

# **PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE DES SENIORS**

Docteur Jean PERRIOT  
Dispensaire Emile Roux  
Clermont-Ferrand  
[jean.perriot@puy-de-dome.fr](mailto:jean.perriot@puy-de-dome.fr)



DIU Tabacologie  
Clermont-Ferrand - 2017



# 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.

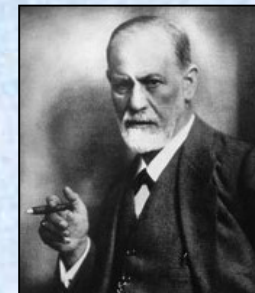
Le sevrage tabagique permet de réduire la morbi-mortalité due au tabac et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées.

## PLAN DE L'EXPOSE

Epidémiologie, toxicité, bénéfices de l'arrêt.

Dépendance, pronostic du sevrage.

Optimisation de l'aide à l'arrêt du tabac.



# ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

## MORTALITE DUE AU TABAC DANS LE MONDE

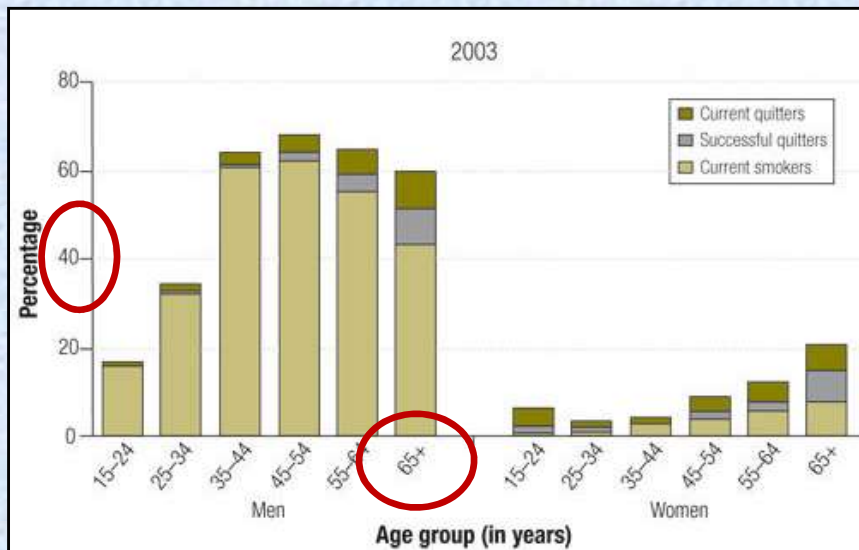
2012 : 6.10<sup>6</sup> décès 2030 : 8.10<sup>6</sup> décès

Pays émergents : 80 % des décès

Chine : 1,2.10<sup>6</sup> décès/an en 2030

35 % consommation du tabac mondial

XXI siècle : Tabagisme 10<sup>9</sup> décès



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

American Cancer Society WORLD LUNG FOUNDATION www.TobaccoAtlas.org

# ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE

## PREVALENCE DU TABAGISME EN FRANCE ENTRE 65 & 75 ANS (2014) <sup>1</sup>

HOMMES : 12,3% (9% 2010)

FEMMES : 7 % (5,7% 2010)

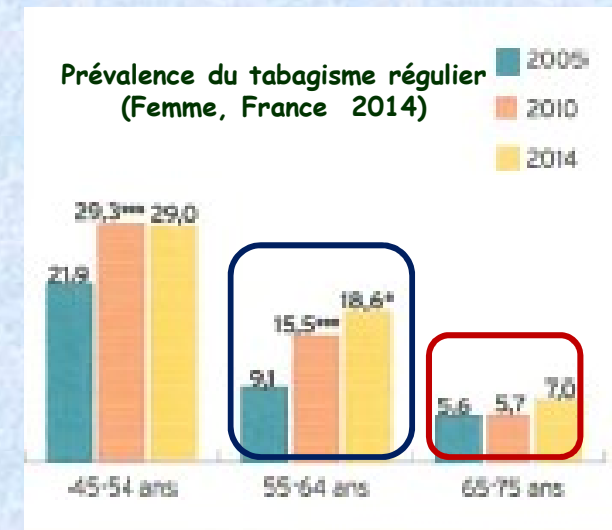
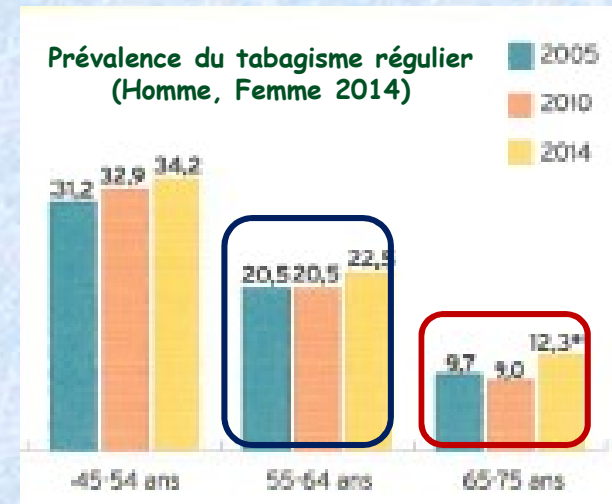
## PRATIQUES ADDICTIVES DU SUJET AGE MAL CONNUES<sup>2</sup>

