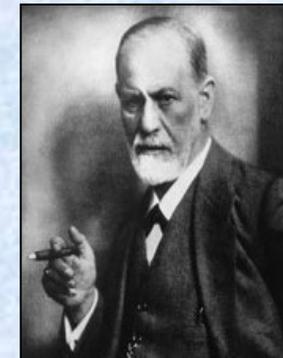
INTRODUCTION

Le tabagisme des sujets âgés alerte les Autorités Sanitaires (augmentation de la prévalence du tabagisme chez les sujets âgés dans le monde).

Première cause de mortalité évitable (y compris après 60 ans) il est impliqué dans de nombreuses maladies et pathologies spécifiques des séniors

L'arrêt du tabac permet de réduire la mortalité et la morbidité, d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées.

**Le sevrage tabagique des séniors :
modalités pratiques ? Résultats ?
Optimisation de la prise en charge ?**



ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE

PREVALENCE DU TABAGISME EN FRANCE ENTRE 65 et 75 ANS¹

Hommes : 9% Femmes : 5,7%

Baromètre Santé 2010 : co-consommation d'alcool, (baromètre 2005)

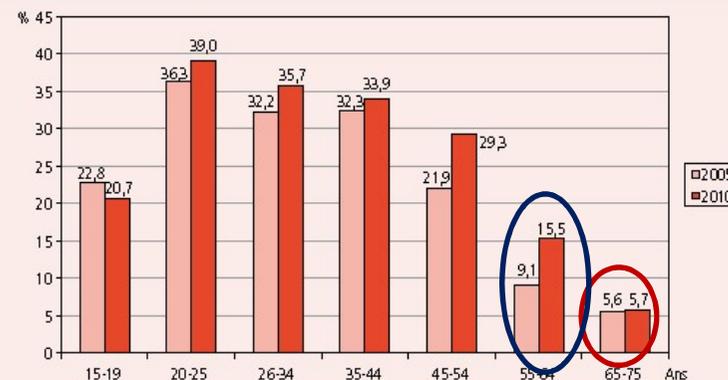
PRATIQUES ADDICTIVES DU SUJET AGE MAL CONNUES²

Données épidémiologiques limitées
Difficultés d'identification
Déficit de prise en charge

ALCOOL mésusage	10 à 25 %
PSYCHOTROPES	20 à 40 % (us. régulier)
JEU	1 à 4 % (USA)

² Menecier P, et al. *Presse Med* 2013 ; 41 : 1226-32

Figure 1 Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75 ans), France, 2005-2010 /
Figure 1 Trends in daily smoking among women aged 15-75, France, 2005-2010



Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, Inpes.

Figure 2 Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15-75 ans), France, 2005-2010 /
Figure 2 Trends in daily smoking among men aged 15-75, France, 2005-2010



Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

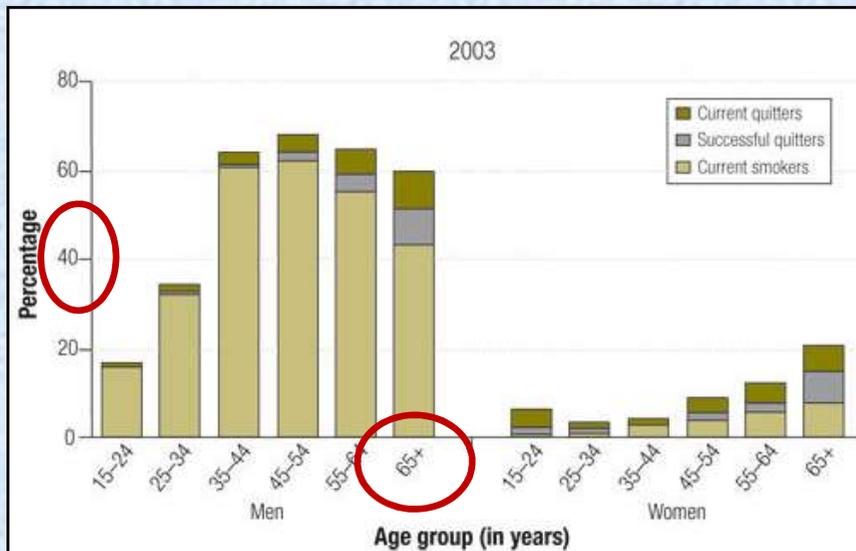
¹ Beck F, et al. *BEH* 2011 ; 20-21 : 230-1

ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

MORTALITE DUE AU TABAC DANS LE MONDE

2012 : 6.10⁶ décès 2030 : 8.10⁶ décès
 Pays émergents : 80 % des décès

Chine : 1,2.10⁶ décès/an en 2030
 35 % consommation du tabac mondial



Quian J, et al. *Bull World Health Organ* 2010 ; 88 : 769-76

Ericksen M, et al. *The TobaccoAtlas. American cancer society, 2012.* <http://tobaccoatlas.org>

ATLAS DU TABAC

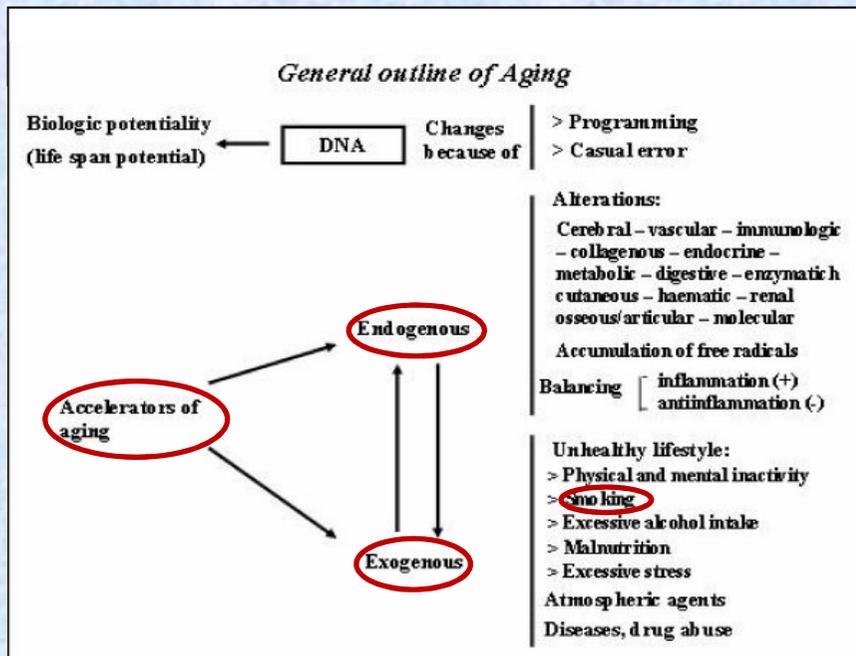
QUATRIÈME ÉDITION
Entièrement revue et mise à jour

www.TobaccoAtlas.org

AMERICAN CANCER SOCIETY WORLD LUNG FOUNDATION

TABAC : ACCELERATION DU VIEILLISSEMENT

Nicita-Mauro V, et al. Non smoking for successful aging therapeutic perspectives. *Curr Pharm Des* 2010 ; 16 : 775-82
 Nicita-Mauro V, et al. Smoking, health and ageing. *Immun Ageing* 2008 ; 16 : 5-10
 Arnson Y. Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. *J Autoimmun* 2010 ; 34 : 258-65



