

PRISE EN CHARGE DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC DES FUMEURS AGES

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

perriotjean@gmailcom



**DIU de Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mars 2020**



INTRODUCTION

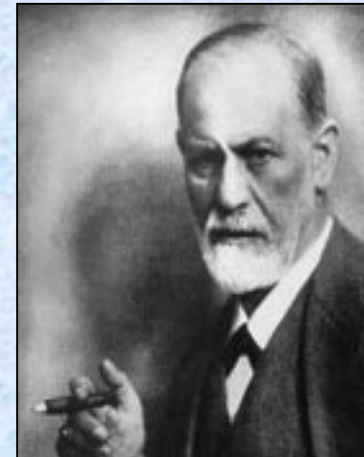
Le tabagisme des sujets âgés alerte les Autorités Sanitaires internationales (augmentation de la prévalence du tabagisme chez les sujets âgés dans le monde). En France, en 2050, un habitant sur trois aura plus de 60 ans.

Tabagisme : première cause de mortalité évitable (y compris après 60 ans), impliqué dans des pathologies spécifiques des séniors.

Le sevrage tabagique permet de réduire la morbi-mortalité due au tabac et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées.

PLAN DE L'EXPOSE

Aspects de santé publique
Toxicité du tabagisme
Bénéfices de l'arrêt du tabac
Dépendance, pronostic du sevrage.
Aide à l'arrêt du tabac.
Conclusion.



ASPECT DE SANTE PUBLIQUE

MORTALITE MONDIALE DU TABAC

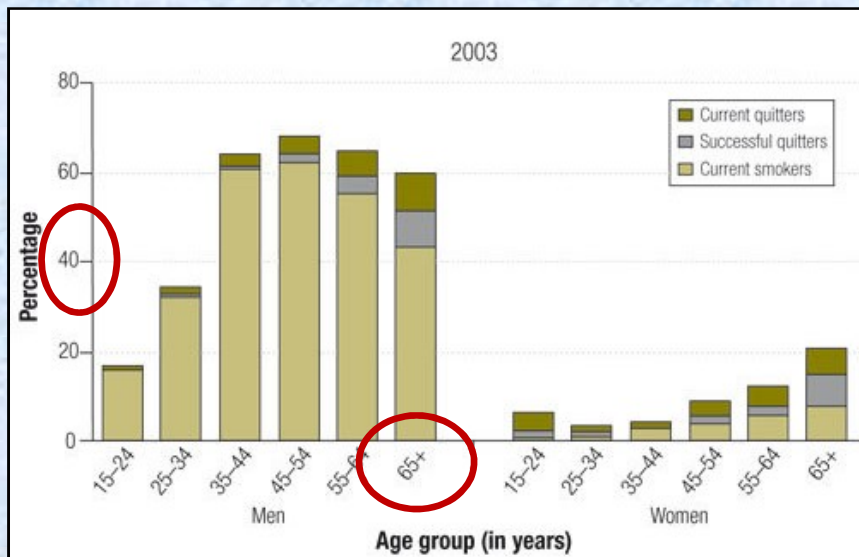
2012 : 6.10^6 décès **2030** : 8.10^6 décès

