



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

## Sevrage tabagique des fumeurs âgés. Étude rétrospective chez 181 fumeurs âgés pris en charge en centre de tabacologie

*Smoking cessation in older smokers. A retrospective study in 181 older smokers managed in a smoking cessation clinic*

A. Croizet<sup>a</sup>, J. Perriot<sup>b,\*</sup>, F. Merson<sup>b</sup>,  
B. Aublet-Cuvelier<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine à orientation cardiologique, centre hospitalier de Riom, 63200 Riom, France

<sup>b</sup> Centre de tabacologie, dispensaire Émile-Roux, CLAT, 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France

<sup>c</sup> Département d'informatique médicale, CHU de Clermont-Ferrand, 63003 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 31 mars 2015 ; accepté le 11 mai 2015

### MOTS CLÉS

Sevrage tabagique ;  
Tabagisme ;  
Personnes âgées ;  
Dépendance  
tabagique ;  
Fumeurs âgés

### Résumé

**Introduction.** – Le tabagisme est un facteur de décès prématuré y compris chez les sujets âgés. L'arrêt du tabac réduit la mortalité liée au tabagisme, même après 60 ans. L'objectif de cette étude menée en centre de sevrage tabagique était de décrire le profil et le résultat des tentatives d'arrêt chez des fumeurs âgés.

**Méthode.** – Étude rétrospective menée sur les consultants d'un centre de tabacologie entre le 01/01/1999 et le 31/12/2009 ; les fumeurs « âgés » ( $\geq 60$  ans ;  $n = 181$ ) étaient comparés aux fumeurs « jeunes » ( $< 60$  ans ;  $n = 1425$ ).

**Résultats.** – Comparativement aux fumeurs jeunes, les fumeurs âgées présentaient plus fréquemment des pathologies cardiopulmonaires (82,3 % vs 46,7 % ;  $p < 0,0001$ ) et des dépressions actuelles (45,3 % vs 35,7 % ;  $p = 0,012$ ) ; leur taux d'abstinence à 12 mois était plus élevé (44,2 % vs 32,9 % ;  $p = 0,0025$ ). Un âge supérieur à 60 ans était associé à une chance de réussite du sevrage tabagique plus élevée (OR = 1,83 ; IC 95 % : 1,29–2,59).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jean.perriot@puy-de-dome.fr](mailto:jean.perriot@puy-de-dome.fr) (J. Perriot).

**Conclusion.** – Les fumeurs âgés n'arrêtent pas plus difficilement de fumer que les fumeurs plus jeunes. Les médecins doivent conseiller et aider l'arrêt du tabac des fumeurs âgés ou au besoin les orienter vers des consultations d'aide à l'arrêt. Les recommandations d'experts en matière de conseil d'arrêt et de sevrage tabagique s'appliquent donc sans aucune réserve aux séniors.  
© 2015 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Smoking cessation;  
Smoking;  
Elderly;  
Tobacco dependence;  
Older smokers

## Summary

**Introduction.** – Smoking is a factor associated with premature death, including in older people. Stopping smoking reduces related mortality even after the age of 60. The aim of this study, conducted in a smoking cessation clinic, was to describe the characteristics of these older smokers and their quit attempts.

**Method.** – A retrospective study was performed from the patient files of a smoking cessation clinic between 1999/01/01 and 2009/12/31; "older" smokers ( $\geq 60$  years;  $n = 181$ ) were compared to "young" smokers ( $< 60$  years;  $n = 1425$ ).

**Results.** – Compared to young smokers, older smokers had a higher frequency of cardiovascular diseases (82.3% vs. 46.7%;  $P < 0.0001$ ) and current depressions (45.3% vs. 35.7%;  $P = 0.012$ ); their abstinence rate at 12 months was higher (44.2% vs. 32.9%;  $P = 0.0025$ ). An age over 60 years was associated with a higher success rate (OR = 1.83; CI 95%: 1.29–2.59).

**Conclusion.** – Cessation smoking attempts are as likely to be successful in older smokers as in younger smokers. Physicians should advise and assist older smokers to quit and if necessary refer them to smoking cessation clinics. Smoking cessation guidelines therefore will apply without reserve in seniors.