MULTIPLICITE DE L'IMPACT DU TABAC

Toxicité vasculaire

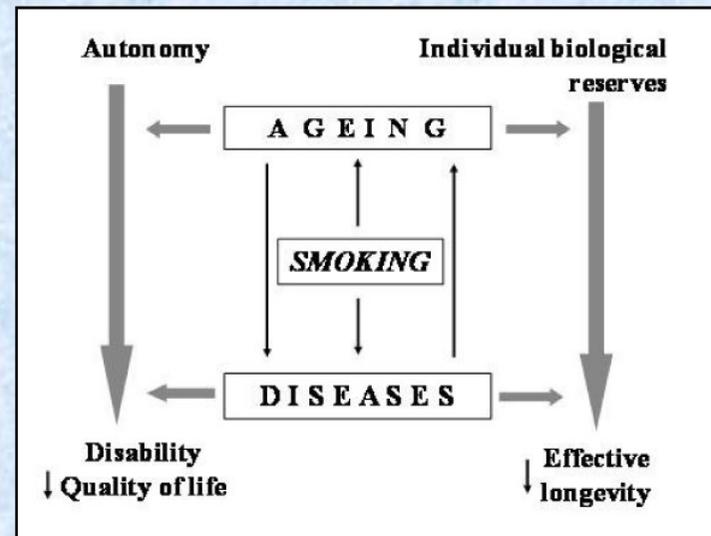
Phénomène inflammatoire généralisé

Modification du profil lipidique

Radicaux libres (stress oxydatif, inflammation...)

Effets mutagènes et cancérogènes

Immuno-dépression



CONSEQUENCES DU TABAGISME

FUMER : RISQUES GENERAUX CHEZ LE SUJET AGE

PATHOLOGIE RESPIRATOIRE

CANCER BRONCHIQUE

RR = 25 H et F (55 à 75 ans)

BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE

RR = 25 H et 22 F (55 à 75 ans)

Thun MJ, et al. *N Engl J Med* 2013 ; 368 : 351-64

DECES PAR BPCO : 70% après 70 ans

Jeannin L. *Rev Mal Respir* 2003 ; 20 : 105-15

PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

70% DC CARDIO-VASCULAIRES (> 60 ans)

Burns DM. *Am J Health Promot* 2000 ; 14 : 357-61

INSUFFISANCE CARDIAQUE (> 70 ans)

Gopal DM, et al. *Am Heart J.* 2012 ; 164 : 236-42

MORTALITE APRES CHIR. CARDIAQUE

(> 70 ans. Complications respiratoires)

Jones R, et al. *Interactiv Cardiovasc Thorac Surg* 2011 ; 12 : 449-53

FUMER : RISQUES SPECIFIQUES CHEZ LE SUJET AGE

DECLIN COGNITIF – MAL. ALZHEIMER

Facteur de risque et accélération de MA

OR=1,99 (1,33-2,99) et OR=1,45 (1,16-1,80)

Almeida OP. *Addiction* 2002 ; 92 : 15-28

Cataldo JF. *J Alzheimers Dis* 2010 ; 19 : 465-80

ATHEROSCLEROSE CEREBRALE ET MA

Yuan J, et al. *Clin Interv Aging* 2013 ; 8 : 581-4

FACTEURS DE RISQUE CV ET MA

Dregan A, et al. *Age Ageing* 2013 ; 42 : 338-45

NICOTINE ET DEFICIT COGNITIF (OU MA ?)

Newhouse P, et al. *Neurology* 2012 ; 78 : 91-101

DMLA (RR=2,83)

Cano M, et al. *Vision Res* 2010 ; 50 : 652-64

OSTEOPOROSE (post ménopausique)

Baccaro LF, et al. *Arch osteoporos* 2013 ; 8 : 138

Sewerynek E, et al. *Arch Med Sci* 2013 ; 9 : 288-96

FRACTURE DU COL DE FEMUR

Karantana A, et al. *J Bone Joint Surg Br* 2011 ; 93 : 658-64

DEFICIT FONCTIONNEL GLOBAL

Physique (PCS) et psychique (MCS)

Arday DR, et al. *Am J Prev* 2003 ; 24 : 234-43

BENEFICES DE L'ARRET DU TABAC (1)

ARRET DU TABAC : BENEFICES EN TERME D'ESPERANCE DE VIE

ARRET PRECOCE = BENEFICE SUPERIEUR

en cas d'arrêt après 60 ans

Doll R, et al. *BMJ* 2004 ; 328 : 1519-28

ARRET A 65 ANS : GAIN DE VIE

Homme : 1,4 à 2 ans Femme : 2,7 à 3,7 ans

Taylor DH, et al. *Am J Public Health* 2002 ; 92 : 990-6

ARRET A 65 ANS : GAIN DE 4 ANS

Cohorte US NHIS (1997-2004)

