



# TABAGISME DES SENIORS PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE ET FACTEURS PRONOSTIQUES.

**Dr. Jean PERRIOT**

Pneumologue, Tabacologue, Addictologue  
Institut Rhône - Alpes - Auvergne de Tabacologie  
[perriotjean@gmail.com](mailto:perriotjean@gmail.com)



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique  
Clermont-Ferrand le 21 Mai 2026

Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec  
l'industrie du tabac, de l'e-cig, de l'alcool,  
des jeux ni l'industrie pharmaceutique.



# INTRODUCTION

## Le vieillissement de la population alerte les autorités sanitaires internationales.

- En 2030, 1,4 milliard de personnes auront 60 ans ou plus.
- En 2050, 20% de la population mondiale aura plus de 60 ans.
- 80 % vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. <sup>1</sup>

Une personne âgée est celle qui a dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance (OMS) <sup>2</sup>.

France : 10 % des personnes âgées de 65 à 75 ans ou plus fument (76 à 85 ans : 5 %). <sup>3,4</sup>

A tous les âges, l'arrêt du tabac est bénéfique...implication des professionnels de santé. <sup>5 - 8</sup>

## Comment assurer cette prise en charge et pour quels résultats ?

1. Mathews C. *J Popul Ageing*. 2024;17 (1): 1-4.
2. WHO. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Pasquereau A et al. *Bull Epidémiol Hebd*. 2020;(14):273-81.
4. Mir S, et al. *Bull Epidémiol Hebd*. 2022;(12):212-20.
5. Fernandez L, et al. *Psychologie française*.2010;55(4): 309-323.
5. Ménequier P, et al. *Rev Gériatr*. 2020;45(10):589-602.
6. Ménequier P, et al. *Soins Gériatologie*. 2017;(22):32-34.
6. Croizet, et al. *Rev Mal Respir*. 2016;33(3):241-247.
4. Thomas D. *Presse Med*. 2013;42(6 Pt 1):1019-27.



Images réalisées avec l'aide de l'IA

# PROFIL DES FUMEURS AGES ?

## DEBUT ET ENTRETIEN DU TABAGISME ?

- Début.** . Années 60 - 70 : « fumer = norme sociale ». <sup>1</sup>
- Entretien.** . Relaxation, plaisir, **répétition d'une habitude.** <sup>1-6</sup>
- . **Isolement, ennui,** gestion du « stress ».
  - . Faible motivation à l'arrêt ; **déficit d'information.**
  - . Troubles anxieux/dépressifs (TAD), abus d'alcool.
  - . **Sédentarité/déséquilibre alimentaire.**
  - . **Dépendance au tabac !**

- 1 Fernandez L, *Psychologie Française* 2010;32:309-23.
- 2 Donze J, et al. *Age Ageing* 2006;36:53-56.
- 3 Kerr S, et al. *Health Soc Care Community* 2006;14:572-82.
- 4 Cawkwell PB, et al. *Drugs Ageing* 2015;32:443-51.
- 5 Yong HH, et al. *Addict Behav* 2005;30:777-88.
- 6 Menecier P, et al. *Soins Gerontol.* 2017;22(123):32-34.

## TABAGISME ANCIEN : FORTE DEPENDANCE !

- Constats.** . Dépendance similaire >/< 60 ans (4 études). <sup>7-12</sup>
- . HCS (↗ avec âge et ancienneté du tabagisme).
  - . **Sous évaluation fréquente :** DSMIV, FTND, C/J. <sup>13-17</sup>
  - . **TTFC meilleur mode d'évaluation** (↘ C/J > 60ans).
  - . **Tabagisme ancien, alcoolisation, TAD...**

- 7 Doolan DM, et al. *Prog cardiovasc Nurs* 2008;23:119-27.
- 8 Jeremias E, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16:273-8.
- 9 Maâlej S, et al. *NPG* 2016;16:146-51.
- 10 Croizet A, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:241-7.
- 11 Park S, et al. *Public Health* 2012;126:482-9.
- 12 Jarvis MA, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:2185-97.
- 13 Ossip-Klein DJ, et al. *Tobacco Control* 1997;6:188-93.
- 14 Luqo A, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:4418-31.
- 15 Cawkwell PB, et al. *Drugs Ageing* 2015;32:443-51.
- 16 Martinho V, et al. *Cad Saude Publica* 2010;26:2213-33.
- 17 Sachs-Erichson N, et al. *Ageing Mental Health* 2011;15:132-41.