© 2015 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Le tabagisme est la première cause de morts prématurées. Il a été à l'origine de 73 000 décès en France en 2004 [1]. Le Baromètre Santé 2014 des Français [2] révèle que la prévalence du tabagisme actif diminue avec l'âge; toutefois, 12,3% des hommes et 7% des femmes fument entre 65 et 75 ans; ils n'étaient respectivement que 9 et 5,7% en 2010. En 2050 en France métropolitaine, et selon les estimations de l'INSEE [3], un habitant sur trois aura plus de 60 ans contre un sur cinq en 2005. Même si dans l'intervalle, la proportion de fumeurs parmi les séniors reste stable, leur nombre absolu augmentera, provoquant l'augmentation des maladies et des décès liés au tabagisme, en particulier les maladies cardiovasculaires, les cancers et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) [4].

Une étude de cohorte conduite aux États-Unis [5], portant sur 21 697 sujets âgés de 25 à 79 ans, a mis en évidence un risque de mortalité multiplié par trois chez les fumeurs, comparativement aux non-fumeurs; l'excès du nombre de décès survient surtout après 60 ans et les fumeurs perdent 10 ans d'espérance de vie par rapport aux non-fumeurs. Une méta-analyse de 17 études [6] a montré que le tabagisme actif des sujets âgés de plus de 60 ans était associé à un sur-risque de décès (RR = 1,2 à 3,4) et se manifestait jusqu'à un âge avancé. Il existait une relation entre le nombre de cigarettes fumées et le risque de décès. Le tabagisme est, par ailleurs, un facteur de risque aggravant de pathologies fréquentes chez le sujet âgé, telles que l'ostéoporose, la

dégénérescence maculaire rétinienne, le déclin des fonctions cognitives, le diabète, l'altération de la qualité de vie, justifiant davantage l'arrêt du tabac chez les séniors [7].

Taylor et al. [8] ont mis en évidence, dans une étude prospective portant sur une cohorte d'un million d'habitants des États-Unis ayant arrêté de fumer vers l'âge de 65 ans, un gain d'espérance de vie de 1,4 à 2 ans chez les hommes et de 2,7 à 3,7 ans chez les femmes. Le bénéfice le plus rapide et important de l'arrêt de la consommation de tabac est cardiovasculaire; il se produit à tout âge. Chez le sujet âgé, indépendamment des bénéfices à tous les stades de la maladie coronaire, il permet de réduire le risque d'insuffisance cardiaque et de complications postopératoires de la chirurgie cardiaque [9]. Les bénéfices du sevrage tabagique sont moins manifestes sur la pathologie respiratoire, la BPCO et le cancer bronchique étant les principales causes de décès liées au tabagisme après 60 ans. L'arrêt du tabac permet néanmoins d'enrayer le déclin accéléré du VEMS chez le patient atteint de BPCO [10]. Une étude prospective sur 56 167 sujets âgés d'au moins 65 ans, menée à Hong Kong [11] a mis en évidence, au terme de quatre années de suivi, que le risque de mortalité par cancer bronchique était significativement moins élevé chez les ex-fumeurs, comparativement aux fumeurs avec un risque relatif de 0,58 (IC 95% : 0,46–0,75;  $p < 0,001$ ).

Les recommandations américaines d'aide à l'arrêt du tabac de 2008 [12] ne distinguaient pas significativement les approches non médicamenteuses ou médicamenteuses avant ou après 50 ans. Une récente méta-analyse de

13 études [13] d'aide à l'arrêt du tabac reposant sur l'utilisation des moyens thérapeutiques habituels du sevrage tabagique a mis en évidence leur validité chez les seniors. L'étude de Doolan et al. [14] a montré que les résultats du sevrage n'étaient pas différents avant ou après 60 ans.

Dans ce contexte, l'étude présentée avait deux objectifs principaux. D'une part, décrire et comparer le profil des consultants d'un centre d'aide à l'arrêt du tabac répartis en deux groupes en fonction de l'âge : inférieur à 60 ans (fumeurs « jeunes ») et égal ou supérieur à 60 ans (fumeurs « âgés » ou seniors). D'autre part, confronter les modalités et les résultats de la prise en charge de sevrage à 6 et 12 mois. L'intention finale de ce travail était de déduire des règles d'optimisation du sevrage tabagique des fumeurs âgés.

## Matériel et méthode

### Population étudiée

Cette étude rétrospective a été réalisée à partir des dossiers des consultants du dispensaire Émile-Roux de Clermont-Ferrand (France), centre d'aide à l'arrêt du tabac entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2009 ; les patients ont été répartis en deux groupes selon l'âge : inférieur à 60 ans et égal ou supérieur à 60 ans (âge moyen du départ en retraite sur la période d'étude).