Jha P, et al. *N Eng J Med* 2013 ; 368 : 341-50

ARRET DU TABAC : BENEFICES EN TERME DE QUALITE DE VIE

AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE

Sans maladie chronique, SF 36, gros fumeurs

Mulder I, et al. *Prev Med* 2001 ; 33 : 653-60

AMELIORATION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

Adhésion programme, scores PCS MDO-SF 36

Cooper TV, et al. *Addict Behav* 2007 ; 32 : 2268-73

QUALITE DE VIE, DEPRESSION, PTSD

Échelle HRQoL, 943 vétérans US

Aversa LH, et al. *J Psychosom Res* 2012 ; 73 : 195-90

BENEFICES DE L'ARRET DU TABAC (2)

ARRET : LIMITATION DES RISQUES SPECIFIQUES DU SUJET AGE

DECLIN COGNITIF ET MA
DECLIN FONCTIONNEL GLOBAL
RISQUE D'OSTEOPOROSE
AMELIORATION DE LA QDV
RISQUE DE DIABETE
RISQUE DE DMLA

Nicita-Mauro V, et al. *Curr Pharm Dis* 2010 ; 16 : 775-82

DIMINUTION DU RISQUE DE CANCER BRONCHIQUE (> 65 ans)

Lhan TH, et al. *Tob Control* 2007 ; 16 : 182-9

REDUCTION DU DECLIN DU VEMS ET MORTALITE PAR BPCO (>60 ans)

Burns DM, et al. *Am J Health Promot* 2000 ; 14 : 357-61

ARRET : BENEFICES CARDIO-VASCULAIRES PREDOMINANTS

EXCES DE DECES D'ORIGINE CARDIO-VASCULAIRE (> 60 ans)

ARRET : PREVENTION PRIMAIRE

Réversibilité rapide du risque de thrombose et de spasme artériel

Pathologie coronaire, AOMI, AVC, AAA

ARRET : PREVENTION SECONDAIRE

- de la mortalité totale après IDM
- de la récurrence après IDM
- du risque de réintervention (pontage)
- du risque de complication opératoire

Thomas D. *Presse Med* 2013 ; 42 : 1019-27

Thomas D. *Presse Med* 2009 ; 38 : 946-52

HISTOIRE DU TABAGISME CHEZ LES SENIORS

INITIATION ET DEVELOPPEMENT DE LA DEPENDANCE¹

MAINTIEN DU TABAGISME¹

Raisons ou motivations positives

- Recherche de plaisir et habitude
- Reconnaissance et appartenance
- Automédication : psycho-stimulant

Raisons ou motivations négatives

- Dépendance, passivité et besoins
- Dépendance et isolement social
- Dépendance et environnement

AUTRES ASPECTS^{2,4}

Stress élevé (exogène, endogène)

Déficit cognitifs légers (nicotine : régulateur ?)

Addictions associées (alcool, cyberaddiction)

³ Newhouse P, et al. *Neurology* 2012;78: 91-101

⁴ N'hiri K, et al. *La gazette médicale-info@geriatrie*;2014



¹ Fernandez L, et al. *Psychologie Française* 2010 ; 55 : 309-23



² Fernandez L, et al. *Alcool Addictol* 2010 ; 34 : 279-289

DEPENDANCE AU TABAC DES SUJETS AGES ?

CONNAISSANCES LIMITEES

Peu d'études (souvent non contrôlées)
évaluation imparfaite (DSM IV et FTND)

PREVALENCE RELATIVEMENT ELEVEE DU TABAGISME CHEZ LES SENIORS

QUELLE VALEUR POUR LE FTND ?

Diminution consommation de tabac (↑ consom.
d'alcool) après 50 ans : préférer TTFC

Park S, et al. *Public Health* 2012 ; 126 : 482-9

Fumeurs âgés n'augmentent pas leur dépendance
au tabac (FTND) mais TAD et usage de SPA

Sachs-Erichson N, et al. *Aging Mental Health* 2011 ; 15 : 132-41

Prévalence de Hard-core smokers plus élevée
après 65 ans (30% vs 5% avant 25 ans)

Jarvis MA, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013 ; 10 :
2185-97

Association entre forte dépendance au tabac
(FTND ≥ 6) dépression et PTSD (âge > 65 ans)

Roberts B, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013 ; 10 :
2185-97