Données épidémiologiques limitées  
Déficits d'identification (et prise en charge)

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

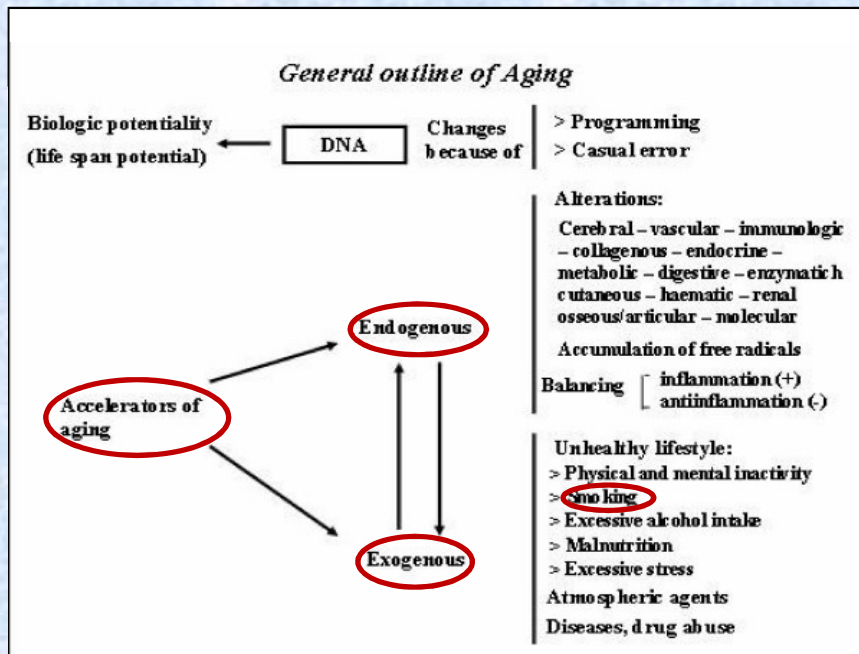
<sup>1</sup> Guignard, et al, *Evolution* 2015 ; 31

<sup>2</sup> Mennecier P, et al. *Presse Med* 2013 ; 41 : 1226-32



# 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



## TABAC : IMPACTS MULTIPLES

Toxicité vasculaire

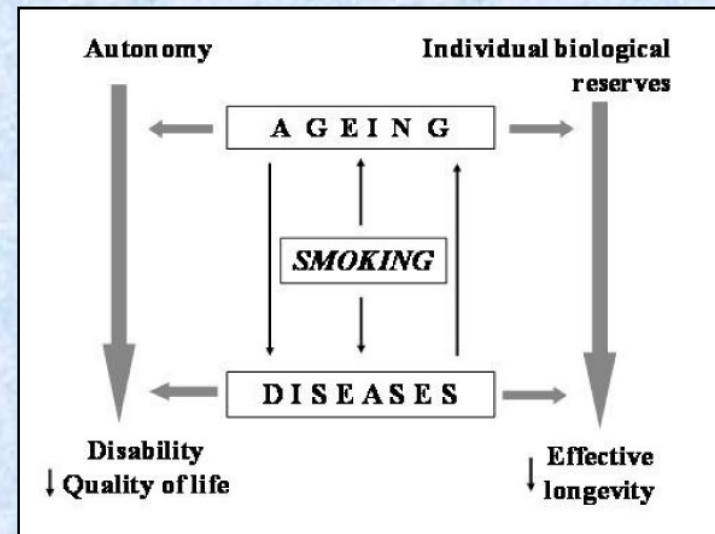
Phénomène inflammatoire généralisé

Modification du profil lipidique

Radicaux libres (stress oxydatif, inflammation)