### Modalités de suivi des patients

Durant la période d'étude, la prise en charge et le suivi de tous les consultants ont été assurés selon le même protocole. Préalablement au sevrage, deux sessions d'information menées par un infirmier tabacologue leur étaient proposées. Un bilan médical exhaustif, clinique et paraclinique (électrocardiogramme, radiographie pulmonaire, spirométrie avec courbe débit-volume accompagnée de l'explication des résultats obtenus, alcootest) était réalisé avant que chaque patient soit reçu par un médecin tabacologue pour une évaluation du tabagisme et prise en charge de l'arrêt du tabac. Lors de cette consultation initiale (j0) étaient recueillies à partir du dossier de Tabacologie-INPES : la consommation de cigarettes journalière et cumulée en paquets-années (PA), les tentatives d'arrêt antérieures (nombre, durée en mois), les antécédents pathologiques somatiques (en lien avec la consommation de tabac : cardiovasculaires, broncho-pulmonaires, ORL) et psychiatriques (troubles anxieux et/ou dépressifs). Les consommations associées de substances psychoactives (SPA), en particulier : mésusages d'alcool et/ou cannabis étaient identifiées. L'évaluation de la motivation à l'arrêt reposait sur le test de Richmond [15] (score 0 à 6 : motivation insuffisante : 7–8 ; moyenne : 9–10 : forte) ; celle de la dépendance à la nicotine sur le test de Fagerström en six questions [15] (score 0–3 : dépendance faible ; 4–6 modérée ; ≥ 7 : forte ou très forte). Le repérage des troubles anxieux ou dépressifs reposait sur l'utilisation du test HAD (Hospital Anxiety Depression Scale) [15]. Les seuils retenus pour les versants « anxiété » et « dépression » étaient égaux ou supérieurs à 10. Le diagnostic de dépression relevait de critères cliniques confortés par des mesures psychométriques (Beck Depression Inventory) [15]. Enfin, la

maturation de la décision d'arrêt a été corrélée au stade du modèle décrit par Prochaska et Di Clemente [16] tandis que les chances de réussite de la tentative d'arrêt étaient évaluées d'après l'échelle proposée par Demaria [15] (score de 0 à 20).

La prise en charge de sevrage a toujours conjugué un soutien relevant d'une thérapie comportementale et cognitive et l'utilisation d'un médicament d'aide à l'arrêt du tabac : traitement nicotinique substitutif (TNS) avec association systématique, à la phase initiale, de formes transdermiques et buccales ; bupropion ou varénicline. Un traitement antidépresseur inhibiteur de la sérotonine (IRS) ou inhibiteur de la sérotonine et de la noradrénaline (IRS-NA) a été utilisé en cas de dépression avérée (clinique et psychométrique).

Tous les patients étaient reçus en consultation 7, 30, 90, 180 et 360 jours après la visite initiale (j0). Pendant toute la durée de la prise en charge, chaque patient disposait d'un carnet de suivi lui permettant de mentionner sa consommation journalière. À chaque consultation, l'abstinence était validée par la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré (taux < 7 ppm). Les patients perdus de vue ont été comptés comme échecs du sevrage. À la fin du suivi, chacun d'eux évaluait l'importance du soutien dont il avait bénéficié selon quatre degrés (faible, réel, important ou capital) et la complexité de l'arrêt en trois degrés (moins, autant ou plus difficile) qu'escompté avant le début de la tentative.

### Modalités de recueil des données

Les données correspondant à chaque patient lors de la consultation initiale (J0) et des consultations ultérieures (j7, j30, j180, j360), ou à défaut lors de la dernière visite de suivi pour les patients perdus de vue, ont été enregistrées sur fichier Excel. L'extraction de données a permis de distinguer les deux populations (âge < 60 ans et âge ≥ 60 ans) ; les patients abstinents à 12 mois (arrêt validé par une mesure de monoxyde de carbone (CO) expiré) sont différenciés des patients fumeurs dans les populations de fumeurs âgés et jeunes.

### Analyse statistique

Elle a été réalisée par le département d'informatique médicale du CHU de Clermont-Ferrand. Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne ± déviations standard (pour les variables quantitatives) ou d'effectifs et pourcentages (pour les variables qualitatives). Les tests statistiques utilisés sont le test de Chi<sup>2</sup> de Pearson pour les variables qualitatives (ou le test exact de Fisher pour les petits effectifs) ainsi que le test de Student pour comparer les moyennes des variables quantitatives. Le logiciel SAS version 8 a été utilisé pour cette analyse et un seuil de significativité de 5 % a été retenu.