DEPENDANCE A LA NICOTINE – DSM IV

- A. Utilisation quotidienne de la nicotine pendant au moins plusieurs semaines
- B. Arrêt brutal ou réduction provoque dans les 24h au moins 4 des signes suivants :
1. humeur dysphorique/dépression
 2. insomnie
 3. Irritabilité/frustration/colère
 4. Anxiété
 5. Difficultés de concentration
 6. Fébrilité
 7. diminution du rythme cardiaque
 8. augmentation de l'appétit/prise de poids
- craving, TTFC non mentionnés**
- C. Les symptômes causent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement
- D. Ils ne sont pas dus à une affection médicale générale ni expliqués par un autre trouble mental.

Classification DSM IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - APA)

PERCEPTION DE L'ARRÊT : FUMEURS - SOIGNANTS

DES FUMEURS MOINS ENCLINS A TENTER L'ARRÊT

Un tiers (âge > 55 ans) n'a jamais reçu de conseil d'arrêt

Fernandez L, et al. Psychol Française 2010; 55: 309-23

Faible croyance dans le bénéfice de l'arrêt ; crainte des dangers du TNS.

Kerr S, et al. Health Soc Care Community 2006 ; 14 : 572-82

Croyance en une moindre toxicité des formes *light* et aux difficultés de l'arrêt (OR=3,44)

Donze J, et al. Age Ageing 2007; 36: 53-7

Faible confiance en soi pour s'arrêter.

Yong HH, et al. Addict Behav 2005 ; 30(4) : 777-88

UNE ATTITUDE INADAPTEE DES ACTEURS SANITAIRES

« Les patients ne veulent pas arrêter de fumer », « ne pas nuire à leur bien-être »

Schmitt EM, et al. J Aging Health 2005; 17: 717-23

Conseil d'arrêt plus fréquent si âge < 65 ans (vs âge 65 ans, p<0,001)

Maguire CP, et al. Age Ageing 2000; 29: 264-66

Pour 88% des infirmières «ils ne veulent pas arrêter» (26% avaient tenté dans le mois ; 32% avaient le projet d'arrêt dans les 6 mois)

Watt CA, et al. Psychol Addict Behav 2004 ; 18 : 56-63

Manière de faire et « Teachable moment »

Buckland A, et al. Age Ageing 2005 ; 34 : 639-42

SEVRAGE : FACTEURS DE REUSSITE

AUTEURS-PAYS	TYPE D'ETUDE - POPULATION	FACTEURS DE REUSSITE
Salive (1992) USA	Longitudinale (durée 6 ans) H + F ; N=1252 (âge ≥ 65 ans)	Arrêt à 3 ans (OR=2,3) si nécrose du myocarde, AVC, cancer
Dale (1997) USA	Rétrospective (1988-1992) H + F ; N=613 (âge ≥ 65 ans)	Arrêt à 6 mois : motivation à l'arrêt (p=0,005), ant. d'arrêt (p=0,004), hospitalisation (p<0,001), marié (p=0,0039)
Yong (2005) USA, Canada, GB, Australie	Longitudinale (ITCPES) H + F ; N=9000 (âge ≥ 60 ans)	Prix du tabac, information sur les risques, conseil d'arrêt, aide par médicament peu coûteux, tentative antérieure
Whitson (2006) USA	Longitudinale (durée 3 ans) H + F ; N=573 (âge ≥ 65 ans)	Arrêt à 3 ans : F (OR=1,7), nécrose du myocarde (OR=1,32), cancer (OR=1,68) récent
Chaaya (2006) Liban	Transversale (2002-2003) H + F ; N=971 (âge ≥ 60 ans)	Arrêt : maladie chronique (OR=4,29) ou invalidité fonctionnelle (OR=1,79)
Abdullah (2006) Hong-Kong	Prospective (durée 6 mois) H + F ; N=1140 (âge ≥ 60 ans)	Faible consommation et dépendance motivation et compétence pour s'arrêter antécédent d'arrêt effectif usage et observance du TNS
Donze (2007) Suisse	Prospective (durée 3 ans) F ; N=372 (âge ≥ 65 ans)	Arrêt associé au tabagisme occasionnel (OR=2,4) et à la facilité de l'arrêt (OR=3,7)
Adams (2009) Grande Bretagne	Longitudinale (durée 4 ans) H + F ; N=7174 (âge ≥ 60 ans)	Arrêt associé à une orientation temporelle vers le futur
Breitling (2010) Allemagne	Rétrospective (2000-2002) H + F ; N=4576 (âge 50 à 74 ans)	Arrêt du tabac associé à une faible consommation hebdomadaire d'alcool