# CONSEQUENCES CHEZ LES SENIORS (1)

## ESPERANCE DE VIE REDUITE (10 à 12 ans)<sup>1</sup>

70% des décès attribués au tabac après 60 ans.

## ALTERATION DE LA QUALITE DE VIE (QDV).

### QDV Physique (TDM6) - Psychologique (SF36).<sup>2</sup>

Et. longitudinale Brésil (n=154, H+F >60 ans ; FA vs. JF).

↘ TDM6 (p<0,05) : - 9,8% (-17,8 à -1,8) ↘ + quand FTND ↗.

↘ SF-36 (p<0,05) : -12p. (-22,8 à -2,4).

### Qualité du Sommeil (PSQI).<sup>3</sup>

Et. transversale Corée (n=224 986, H+F ≥65 ans ; FA vs. NF).

PSQI >5 FA >20c/j : ORa (IC95%) = 2,07 (1,58, 2,70).

PSQI >5 FA Oc.<20: ORa (IC95%) = 1,98 (1,75, 2,23).

### Fonction urinaire (nycturie - incontinence/urgences).<sup>4</sup>

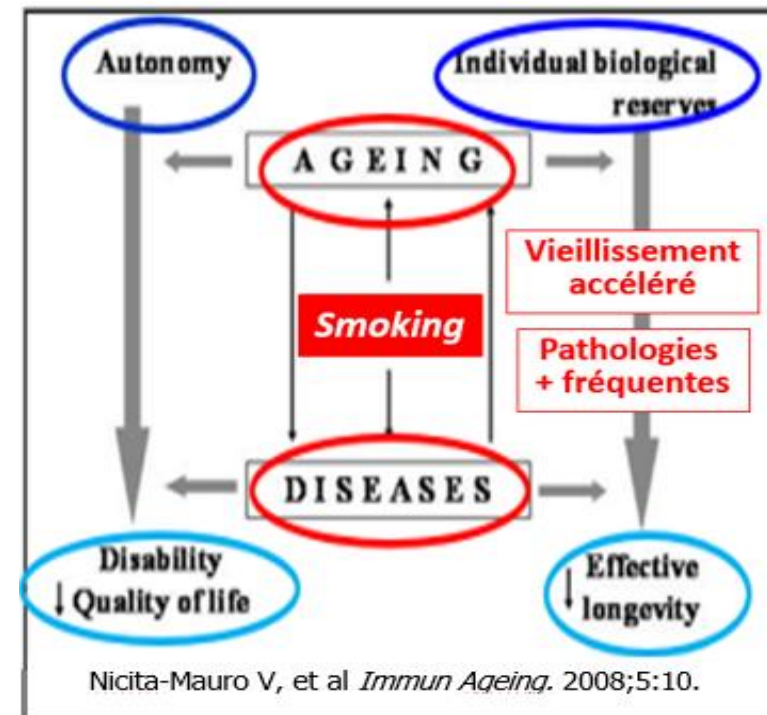
Et. transversale USA (NHANES 2005-20 ; n=5518 H+F ≥65 ans

FA et VA vs. NF : ORa = 1,56 (1,13 - 2,16) ... VA (ORa = 1,46) ?

### Ostéoporose - Fractures de hanche

Rev. Gen. (31 et. 14 et cohortes prospectives).<sup>5</sup>

↗ DMO (FA vs. JF) et FH (FA vs. JF) RR = 1,5 (↗ âge et C/J)



Effets cancérogènes - mutagènes, immunodépression, stress oxydant, raccourcissement des télomères, méthylation de l'ADN, troubles lipidiques, glycémique.