## Résultats

Parmi les 1630 consultants, 1425 avaient un âge inférieur à 60 ans (fumeurs jeunes) et 181 un âge égal ou supérieur à 60 ans (fumeurs âgés) ; 24 dossiers ne comportant pas de donnée sur l'âge des patients ont été exclus de l'étude.

**Tableau 1** Caractéristiques des fumeurs selon les deux tranches d'âge.

Caractéristiques	Âge < 60 ans n = 1425	Âge ≥ 60 ans n = 181	p
Âge (années)	42 ± 9,3	64,4 ± 4	
Genre			
Hommes (%)	646 (45,3)	105 (58)	0,007
Femmes (%)	779 (54,7)	76 (42)	
Cigarettes/jour	24,8 ± 11,1	23,5 ± 19,9	NS
Paquets-années	27,2 ± 16,7	49,4 ± 19,3	NS
Test de Fagerström	7,3 ± 2	7,6 ± 1,9	NS
Antécédents d'arrêt du tabac	1130 (79,2%)	144 (79,5%)	NS
Nombre de tentatives d'arrêts antérieures (durée ≥ 7 j)	2,2 ± 2,7	2,1 ± 2,1	NS
Comorbidités cardiaque, respiratoire ou ORL	666 (46,7%)	189 (82,3%)	< 0,0001
Antécédents de dépression	495 (34,5%)	73 (40,3%)	NS
État dépressif : HAD-A > 10	510 (35,7%)	82 (45,3%)	0,012
État anxieux : HAD-A > 10	524 (36,7%)	74 (40,8%)	NS
Pronostic de l'arrêt (Demaria)	11,7 ± 3	11,3 ± 3,1	NS
Motivation à l'arrêt (Richmond)			
Insuffisante : score 0–6	378 (26,5%)	54 (29,8%)	NS
Moyenne : score 7–8	672 (47,2%)	86 (47,5%)	NS
Forte : score 9–10	375 (26,3%)	41 (22,7%)	NS
Stade de Prochaska (%)			
Pré-contemplation	217 (15,2%)	38 (20,9)	0,01
Contemplation	871 (61,1)	114 (62,9)	NS
Détermination	237 (16,7)	14 (7,7)	0,01
Action	100 (7)	15 (8,2)	NS
Mésusage associé de substance psychoactive	430 (30,1%)	61 (33,7%)	NS

HAD : Hospital Anxiety Depression Scale (D : versant dépression ; A : versant anxiété).

## Comparaison des populations de fumeurs

Les fumeurs âgés ( $n=181$ ) ne représentaient que 11,2% des consultants; leur âge moyen était de 64,4 ans (âge extrême = 85 ans) (Tableau 1). Les fumeurs jeunes ( $n=1425$ ) rassemblaient 88,8% de la population totale; leur âge moyen était de 45,3 ans (âge extrême = 17 ans). Il existait une majorité d'hommes parmi les consommateurs âgés comparativement aux plus jeunes (58 vs 45,3%,  $p < 0,007$ ). Dans les deux groupes, la consommation journalière moyenne de cigarettes était voisine ( $\geq 20$  cigarettes/j) et la distribution des consommations était similaire. Les valeurs moyennes du test de Fagerström n'étaient pas significativement différentes dans les deux populations de fumeurs: 7,3 (âge < 60 ans) et 7,6 (âge  $\geq 60$  ans); 38,5% des fumeurs âgés présentaient un score de 8 à 10 indicatif d'une très forte dépendance à la nicotine vs 31,5% des fumeurs jeunes. Leur consommation cumulée était plus élevée (49,4 PA vs 27,2 PA;  $p < 0,0001$ ) chez les seniors. La prévalence des maladies cardiovasculaires (coronaropathie, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque), respiratoires (broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO], cancer bronchique) ou de la sphère ORL (laryngite chronique, cancers) était également plus importante chez les fumeurs âgés (âge  $\geq 60$  ans) comparativement aux plus jeunes (82,3% vs 46,7%;  $p < 0,0001$ ). Dans le groupe des seniors, on notait une fréquence plus élevée de dépressions actuelles

comparativement aux fumeurs jeunes (45,3% vs 35,7%;  $p = 0,012$ ).