SEVRAGE : FACTEURS D'ECHEC

ETAT DEPRESSIF ASSOCIE

442 F - USA (55-65 ans), suivi 10 ans

Etat dépressif mauvais pronostic de l'arrêt
Mésusage d'alcool renforce l'état dépressif
et la difficulté de l'arrêt du tabac

Kenney ME, et al. *J am Geriatr Soc* 2009 ; 43 : 1313-6



FORTE IMPREGNATION TABAGIQUE

259 F - Corée (≥ 65 ans), 2005-2006

Tabagisme ancien, inhalation profonde
Etat dépressif, mésusage d'alcool
Niveau de formation bas

Kim SK, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2013 ; 56 : 213-9

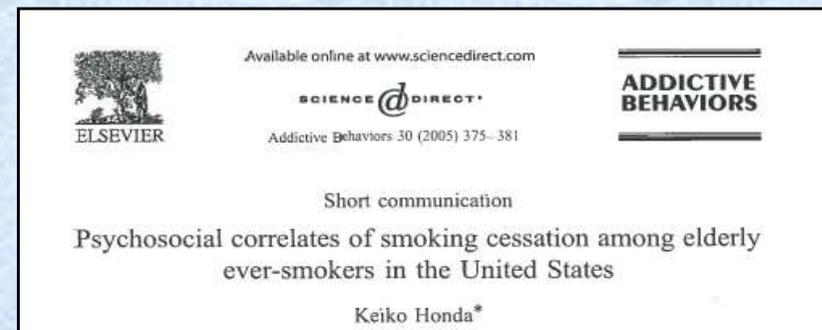


FACTEUR PSYCHO-SOCIAUX

3170 F - USA (> 60 ans) NHIS

Détresse psychologique, isolement social
Faible niveau de formation
Déficit de l'offre de soin

Honda K. *Addict Behav* 2005 ; 30 : 375-81



AUTRES POINTS FORTS

ATTENTE INFÉRIEURE DE BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DU TABAC ?

Tait RJ, et al. *Addiction* 2006 ; 102 : 148-52

MOINS DÉCLENCHEUR DE DÉCISION DE SEVRAGE ?

Burns DM. *Am J Health Promot* 2000 ; 14 : 354-61

IMPACT DU PRIX DU TABAC SUR LE FUMEUR ÂGÉ ?

Franz GA, et al. *Public Health* 2008 ; 122 : 1343-8

Hyland A, et al. *Tob Control* 2005 ; 14 : 86-92

CHANCES D'ARRÊTS IDENTIQUES AUX FUMEURS PLUS JEUNES

Jeremiah E, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012 ; 16 : 273-8

53,3 % (H + F âge > 60 ans) vs 43,5 % (âge < 60 ans) à 12 mois (p=0,48)

Doolan DM, et al. *Am J Geriatr Cardiol* 2008 ; 17 : 37-47

52 % (F âge > 62 ans) vs 38,1 % (âge < 62 ans) à 12 mois (p=0,02)

Croizet A, et al. *Rev Mal Respir* 2015

44,2% (H+F ≥ 60 ans) vs 32,8% (âge < 60 ans) à 12 mois (p=0,002)

RECOMMANDATIONS US D'AIDE À L'ARRÊT ANALOGUES

Fiore MC, et al. *Treating Tobacco use and dependence. 2008 Update.*

MOYENS D'AIDE A L'ARRET



Maturitas

Volume 71, Issue 2, February 2012, Pages 131-141



Zbikowski SM, et al. *Maturitas* 2012 ; 71 : 131-41

Review

A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older

REVUE DE LA LITTÉRATURE (13 études)

Etudes randomisées-contrôlées âge > 50 ans
base de données Medline

- . conseil d'arrêt
- . thérapies comportementales et cognitives
- . médicaments d'aide à l'arrêt
- . associations de médicaments + soutien

Evaluation de l'arrêt à 6 et 12 mois

Association de médicaments et TCC
(8 études/13)

RESULTATS

Conseil d'arrêt/matériel auto-assistance
TCC faible intensité (arrêt 16% vs 9% à 6 mois)

TCC forte intensité efficacité à 6 mois
(OR=2,36 à 2,63) dépend du contenu et de
l'association aux médicaments de sevrage.