1. Jha P, et al. *N Engl J Med* 2013;368:341-50.
2. Mesquita R, et al. *Physiotherapy*. 2015;101(1):55-61.
3. Hwang JJ, et al. *Epidemiol Health*. 2022;44:e2022022.
4. Yang X, et al. *Tob Indus Dis*. 2025:23.
5. Ampelas DG, et al. *J frailty sarcopenia Falls*. 2018;3:148-154

# CONSEQUENCES CHEZ LES SENIORS (2)

## FRAGILITÉ (perte de contrôle de maladies chroniques ?).

Augmentée (méta-analyse H+F >60ans): OR = 1,16 à 2,90.<sup>1</sup>

Cot/ser  $\geq 15$ ng/ml. Fragilité H+F >60ans : OR = 2,14 (1,05-4,35).<sup>2</sup>  
(perte de contrôle de maladies chroniques ...)

## TROUBLES OCCULAIRES

**Dégénérescence maculaire liée à l'âge** (+/- alcool ).<sup>3,4</sup>

USA (F vs. JF >75ans) OR=1,57 (1,18-2,11).<sup>5</sup> (UK. OR = 2,15).<sup>6</sup>

**Autres** : Kérato-conjonctivite sèche, cataracte, neuropathie.  
Rétinite pigmentaire, neuropathie optique, tr. Systémiques<sup>7</sup>

## PERTES D'AUDITION (PA) ET DENTAIRE (PD).

**Tabagisme & PA** (F vs. NF >60ans): RR = 1,48 (1,16-1,80).<sup>8</sup>

**Tabagisme & PD** (F vs. NF >60ans): RR = 2,6 (2,29-2,96).<sup>9</sup>

## DEMENCES.

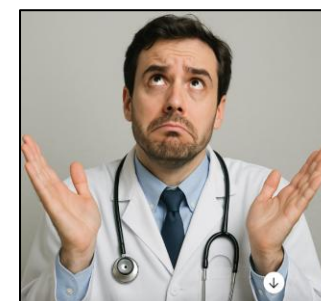
↗ Démences (méta-analyse 37 études : F vs. JF  $\geq 65$  ans).<sup>10</sup>

**Démences vasculaires** RR = 1,38 (1,15-1,66).

**Maladie d'Alzheimer** RR = 1,40 (1,13-1,73).



- 1 Kojima G, et al. *BMC Geriatr* 2015;15:131.
- 2 Li X, et al. *BMC Geriatr*. 2024;24:894.
- 3 Fletcher AE. *Ophthalmic Res* 2010;44:191-8.
- 4 Cano M, et al. *Vision Res* 2010;50:652-64.
- 5 Coleman AL, et al. *Am J Ophthalmol* 2010;149:160-9.
- 6 Evans RD, et al. *Br J Ophthalmol* 2005;89:550-3.
- 7 Hanet MS. *Le Courrier des Addictions* 2022;24:14-19.
- 8 Chang J, et al. *PloS One* 2016;11:e0146608.
- 9 Luo J, et al. *PloS One* 2015;10:e0120986.
- 10 Zhong G, et al. *PloS One* 2015;10:e0118333.
- 11 Durazzo TC, et al. *Alzheimers Dement* 2014;10:S122-45.



# PRENDRE EN CHARGE LE SEVRAGE (1)

## BENEFICES DU SEVRAGE (pas de la réduction de consommation).<sup>1,2</sup>

**Espérance de vie ↗** (arrêt à 60 ans : +2 à 4 ans).

**Risques de morbi-mortalité liée au tabac ↘.**<sup>3</sup>

Et. Cohorte Chine (H+F âge ≥ 55 ans, mortalité 2009 - 21).  
. F vs. JF : HR = 2,9 - Arrêt >10 ans HR = 1,8 (1,3-2,5).

**Amélioration de la QDV.**

Et. transversale Italie (2004-2005; n=7 562 >65ans).<sup>4</sup>  
. ↗ QDV psychologique (SF-12) ancienneté de l'arrêt.