## Prise en charge du sevrage tabagique

Aucune différence n'était constatée entre les fumeurs (âge < 60 ans ou  $\geq 60$  ans) sur la motivation à l'arrêt, évaluée par le test de Richmond; ni sur les chances de réussite du sevrage appréciées par le test de Demaria (Tableau 2). Paradoxalement, la maturation de la décision d'arrêt, selon le modèle de Prochaska pourrait être moins avancée chez les fumeurs âgés. Ainsi, comparativement aux fumeurs jeunes, parmi les seniors, la proportion des fumeurs non motivés à l'arrêt (stade de pré-contemplation) était plus élevée (20,9% vs 15,2%) tandis que celle des fumeurs prêts à s'arrêter (stade de détermination) était inférieure (7,7% vs 16,7%). Les taux de mésusage associé d'une substance psychoactive (SPA) ne différaient pas entre les fumeurs jeunes et les fumeurs âgés (30,1% vs 33,7%). Avant 60 ans, 7,3% des consultants étaient usagers de cannabis, en revanche, parmi les seniors présentant un mésusage associé de SPA, l'alcool était le seul produit en cause.

## Déroulement de la prise en charge

Les TNS utilisés chez 80% des fumeurs (âge < 60 ans et  $\geq 60$  ans) étaient les médicaments les plus prescrits (Tableau 2). La posologie initiale moyenne de la

**Tableau 2** Prise en charge et résultats du sevrage.

Critères de comparaison	Âge < 60 ans n = 1425	Âge ≥ 60 ans n = 181	p
<i>Médicaments utilisés</i>			
TNS	1203 (84,5 %)	146 (80,6 %)	NS
TNS-TD posologie initiale (mg)	22,3 ± 15	22,5 ± 16,9	NS
Durée du TNS-TD (semaines)	12,3 ± 15,2	15,1 ± 18,5	NS
Bupropion	148 (10,3 %)	27 (14,9 %)	NS
Varénicline	134 (9,4 %)	28 (15,4 %)	NS
IRS ou IRS-NA	670 (47 %)	109 (60,2 %)	0,0008
Durée IRS ou IRS-NA (mois)	2,7 ± 4,1	4,7 ± 7,3	0,0008
<i>Évènements indésirables</i>			
États dépressifs	159 (11 %)	27 (14,9 %)	NS
Prise de poids	788 (55,5 %)	99 (54,6 %)	NS
Nombre de kg pris	3 ± 3,2	2,3 ± 3,2	NS
<i>Résultats du sevrage</i>			
Arrêt à 6 mois	689 (48,4 %)	110 (60,8 %)	0,0017
Hommes	327 (50,6 %)	62 (59,0 %)	NS
Femmes	362 (46,4 %)	48 (63,1 %)	NS
Arrêt à 12 mois	469 (32,9 %)	80 (44,2 %)	0,0025
Hommes	208 (32,2 %)	46 (43,8 %)	NS
Femmes	261 (33,5 %)	34 (44,7 %)	NS

TNS : traitement nicotinique substitutif ; TNS-TD : traitement nicotinique substitutif transdermique ; IRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine ; IRS-NA : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; kg : kilogramme.

substitution transdermique (TNS-TD) était identique dans les deux groupes ; en revanche, sa durée était légèrement plus longue chez les séniors (15,1 vs 12,3 semaines). Le bupropion et la varénicline étaient moins souvent prescrits que le TNS mais autant proposés aux fumeurs âgés qu'aux plus jeunes [respectivement 14,9 % vs 10,3 % (NS) et 15,4 % vs 9,4 % (NS)]. D'une manière générale, l'adhérence aux médicaments d'aide à l'arrêt était meilleure chez les séniors ; aucun évènement indésirable grave n'a été identifié. Les séniors ont bénéficié plus fréquemment d'un traitement antidépresseur (60,2 % vs 47 % ;  $p = 0,0008$ ) sur une durée plus longue (4,7 mois vs 2,7 mois ;  $p < 0,0008$ ). Dans les deux groupes, une prise de poids concernait plus d'un patient en sevrage sur deux ; elle était en moyenne de 2,3 kg vs 3 kg chez le sujet âgé (différence non significative).