Pays émergents : 80 % des décès

Chine : $1,2.10^6$ décès/an en 2030

35 % consommation du tabac mondial

XXI siècle : Tabagisme 10^9 décès



MORTALITE DU TABAGISME EN FRANCE

PREVALENCE DU TABAGISME ENTRE 65 & 75 ANS (2017) ^{1,2}

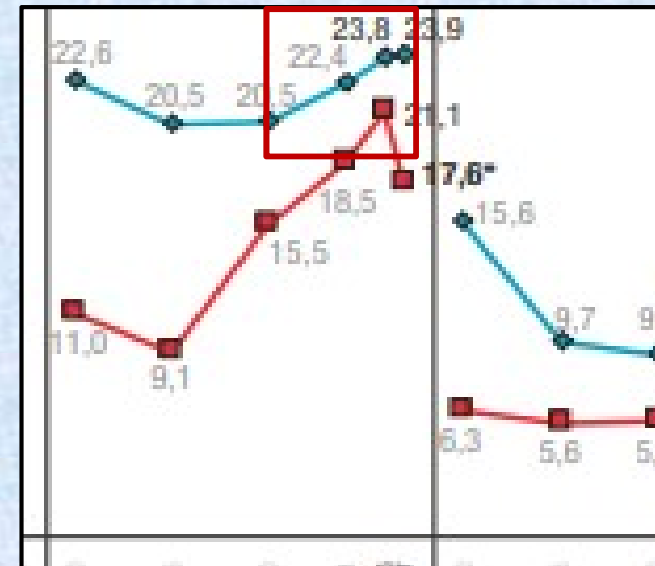
HOMMES : 10% (12,3% en 2014 ; 9% en 2010)

FEMMES : 8,4% (7 % en 2014 ; 5,7% en 2010)

PRATIQUES ADDICTIVES DU SUJET³

Données épidémiologiques limitées
Déficits d'identification (et prise en charge)
Sous évaluation fréquentes (polyaddictions)
Accidents domestiques (brulures, etc.)

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



■ Hommes
■ Femmes

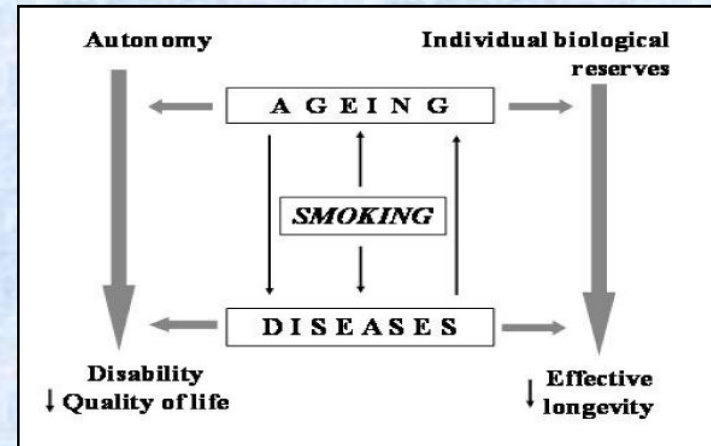
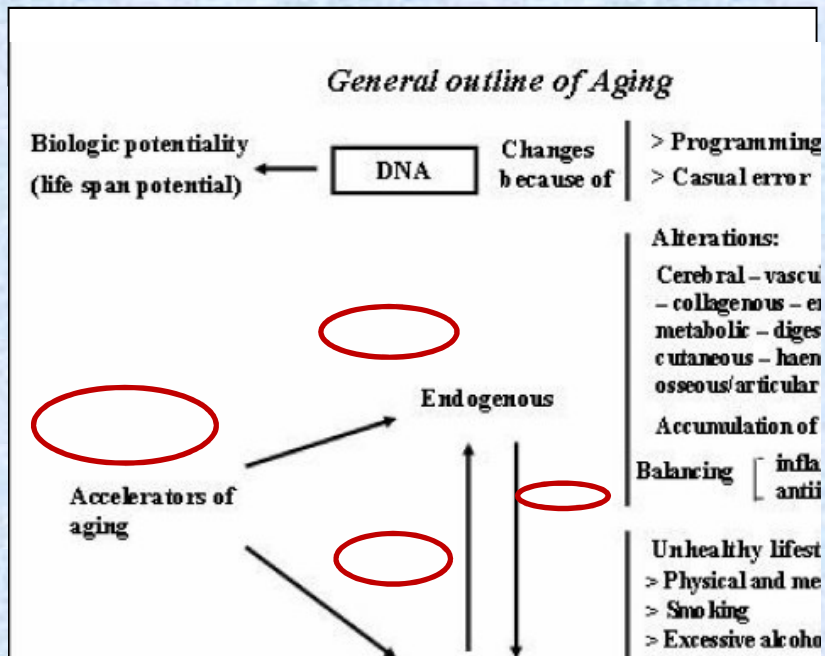
¹ Guignard, et al, *Evolution* 2015 ; 31.