Et. longitudinale Chine (n=26 684, Mal. Chron., âge=61ans).<sup>5</sup>  
. ↗ progressive de QDV (Auto-Ev., EQ-5D-3L)  $p < 0,001$   
. ↗ Cholestérol, Glycémie, HbA1c, A. Urique  $p < 0,001$

- 1 Jha P, et al. *N Engl J Med.* 2013;368:341-50.
- 2 Doll R, et al. *BMJ.* 2004;328:1519-28.
- 3 Chen S, et al. *BMC Public Health.*2024;24(1):2821.
- 4 Zhu H, et al. *BMC Public Health.* 2025;25:957.
- 5 Gasperini B, et al. *Aging Clin Exp Res.*2017;29(4):655-663.
- 6 Buckland A, et al. *Age Ageing* 2005 ; 34 : 639-42.
- 7 Mir S, et al. *BEH*2022;12:212-230.
- 8 Phillips A. *Br J Community Nurs.* 2016;21(9):457-61.
- 9 Orleans CT, et al. *JAMA* 1994;23:601-7.
- 10 Ordell S, et al. *Int Dent J*2019;69:107-12.
- 11 Guilleminault L, et al. *Rev Mal Respir.* 2018;35:626-41.
- 12 Thomas D. *EMC - Angeologie* 2021;25(1):1-17.
- 13 Kenney BA, et al. *Addict Behav.*2009;34(6-7):548-53.
- 14 Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir.* 2020;37(9):722-734.
- 15 Donze J, et al. *Age Ageing* 2006 ; 36 : 53-7.
- 16 Kerr S, et al. *Health Soc Care Community.* 2006 Nov;14(6):572-82.

## INFORMER ET AIDER PRECOCEMENT <sup>6-16</sup>

### Moments propices ?

- . Prescription médicamenteuse, bilan médical (dépistage CB)...
- . Pathologie (aigüe ou chronique), préopératoire (avant EHPAD)...



# PRENDRE EN CHARGE LE SEVRAGE (2)

## POSITION DES FUMEURS ?

### Résistances à l'arrêt.

- . 1/3 n'a jamais reçu de conseil d'arrêt (>55 ans).

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

- . Faible croyance du bénéfice, méfiance (TNS).

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

- . Réduction moins toxique , arrêt difficile.

Donze J, et al. *Age Ageing* 2006 ; 36 : 53-7.

- . Faible confiance en soi pour s'arrêter.

Yong HH, et al. *Add Behav* 2005;30:777-88.

### Éléments d'incitation à l'arrêt.

- . La perception de la nécessité de l'arrêt (risque vital).

Tsai AC, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 55:295-300.

- . Difficulté perçue et demande de soutien.

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

- . Le conseil médical d'arrêt du tabac a été assuré.

Winnepenny E, et al. *Health Serv Res* 2017; 52:207-19.

## POSITION DES SOIGNANTS ?

### Fausse croyance, attitude inadaptée.

- . Ne pas nuire au bien-être (tabac dernier plaisir)

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

- . Ne veulent pas arrêter (pour 88% d'IDE Gériatrie USA, 26% F avaient tenté dans le mois, 32% voulaient arrêter à 6 mois).

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

- . Propositions d'aide à l'arrêt moins fréquentes (>65ans )

Maquire CP. et al. *Age Ageing* 2000 ; 29 : 264-66.

Jordan H, et al. *BMJ Open*. 2017;7(11):e018150.

- . Affaire de spécialiste ! (UK / 70% des professionnels)

Huddleston L. et al. *BMC Fam Pract* 2005;16:97.

### Aider l'arrêt, se former à cette aide.

- . Conseil d'arrêt au bon moment (« teachable moment »).

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

- . Améliorer la formation des soignants.

McArdle D. et al. *Ir J Med Sci* 2018;187:287-98.

Gauthier S, et al. *Tob Prev Cessation* 2023;9:32.

# PRENDRE EN CHARGE LE SEVRAGE (3)

## LES FUMEURS, LES PROFESSIONNELS ?

**USA 2019.** Fumeurs  $\geq$  65 ans (H :10% ; F :7%).

**Intéressés par l'arrêt : 57%.**

. Tentative (année à venir) : 45% (écoulée : 47%).

**Nature du soutien apporté** ( $\searrow$  si âge  $\nearrow$ )

. Conseil ou Tt d'aide : 37%.

. Conseil + Tt d'aide : 7%.