## Résultats du sevrage

L'abstinence au 6<sup>e</sup> mois de la tentative était plus élevée chez les fumeurs âgés comparativement aux fumeurs jeunes (60,8 % vs 48,4 % ;  $p = 0,0017$ ) ; cette différence se maintenait au 12<sup>e</sup> mois (44,2 % vs 32,9 % ;  $p = 0,0025$ ) (Tableau 2). Les hommes et les femmes arrêtaient de fumer à 6 et 12 mois dans les mêmes proportions à l'intérieur de chaque groupe d'âge. Au terme du suivi, les séniors jugeaient plus souvent que les fumeurs jeunes l'aide apportée comme « capitale » dans la réussite du sevrage (60,4 % vs 40 % ;  $p = 0,0002$ ) ; il n'a pas été constaté de différence significative dans la difficulté éprouvée lors de l'arrêt entre les deux groupes. Au-delà de l'âge, cette étude mettait en évidence un effet péjoratif des troubles anxieux actuels (OR = 0,7 ; IC 95 % : 0,55–0,91) et des co-addictions (OR = 0,61 ; IC 95 % : 0,46–0,79) sur les

taux d'abstinence à 12 mois. L'existence d'une pathologie cardiaque, pulmonaire ou ORL n'était, quant à elle, pas associée à un bénéfice en terme d'arrêt à 12 mois (OR = 1,17 ; IC 95 % : 0,89–1,53).

## Discussion

### Résultats de l'étude

Cette étude s'est intéressée à l'arrêt du tabac chez les fumeurs âgés comparativement à des fumeurs plus jeunes. Dans un recensement effectué sur Medline, il n'a été retrouvé que deux études [17,18] ayant réalisé la même comparaison. Ce travail met en évidence une consommation journalière élevée ( $\geq 20$  cigarettes/j) dans les deux groupes de fumeurs mis en parallèle, ce qui rejoint les observations de l'étude de Doolan et al. (136 fumeurs d'âge  $\geq 62$  ans vs 144 fumeurs d'âge < 62 ans) [17] et celle de Jeremias et al. (70 fumeurs d'âge  $\geq 60$  ans vs 565 fumeurs d'âge < 60 ans) [18]. Chez les fumeurs âgés qui demandent une aide pour arrêter de fumer, le niveau de dépendance nicotinique évalué par le test de Fagerström est élevé, ce qui correspond aux données relevées dans la littérature [17,19]. Cette étude confirme également que l'existence d'un état anxieux actuel et le mésusage de SPA sont associés au risque d'échec du sevrage [12] ; en revanche, elle n'a pas permis de vérifier les résultats des travaux de Kenney et al. [20] qui suggèrent que la consommation d'alcool puisse modérer la relation entre dépression et résultats du sevrage tabagique chez les sujets âgés. La présence d'une pathologie cardiaque ou pulmonaire n'est pas associée à de meilleures chances



d'arrêt du tabac contrairement aux travaux de Whitson et al. [21], ayant mis précédemment en évidence que l'existence d'antécédents coronariens chez les fumeurs âgés était associée à un meilleur pronostic de sevrage tabagique ; Honda [22] avait abouti au même constat que ce dernier chez les séniors fumeurs atteints de BPCO. Dans l'étude présentée, les taux d'abstinence à 6 et 12 mois chez les sujets âgés sont élevés (60,8% et 44,2%, respectivement) mais analogues à ceux des études de Doolan et al. (52,1% et 52%) et de Jeremias et al. (52,3% et 53,3%).

Dans la plupart des travaux portant sur le sevrage tabagique des fumeurs âgés, les résultats enregistrés se révèlent cependant plus ordinaires. Dans l'étude prospective australienne de Tait et al. [23], une aide à l'arrêt reposant sur un soutien téléphonique complété par l'apport de TNS était proposée à 215 fumeurs d'âge égal ou supérieur à 68 ans ; elle n'a permis d'atteindre qu'un taux d'abstinence continue à 6 mois de 20%. L'étude rétrospective de Dale et al. [24] menée aux États-Unis entre 1988 et 1992 a concerné 613 fumeurs d'âge égal ou supérieur à 65 ans, pris en charge par thérapies cognitivo-comportementales et TNS ; le taux d'abstinence ponctuel à 6 mois était de 25%, aucune différence n'était notée entre les fumeurs âgés de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans et de 74 ans et plus. L'insuffisance des résultats des différentes études légitime le besoin d'optimiser la prise en charge du sevrage tabagique des sujets âgés.