² Pasquereau A, et al. *BEH* 2018;14-15:265-73.

³ Menecier P, et al. *Presse Med* 2013 ; 41 : 1226-32.

TOXICITE DU TABAGISME

ACCELERATION DU VIEILLISSEMENT



Toxicité vasculaire
Phénomène inflammatoire généralisé
Modification du profil lipidique
Radicaux libres (stress oxydatif, inflammation)
Effets mutagènes et cancérigènes
Immuno-dépression

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
Aranson Y. Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. *J Autoimmun* 2010 ; 34 : 258-65

CONSEQUENCES GENERALES DU TABAGISME

FUMER : RISQUES GENERAUX

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

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)

Cataldo JK. *J Alzheimer 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

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)

Cusano NE. *Curr Osteoporos Rep.* 2015 Jul 24,

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

BENEFICE DE L'ARRET DU TABAC

ARRET DU TABAC: BENEFICES SUR L'ESPERANCE DE VIE (EdV)

ARRET PRECOCE=BENEFICE >

en cas d'arrêt après 60 ans

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

ARRET A 65 ANS : GAIN DE VIE

H : 1,4 à 2 ans F : 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 SUR LA QUALITE DE VIE (QdV)

AMELIORATION DE LA QdV

Sans mal. chronique, SF 36, gros fumeurs

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

MEILLEURE ACTIVITE PHYSIQUE

Adhésion programme, PCS MDO-SF 36

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

QdV, DEPRESSION, PTSD

Échelle HRQoL, 943 vétérans US

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

ARRET : BENEFICES CARDIO - VASCULAIRES PREDOMINANTS

TABAC = 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 complications post-opératoires

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

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

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 & MORTALITE PAR BPCO (>60 ans)

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

DEPENDANCE ET PRONOSTIC DE L'ARRÊT

DEPENDANCE TABAGIQUE

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 (âge ≥ 50 ans) :
préférer TTFC pour évaluer la dépendance

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

Fumeurs âgés : pas d'élévation du FTND

mais présentent TAD et mésusages SPA

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

Prévalence de HCS élevées (âge ≥ 65 ans)

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

Association FTND ≥ 6, TAD, PTSD (≥ 65 ans)

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

HISTOIRE NATURELLE DE LA DEPENDANCE TABAGIQUE

**A. Initiation et développement de la
dépendance au tabac¹**

B. Maintien du tabagisme²

- motivations positives
- motivations négatives

C. Autres aspects

- stress élevé (exo-endogène)
- déficits cognitifs légers (nicotine?)³
- facteur aggravant de MA⁴
- addictions associées

¹ Fernandez L. *Psychologie Française* 2010

² Fernandez L. *AlcoologieAddictologie* 2010

³ Newhouse P. *Neurology* 2012

⁴ Cataldo JK. *J Alzheimers Dis* 2010

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 ce projet à 6 mois)

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

Manière d'accompagner « Teachable moment »

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

FACTEURS DE REUSSITE OU D'ECHEC DE L'ARRÊT

FACTEURS D'ECHEC

ETAT DEPRESSIF ASSOCIE

Kenney BA, et al. *Addict Behaviors* 2009.
Longitudinale/USA/10 ans ; 442F (55-65 ans)

Etat dépressif mauvais pronostic
Mésusage d'alcool renforce état dépressif

FORTE IMPREGNATION TABAGIQUE

Skim SK, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2013
Longitudinale/Corée/2 ans ; 259F (≥ 65 ans)

Tabagisme ancien, inhalation profonde
souvent associé à état dépressif, abus d'alcool,
bas niveau d'éducation