**FRANCE 2019.** Professionnels I de F (300 M/P/I)

**Connaissance suffisante ? 80%** (Formation +/-).

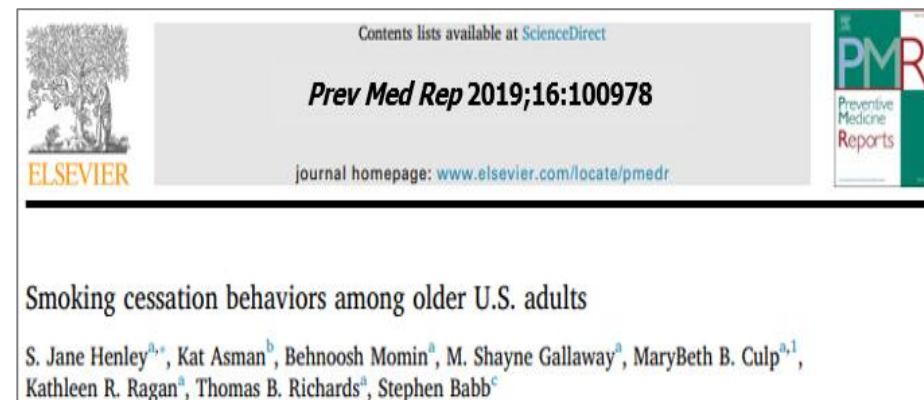
. Arrêt du tabac : 60% une affaire de spécialiste.

**Attitude pratique** (Fumeur d'âge  $\geq$  65 ans)

. Identification du tabagisme : 44,7%.

. Motivation à l'arrêt : 35,3%.

. Proposition d'aide à l'arrêt : 47,7%



# PRENDRE EN CHARGE LE SEVRAGE (4)

## STRATEGIES NON MEDICAMENTEUSES

### Conseil d'arrêt et entretien motivationnel <sup>1-4</sup>

- . Messages positifs, absence de stigmatisation  
OR (6 mois) = 1,4 vs. Témoin

### Soutien comportemental (TCC : individuel/groupe...). <sup>3-10</sup>

- . Seul (empathie/estime de soi) : OR (6 mois) = 1,6 vs. Témoin.
- . + Pharmacothérapie TNS/V/B. : OR (6 mois) = 1,8 - 2,4 vs. T.

**Autres.** SAD, ETP, Réhabilitation, Incitations financières <sup>11-14</sup>

## CIGARETTE ELECTRONIQUE

### Et. transversale mensuelle (UK : ≥ 65ans, 18-64 ans)

- . Prévalence Tab. ≥ 65 ans (Stable 5,8%) vs. (↘ 18%).
- . Usage E-Cig. 2024 ≥ 65 ans (↗ 5,6%) vs. (↗ 16,2%).
- . E-cig. Usage Arrêt ≥ 65 ans (↗ 26,8%) vs. (↗ 43,7%).
- . E-cig. Efficacité ≥ 65 ans ORa = 1,50 (0,96 - 2,34) ?

- 1 Rimer BK, et al. *Chest*. 1990;97(3):547-53.
- 2 Andrews JO, et al. *J Gerontological Nurs*. 2004;30:13-14.
- 3 Dupont P, et al. *NPG* 2012;12:3-8.
- 4 Zbikowski SM, et al. *Maturitas*. 2012;71(2):131-141.
- 5 Appel DW, et al. *Clin Geriatr Med*. 2015;19(1):77-100.
- 6 Pothirat C, et al. *Clin Interv Aging*. 2015;10:725-30.
- 7 Dupont P, et al. *NPG* 2012;12:3-8.
- 8 Hall SM, et al. *Addiction*. 2009;104(6):1043-52.
- 9 Barnett PG, et al. *Addiction*. 2014;109(2):314-22.
- 10 Abdullah ASM, et al. *Gériatrics* 2008 ;61:30-5.
- 11 Guilleminault L, et al. *Rev Mal Respir* 2018;35:626-41.
- 12 Chrome I, et al. Wiley Blackwell 2013.
- 13 Smith P, et al. *BMJ Open* 2019;9:e032727.
- 14 Baqgett TP, et al. *Nicotine Tob Res* 2018;20(12):1442-50.

BMC Med. 2024 Oct 31;22(1):500.