## Optimisation du sevrage tabagique du fumeur âgé

L'arrêt du tabac est l'aboutissement d'un processus décisionnel influencé par la qualité de l'information donnée par les acteurs sanitaires et la capacité à accroître la motivation à l'arrêt des fumeurs. Le soutien médical dans l'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs âgés paraît être souvent déficitaire. Ainsi, en 2000, Maguire et al. [25] notaient que les médecins d'un établissement hospitalo-universitaire de Dublin étaient plus enclins à conseiller l'arrêt du tabac aux fumeurs âgés de moins de 65 ans qu'à ceux ayant dépassé cet âge ( $p < 0,001$ ). De même, une étude Suisse de Donzé et al. [26] a mis en évidence que les consommatrices de cigarettes (âge  $\geq 65$  ans) pâtissaient d'un déficit de conseil et d'aide à l'arrêt du tabac de la part de leur médecin. Dupont et al. [27] soulignent, pour leur part, le bénéfice des techniques motivationnelles pour faciliter la libre prise de décision d'arrêt du tabac par le fumeur, et préserver la qualité de la relation soignant-patient. Enfin, aux États-Unis, Rimer et al. [28] ont élaboré un guide d'aide à l'arrêt du tabac spécialement conçu pour les fumeurs âgés qui permet d'induire des tentatives d'arrêt avec un taux d'abstinence continue à 12 mois de 20%. Une revue de la littérature portant sur les interventions d'aide à l'arrêt du tabac chez les fumeurs d'âge égal ou supérieur à 50 ans réalisée par Zbikowski et al. [13] sur la période 1990–2011 a retenu 13 études randomisées et contrôlées. L'efficacité du conseil d'arrêt, des thérapies comportementales et cognitives ainsi que des médicaments du sevrage (TNS, bupropion, varénicline) est mise en évidence. La plupart des études rassemblées dans cette revue générale associaient des thérapies médicamenteuses et des interventions de soutien. Au

terme de ce travail, les auteurs, comme le font Pilowsky et al. [29] dans une analyse plus récente, soulignaient la nécessité de conduire des recherches additionnelles afin d'identifier les stratégies d'aide les plus appropriées aux fumeurs âgés.

Les résultats de cette étude, en complément des données issues de la littérature, nous paraissent souligner que la prise en charge du sevrage tabagique des fumeurs âgés doit donc s'appuyer sur les recommandations habituelles en matière d'aide à l'arrêt du tabac. L'optimisation de l'intervention relevant d'abord de l'amélioration de la compétence du médecin à mener le fumeur à décider l'arrêt par le conseil et l'entretien motivationnel puis à assurer une prise en charge de sevrage personnalisée.

## Limites méthodologiques

Le caractère rétrospectif de l'étude introduit les biais habituels de ce type d'enquête et peut notamment avoir induit une surestimation des résultats. En dépit de la rigueur avec laquelle l'abstinence tabagique a été contrôlée, il demeure difficile en pratique clinique de garantir la continuité d'une abstinence. L'âge de 60 ans (âge moyen du départ en retraite sur la période d'étude) a été choisi pour être le seuil distinguant les fumeurs âgés et les fumeurs jeunes, séparant ainsi les patients en deux groupes d'effectifs très inégaux. Cette différence a pu retentir sur l'analyse des résultats.

Il aurait également été judicieux de séparer la population des fumeurs « jeunes » en deux groupes : d'âge inférieur à 45 ans et d'âge compris entre 45 et 59 ans. Une telle distinction aurait permis une plus grande continuité dans l'analyse des résultats ainsi que de rapporter les pathologies somatiques en lien avec la consommation de tabac plus fréquente après 45 ans.

Les niveaux de formation et de revenus des patients n'ont pas été pris en compte, ce qui introduit un biais d'interprétation des résultats. En effet, les différences observées dans les taux d'abstinence à 6 et 12 mois entre les fumeurs « jeunes » et les séniors pourraient, au moins partiellement, être dues à des écarts de statut socioéconomique. Ce dernier représentant un facteur pronostique du sevrage tabagique. Toutefois, si ces paramètres avaient été spécifiés dans l'étude de Doolan et al. [17], ils ne l'étaient pas dans celle de Jeremias et al. [18], ces deux travaux aboutissaient aux mêmes résultats que notre étude.