Effets mutagènes et cancérogènes

Immuno-dépression



# CONSEQUENCES DU TABAGISME (SENIORS)

---

## 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 Ostéoporos 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

# BENEFICES DE L'ARRET DU TABAC (1)

---

## ARRET DU TABAC : BENEFICES SUR L'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 SUR LA QUALITE DE VIE (QdV)

**AMELIORATION DE LA QdV**

Sans maladie chronique,  
SF 36, gros fumeurs

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

**MEILLEURE ACTIVITE PHYSIQUE**

Adhésion programme, scores 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

## **BENEFICES DE L'ARRET DU TABAC (2)**

---

### **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 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 (âge  $\geq$  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  $\geq$  65 ans)

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

Association FTND  $\geq$  6, TAD, PTSD ( $\geq$  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 tabac<sup>1</sup>

B. Maintien du tabagisme<sup>2</sup>

- motivations positives
- motivations négatives

C. Autres aspects

- stress élevé (exo-endogène)
- déficits cognitifs légers (nicotine?)<sup>3</sup>
- facteur aggravant de MA<sup>4</sup>
- addictions associées

<sup>1</sup> Fernandez L. *Psychologie Française* 2010

<sup>2</sup> Fernandez L. *AlcoologieAddictologie* 2010

<sup>3</sup> Newhouse P. *Neurology* 2012

<sup>4</sup> 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 et 32% avaient ce projet dans les 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

# SEVRAGE : FACTEURS D'ECHEC ET DE REUSSITE

FACTEURS D'ECHEC	FACTEURS DE REUSSITE
<p><b>ETAT DEPRESSIF ASSOCIE</b> Kenney BA, et al. <i>Addict Behaviors</i> 2009. Longitudinale/USA/10 ans ; 442F (55-65 ans) <b>Etat dépressif mauvais pronostic</b> <b>Mésusage d'alcool</b> renforce état dépressif</p>	<p><b>PATHOLOGIE SOMATIQUE ASSOCIE</b> Tsai AC, et al. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> 2011 Cohorte/Corée/7 ans ; 3041F (50-66 ans) <b>Path. avec urgence vitale ou invalidité (IDM/AVC)</b> Meilleur pronostic que pathologie silencieuse</p>
<p><b>FORTE IMPREGNATION TABAGIQUE</b> Skim SK, et al. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> 2013 Longitudinale/Corée/2 ans ; 259F (≥ 65 ans) <b>Tabagisme ancien, inhalation profonde</b> souvent associé à état dépressif, abus d'alcool, bas niveau d'éducation</p>	<p><b>FAIBLE CONSOMMATION D'ALCOOL</b> Breitling LP, et al. <i>Drug Alcohol Dep</i> 2010 Rétrospective/Germ ; 4 576F (50-74 ans) <b>Faible consommation hebdomadaire</b></p>
<p><b>DEFICITS PSYCHO-SOCIAUX</b> Honda K. <i>Addict Behaviors</i> 2005. Transversale/USA-NHIS ; 3 170F (&gt; 60 ans) <b>Isolement social, déficit de l'offre de soin</b> bas niveau d'éducation</p>	<p><b>ORIENTATION TEMPELLE VERS LE FUTUR</b> Adams J. <i>Health Psychol</i> 2009. Longitudinale/GB/3 ans ; 7 174F (&gt; 60 ans)</p>
	<p><b>TENTATIVE D'ARRET DU TABAC</b> Donzé J, et al. <i>Age Ageing</i>, 2007 Prospective/Suisse/3 ans ; 372F (≥ 65 ans) <b>Conseil d'arrêt donné et tentative récente</b> <b>Antécédents d'arrêt (avec facilité ressenti)</b> <b>Consommation faible et début tardif</b></p>

## 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)

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,*

# 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)

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).

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 6 mois 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

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

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. *Worldviews 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