DEFICITS PSYCHO-SOCIAUX

Honda K. *Addict Behaviors* 2005.
Transversale/USA-NHIS ; 3 170F (> 60 ans)

Isolement social, déficit de l'offre de soin
bas niveau d'éducation

FACTEURS DE REUSSITE

PATHOLOGIE SOMATIQUE ASSOCIE

Tsai AC, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2011
Cohorte/Corée/7 ans ; 3041F (50-66 ans)

Path. avec urgence vitale ou invalidité
(IDM/AVC)
Meilleur pronostic que pathologie silencieuse

FAIBLE CONSOMMATION D'ALCOOL

Breitling LP, et al. *Drug Alcohol Dep* 2010
Rétrospective/Germ ; 4 576F (50-74 ans)

Faible consommation hebdomadaire

ORIENTATION TEMPORELLE VERS LE FUTUR

Adams J. *Health Psychol* 2009.
Longitudinale/GB/3 ans ; 7 174F (> 60 ans)

TENTATIVE D'ARRÊT DU TABAC

Donzé J, et al. *Age Ageing*, 2007
Prospective/Suisse/3 ans ; 372F (≥ 65 ans)

Conseil d'arrêt donné et tentative récente
Antécédents d'arrêt (avec facilité ressenti)
Consommation faible et début tardif

AUTRES POINTS FORTS

ATTENTE INFÉRIEURE DE BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DU TABAC ?

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

MOINS DÉCLENCHÉUR 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)

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

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

réussite : âge ≥ 60 ans (OR=2), path. cardio-pneumo (OR=1,2), anxiété (OR=0,6), SPA (OR=0,6)

RECOMMANDATIONS US D'AIDE À L'ARRÊT ANALOGUES

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

AIDE A L'ARRET DU TABAC



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 (arrêt 6-12 mois)

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

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 efficaces (OR=1,18 à 1,27)

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

Chen D, et al. *Drug Alcohol Depend* 2015 ; 154 : 14-24. Méta-analyse (29 études) : efficacité méthodes pharmacologiques (RR=3,18), non pharmacologiques (RR=1,8), multimodales (RR=1,6).

Pilowski DJ, et al. *Tobacco use cessation in « Substance Use and Older People »* Crome IB, et al. John Wileys & Sons, 1995. Efficacité maximum: association de TCC et médicaments d'aide à l'arrêt

Gallus S, et al. E-cigarette awareness, use and harm perceptions in Italy : a national representative survey. *Nicotine Tob Res* 2014 ; 16 : 1541-8. Suivi 3 ans, 3 000 sujets, prise de conscience 78, 9 % vs 91,1 %.

PRISE EN CHARGE PRATIQUE

SUBSTITUTS NICOTINIQUES

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

Arrêt à M6 OR=4,36 (IC 95 % : 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 se tenir prêt, accompagner ou orienter

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

Informé sur le tabac et tabagisme

Entretien motivationnel
(balance décisionnelle)

Discuter les risques des cig. *light* et tabagisme passif

Faire adopter des règles de consommation au domicile évoquer une réduction

Andrews JO, et al. *J Gerontol Nurs* 2004 ; 30:13-24

ARRANGE

→ Planifier le suivi

Intérêt de formations courtes (1 jour) sur l'aide à l'arrêt en gériatrie.

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

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.

POUR EN SAVOIR PLUS

Cackwell FB, et al. Pharmacological Smoking Cessation Therapies in older adults. A review of the evidence. *Drug Aging* 2015 ; 71 : 131-41

Crome I, Wu LT, Rao R, Crome P. *Substance use and older people*. Oxford : Wiley Blackwell, 2015

Perriot J, et al. Tabagisme et sevrage tabagique des fumeurs âgés. *Le courrier des addictions* 2016 ; 18 : 15-17

Perriot J. *Tabagisme et sevrage tabagique des fumeurs âgés*. Sarrebrücken : Editions Universitaires Européennes