## Conclusion

Cette étude rétrospective portant sur le sevrage tabagique des sujets âgés (âge  $\geq 60$  ans) a été réalisée en consultation spécialisée d'aide à l'arrêt du tabac. Elle a mis en évidence que les prévalences des comorbidités cardiorespiratoires et des dépressions actuelles étaient plus élevées chez les fumeurs âgés, comparativement aux plus jeunes. Les taux d'abstinence à 6 et 12 mois étaient également plus élevés, corroborant les données de la littérature. Si des travaux complémentaires doivent être conduits afin d'identifier les meilleures stratégies de sevrage tabagique pour les fumeurs âgés, les bénéfices de l'abstinence doivent inciter les médecins à s'impliquer auprès d'eux, dans le conseil et l'aide à l'arrêt.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Hill C. Épidémiologie du tabagisme. *Rev Prat* 2012;62:325–9.
- [2] Beck F, Guignard R, Richard JB, et al. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions, INPES*; 2015. p. 31 [6 p.].
- [3] Robert-Bobée I. Projections de population 2005–2050. Vieillesse de la population en France métropolitaine. *Econom Stat* 2007;408–9. Accessible sur : [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ecostat\\_d.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ecostat_d.pdf)
- [4] Perriot J, Underner M, Doly-Kuchcik L. Tabac : quels risques pour la santé ? *Rev Prat* 2012;62:333–6.
- [5] Burns DM. Cigarettes smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *Am J Health Promot* 2000;14:357–61.
- [6] Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systemic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172:837–44.
- [7] Nicita-Mauro V, Maltese G, Nicita-Mauro C, et al. Smoking for successful aging: therapeutic perspectives. *Curr Pharm Des* 2010;16:776–82.
- [8] Taylor Jr DH, Hasselblad V, Henley SJ, et al. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health* 2002;92:990–6.
- [9] Thomas D. Faut-il arrêter le tabac quand on est âgé Oui ! Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge. *Presse Med* 2013;42:1019–27.
- [10] Anthonisen NR, Connet JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:675–9.
- [11] Lam TH, Li ZB, Ho SY, et al. Smoking quitting and mortality in an elderly cohort of 56,000 Hong Kong Chinese. *Tob Control* 2007;16:675–9.
- [12] Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline, 2008 update. Washington: US Department of Health and Human Services; 2008.
- [13] Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR, et al. A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas* 2012;71:131–41.
- [14] Doolan DM, Froelicher ES. Smoking cessation interventions and older adults. *Prog Cardiovasc Nurs* 2008;23:119–27.
- [15] Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie. Principaux outils d'évaluation en tabacologie; 2015. Accessible sur [www.iraat.fr](http://www.iraat.fr)
- [16] Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and process of self-change in smoking: towards and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1993;51:390–5.
- [17] Doolan DM, Stotts NA, Benowitz NL, et al. The Women's Initiative for Nonsmoking (WINS) XI: age-related differences in smoking cessation responses among women with cardiovascular disease. *Am J Geriatr Cardiol* 2008;17:37–47.
- [18] Jeremias E, Chatkin JM, Chatkin G, et al. Smoking cessation in older adults. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16:273–8.
- [19] Sachs-Erichson N, Collins N, Schmidt B, et al. Older adults and smoking: characteristics, nicotine dependence and prevalence of DSM IV 12 month disorders. *Aging Ment Health* 2011;15:132–41.
- [20] Kenney BA, Holahan CJ, Brennan PL, et al. Depressive symptoms, drinking problems, and smoking cessation in older smokers. *Addict Behav* 2009;34:548–53.
- [21] Whitson HE, Heflin MT, Burchett BM. Patterns and predictors of smoking cessation in an elderly cohort. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:446–74.
- [22] Honda K. Psychosocial correlates of smoking cessation among elderly ever-smokers in the United-States. *Addict Behav* 2005;30:375–81.
- [23] Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, et al. Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction* 2007;102:148–55.
- [24] Dale LC, Olsen DA, Patten CA, et al. Predictors of smoking cessation among elderly smokers treated for nicotine dependence. *Tob Control* 1997;6:181–7.
- [25] Maguire CP, Ryan J, Kelly A, et al. Do patient age and medical condition influence medical advice to stop smoking? *Age Ageing* 2000;29:264–6.
- [26] Donze J, Ruffieux C, Cornuz J. Determinants of smoking cessation in older women. *Age Ageing* 2007;36:53–7.
- [27] Dupont P, Blécha L. L'aide à l'arrêt du tabagisme chez les personnes âgées. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2013;12:3–8.
- [28] Rimer BK, Orleans CT. Tailoring smoking cessation for older adults. *Cancer* 1994;74:2051–4.
- [29] Pilowsky DJ, Wu LT. In: Crome IB, Wu LT, Rao R, Crome P, editors. *Tobacco use cessation in "Substance Use and Older People"*. 1st ed. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [396 p.].