BMC Medicine

RESEARCH

Open Access

Use, perceptions, and effectiveness of e-cigarettes for smoking cessation among older adults in England: a population study, 2014–2024

Sarah E. Jackson<sup>1,2\*</sup>, Jamie Brown<sup>1,2</sup>, Lion Shahab<sup>1,2</sup> and Sharon Cox<sup>1,2</sup>

# PRENDRE EN CHARGE LE SEVRAGE (5)

## PHARMACOTHERAPIES

**Revue systématique** ( $\geq 60$ ans ; PP7J vs. T [S4-52]).

. **Bonne tolérance et résultats similaires.**

TNS +/- conseil/soutien (8 ét.) Arrêt : 20,1% - 47,3%.

Bupropion (3 ét.) Arrêt : 44% - 70%.

Combinaisons TNS/B/V. (4 ét.) Arrêt : 14,1% - 53,3%.

. **Varénicline** (>50ans) EAGLES Tonnesen P, et al. *Tob Induc Dis* 2022;20:4.

**Revue systématique** (> 50ans ; PP7J vs. T [S7/S52]).

. **Conseil bref + TNS/Bupropion** (4) vs. T (PCB/Conseil).  
OR = 1,27 (1,05 - 1,5) ;  $p < 0,01$  (éval. >40 S).

**Méta-analyse** (21 ERC ; > 50ans ; PP vs. T [S12/S52]).

. **Pharmacothérapie** : Bupropion/Varénicline (2) vs. T.  
OR = 3,18 (1,89 - 5,36).

. **Sans pharmacothérapie** (18) vs. T.  
OR = 1,80 (1,67 - 1,94) ;  $p < 0,0001$ .

. **Autres** : CT scan...(5) ... vs. T : OR = 1,61 (1,41 - 1,84)

Drugs Aging. 2015 Jun;32(6):443-51.



REVIEW ARTICLE

Pharmacological Smoking Cessation Therapies in Older Adults:  
A Review of the Evidence

Philip B. Cawkwell<sup>1</sup> · Caroline Blaum<sup>2</sup> · Scott E. Sherman<sup>1,2,3</sup>



Maturitas

Maturitas. 2012 Feb;71(2):131-41.



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

Susan M. Zbikowski<sup>1</sup>, Brooke Magnusson, Jessica R Pockey, Hilary A Tindle, Kathryn E. Weaver



Drug Alcohol Depend. 2015 Sep 1;154:14-24.



Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis

Danhong Chen<sup>a</sup>, Li-Tzy Wu<sup>a,b</sup>

# FACTEURS PRONOSTIQUES (1)

## FACTEURS D'ÉCHEC

### Etat dépressif associé.

Et. longitudinale (USA, 10 ans), 442 F 55-65 ans (alcool).

Kennev BA. et al. *Addict Behav* 2009;34:548-53.

Shahab I, et al. *Br J Psychiatry*. 2015 ;207(3):243-9.

### Mésusage d'alcool associé.

Et. longitudinale (USA, 20 ans), 276 F 55-65 ans : mésusage sporadique d'alcool indicateur de tabagisme (OR=1,90).

Holahan CJ, et al. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018 ;42(4):795-802.

### Forte imprégnation tabagique.

Et. longitudinale (Corée, 2 ans), 295 F, ≥ 65 ans

Kim SK. et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;56:214-9.

### Aspect culturel et entourage familial.

Et. Qualitative, 20 F >50 ans, « Grecs-Australiens ».

Mohammadnezhad M. et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(3):2718-34.

### Déficits psycho-sociaux.

Et. Transversale (USA-NHIS), 3170 F > 60 ans.

Isolement social, déficit de soin, niveau éducatif.

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

## FACTEURS DE REUSSITE

### Pathologie somatique associée.

Pathologies aiguës (IDM, AVC) > Path chronique (BPCO).

Et. cohorte (Corée, 7 ans), 3041 F 50-66ans.

Tsai AC, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;55:295-300.

Mauvais état de santé + détresse psychologique (>70 ans).

Sachs-Ericsson N. et al. *Nicotine Tob Res* 2009;11:433-43.

Handicap fonctionnel (>60 ans).

Chaava M, et al. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006 ;10(8):917-23.

Reprise de contrôle de sa vie.

Et. prospective (USA) 160 F >60 ans, Arrêt M12 (OR=1,51).

Fahey MC, et al. *J Aging Health*. 2022 ;34(6-8):1144-1155.