Médicaments d'aide à l'arrêt efficacités à 6
mois (OR=1,18 à 1,27) et bonne tolérance

Conseil + lignes de soutien + médicaments d'aide :
efficaces (âge ≥ 65 ans)

Intérêt de formations courtes sur l'aide à l'arrêt en gériatrie.

Kerr S, et al. *Worldviews Evid Based Nurs* 2011;8:177-86

PRISE EN CHARGE PRATIQUE

SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Tait RJ, et al. *Addiction* 2006 ; 102 : 148-55

Arrêt à 6 mois (OR=4,36 ; 1,15-16,47)

VARENICLINE

BUPROPION (1/2 dose)

ASK

→ Demander le statut du fumeur

ADVICE

→ Conseiller l'arrêt du tabac

ASSESS

→ Evaluer la motivation à l'arrêt

ASSIST

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Dupont P, et al. *NPG* 2012 ; 12 : 3-8

ARRÊT DANS LES 30 JOURS

Aider à choisir la date de l'arrêt

Aider à bâtir un plan d'arrêt :

- tentative spontanée
- besoin d'aide :

Traitement comportemental

Traitement médicamenteux

Ligne de soutien (TIS 3989)

Renforcer la motivation et assurer de sa disponibilité

Accompagner ou orienter

PAS IMMÉDIATEMENT PRÊT

Aider à identifier les freins à la décision d'arrêt :

- peur de l'échec
- faible estime de soi
- état dépressif
- mésusage d'alcool
- précarité sociale

Compenser les déficits et renforcer la motivation

Proposer une réduction de la consommation aidée de TNS

PAS PRÊT À L'ARRÊT

Donner une information sur le tabac et tabagisme

Entretien motivationnel (balance décisionnelle)

Discuter les risques des cigarettes *light* et du tabagisme passif

Faire adopter des règles de consommation au domicile et évoquer une réduction

ARRANGE

→ Planifier le suivi

Croizet A, et al. Sevrage tabagique de fumeurs âgés. Etude rétrospective chez 181 fumeurs âgés prise en charge en centre de tabacologie. Rev Mal Respir 2015 (in press)

	Age < 60 (N=1 425)	Age ≥ 60 (N=181)	P value	Age ≥ 60 OR=1,97
Tabagisme (c/j)	25	23	NS	
Tabagisme (PA)	27	48,6	< 0,0001	
FTND	7,3	7,4	NS	
Tent. d'arrêt (%)	82	81,2	NS	
Path. Cardio/Pneumo. (%)	46,7	82	< 0,0001	Pathologie OR=1,17
Dép. JO-HAD (%)	34,2	43	0,05	
Anx. JO-HAD (%)	18,6	28,1	0,01	Anxiété JO OR=0,58
Cannabis Alcool (%)	24,6	32	NS	Usage SPA OR=0,60
Motivation (Richmond)	-	-	NS	
TNSTD JO (mg)	25,8	27,7	NS	
TNS durée (semaines)	14	18,7	0,003	
IRS (%)	50	62,5	0,008	
IRS durée (mois)	6,4	8,5	0,0007	
Prise de poids (%)	58,2	53,1	NS	
Prise de poids (Kg)	3,9	4,5	NS	
ARRET à 12 mois (%)	33,8	46	0,006	

CONCLUSION

Le tabagisme des sujets âgés ne doit pas être négligé.

La prise en charge : principes habituels de l'aide à l'arrêt.

Résultats du sevrage identiques (fumeurs âgés vs fumeurs plus jeunes).

L'arrêt du tabac s'accompagne de bénéfices pour la personne âgée.

Les acteurs du soin en Gériatrie et en Addictologie doivent collaborer.



**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