### Faible consommation d'alcool.

Et. rétrospective (USA), 4576F 50-74 ans (↘ consom/J. ↘ TD)

Breitlina LP. et al. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108:122-9.

### Orientation temporelle.

Et. longitudinale (UK 3ans), 7174 F>60 ans futur vs. passé.

Adams J. *Health Psychol* 2009;28:83-90.

### Conseil d'arrêt.



# FACTEURS PRONOSTIQUES (2)

## AGE ≥ 60 ANS OU < 60 ANS ET CHANCES D'ARRÊT.

USA. 52% (F âge ≥ 62 ans) vs 38,1% (âge < 62 ans) à M12.

OR=1,77 (IC95%:1,02-3,06) ; p=0,04.

France. 44,2% (H+F ≥ 60 ans) vs 32,8% (âge < 60 ans) à M12.

OR=1,83 (IC95%:1,29-2,89) ; p=0,002 (↘ Anxiété et SPA).

Taiwan. (H+F âge ≥ 65ans vs. < 65ans (Abst. à 36 mois ).

OR=1,52 (IC95%:1,05-2,20).

## AUGMENTATION DU PRIX DU TABAC ET ARRÊTS.

UE 10 pays (2004-2018) : ↗ prix = ↘ % fumeur (âge 50-65 ans).

PP=-1,6p (IC95%:-3,20,-0,056).

USA (1997-2013) : ↗ prix de 1\$ = +6% d'arrêt tabac (âge > 65 ans).

RR=1,07 (IC95%:1,04-1,10).

Japon (2005-2014) : ↗ prix = ↗ arrêts long (âge > 50-75ans).

ORa=1,85 (IC95%:1,55-2,17).

## FUMER EN INSTITUTIONS GERIATRIQUES

EHPAD (chambres : substituts du domicile, fumer possible).

CSP - Art. L. 3511-7; Décret n° 2006-1386 du 15/11/2006

Espaces extérieurs, E-Cig ?

LSST Cadre pour motiver les équipes ?!

Doolan DM, et al. *Prog cardiovasc Nurs* 2008;23:119-27.

Croizet A, et al. *Rev Mal Respir* 2016 ; 32 : 586-98.

Hsu CL, et al. *Addict Behav Rep.* 2018;8:62-65.

Serrano-Alarcón M, et al. *Addiction.* 2019;114(6):1076-1085.

Stevens VL, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2017;26:1071-7.

Matsubayashi K, et al. *Nicotine Tob Res* 2021;23:716-23.

Menecier P, et al. *Soins Gerontol.* 2017;22(123):32-34.



# SYNTHESE POUR LA PRATIQUE

## SANS MEDICAMENT D'AIDE A L'ARRÊT

- . Conseils, TCC, Strat. communautaires.
- . Auto-assistance + Soutien à distance.

## AVEC MEDICAMENTS D'AIDE A L'ARRÊT

- . TNS (appareil dentaire) ou Varénicline
- . Bupropion (posologie/besoins/EI)

**E-CIGARETTE** ( Cognition, expliquer, SUD/TAD ?)

**MÉDICAMENTS + SOUTIEN (TCC).**

**ASK**

→ Identifier les fumeurs

**ADVISE**

→ Informer et Conseiller l'arrêt

**ASSESS**

→ Evaluer / renforcer la motivation

**ASSIST** attentes, besoins, soutiens, contexte

## 1 - ARRÊT DANS LES 30 JOURS

**Aider à choisir la date d'arrêt**

**Aider à bâtir un plan d'arrêt**

. TCC, Médicaments ? TIS ? ...

**Accompagner (++)** . . .

Soutiens disponibles (IDE, MG, famille)

## 2 - PAS IMMÉDIATEMENT PRÊT

**Identifier les freins à l'arrêt :**

- . Peur de l'échec (ATCD, estime de soi)
- . TAD, abus d'alcool, précarité sociale

**Lever les freins, motiver à l'arrêt**

**Réduction avant arrêt complet ?**

## 3 - PAS PRÊT À L'ARRÊT

**Inform** (Tabac/arrêt), **rassurer**

**Entretien motivationnel**

**Convenir de règles pour la consommation ?**

**Réduction des risques** (E-Cig ?)

Rubenstein D, et al. *Nicotine Tob Res* 2023; 25: 1212–1214.  
Jackson S, et al. *BMC Med* 2024;22(1):500.  
Hefner K. et al. *J Dual Diagn* 2016;12(2):109-17.  
Dupont P, et al. *NPG* 2012;12:3-8.

**ARRANGE**

→ **Arrêt effectif :** Organiser le suivi.  
**Echecs répétés :** Réduction des risques ?

# CONCLUSION

**L'arrêt du tabac s'accompagne de bénéfices quel que soit l'âge du fumeur**

**Le sevrage tabagique des séniors obéit aux principes habituels (fumeurs adultes) :**

**Informé, conseiller l'arrêt et accompagner la tentative (efficacité).**

**Le sevrage n'est pas plus difficile pour les séniors que pour les plus jeunes.**

**Implication des professionnels de santé.**

« On est vieux quand on n'a plus en soi la musique qui fait danser la vie »

*Céline. Le voyage au bout de la nuit.*

MERCI DE VOTRE  
ATTENTION



**Remerciements** à P. Arvers (Grenoble) et G. Peiffer (Metz)

# POUR EN SAVOIR PLUS

- Fernandez L, Finkelstein-Rossi J. Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés: genèse, contexte, développement et prise en charge. *Psychologie française* 2010;55(4):309-323.
- Menecier P, Menecier-Ossia L, Fernandez L, et al. Conduites addictives du sujet âgé. *Rev Geriatr* 2020; 45(10): 589-602.
- Menecier P, Moscato A, Fernandez L. Old age and smoking. *Soins Gerontol.* 2017;22(123):32-34.
- Nicita-Mauro V, Maltese G, Nicita-Mauro C, et al. Non smoking for successful aging: therapeutic perspective. *Curr Pharm Des* 2010;16(7):775-82.
- Donze J, Ruffieux C, Cornuz J. Determinants of smoking and cessation in older women. *Age and Ageing* 2007;36(1): 53-57.
- Thomas D. Faut-il arrêter le tabac quand on est âgé? Oui! Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge. *Presse Med* 2013;42(6):1019-1027.
- Durazzo TC, Mattsson N, Weiner MW. Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms. *Alzheimer Dement* 2014;10 (3 Suppl):S122-S145.
- Hanet MS. Effets du tabac sur les pathologies oculaires. *Le Courrier des Addictions* 2022;24(2):14-19.
- McArdle D, Kabir Z. Implementing a tobacco-free hospital campus in Ireland: lessons learned. *Ir J Med Sci* 2018; 187: 287-296.
- Croizet A, Perriot J, Merson F, et al. Sevrage tabagique des fumeurs âgés. Étude rétrospective chez 181 fumeurs âgés pris en charge en centre de tabacologie. *Rev Mal Respir* 2016;33(3):241-247.
- Perriot J, Croizet A, Underner M, Peiffer. Tabagisme et sevrage tabagique des fumeurs âgés. *Le Courrier des addictions* 2016;18(2):15-17.
- Dupont P, Blécha L. Aide à l'arrêt du tabagisme chez les personnes âgées. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2012;12(67): 3-8.
- Perriot, J, Underner M, Merson F, et al. Le sevrage tabagique des sujets âgés. Quelle prise en charge? *Repères en Gériatrie* 2012;14(117):120-24.
- Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR, et al. A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas* 2012; 71 (2):131-141.
- Cawkwell PB, Blaum C, Sherman SE. Pharmacological Smoking Cessation Therapies in Older Adults: A Review of the Evidence *Drugs Aging* 2015;32(6):443-51.
- Chen D, Wu LT. Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015;154:14-24.
- Guillemainault L, Rolland Y, Didier A. Particularités de la prise en charge non médicamenteuse de la BPCO chez les sujets âgés. Réhabilitation, sevrage tabagique, nutrition et éducation thérapeutique. *Rev Mal Respir* 2018;35(6): 626-641.
- Crome I, Wu LT, Rao RT & Crome P. *Substance use and older people*. John Wiley & Sons, 2014.
- Perriot J, Masson M, Roux A, Peiffer G. Soutien aux personnes âgées qui souhaitent arrêter de fumer *Rev Infirm.* 2025; 74(315):40-42