

LE TABAGISME DES SUJETS AGES ET LES BÉNÉFICES DE L'ARRÊT DU TABAC. LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE DES SENIORS.

Docteur Jean PERRIOT

Pneumologue - Addictologue
Dispensaire Emile Roux – CLAT 63
perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 16 Mars 2022



INTRODUCTION

Le vieillissement de la population alerte les autorités sanitaires internationales. En 2050, un français sur trois aura plus de 60 ans. 80% des séniors vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.^{1,2}

Le tabagisme est la première cause évitable de mortalité ; seul l'arrêt complet du tabac permet de réduire la mortalité liée à l'usage du tabac, ce bénéfice se manifeste également chez les sujets âgés³

Une personne âgée est une personne qui a dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance (OMS).

PLAN DE L'EXPOSE

Epidémiologie du tabagisme.

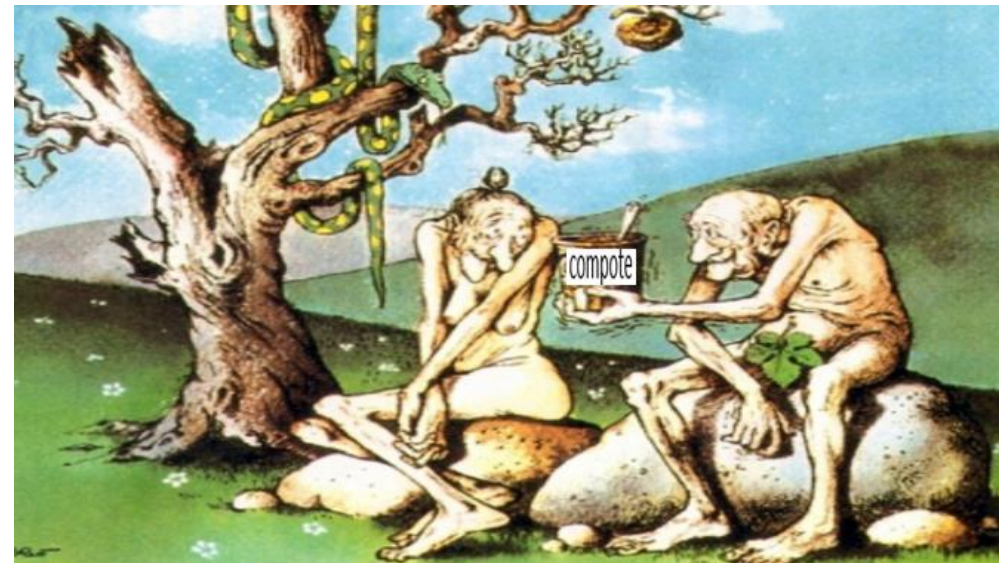
Profil et dépendance des fumeurs âgés.

Effets du tabagisme et de l'arrêt du tabac.

Prise en charge de l'aide à l'arrêt.

Conclusion

Pour en savoir plus.



1 Robert-Bobée I. *Econ Stat* 2007;407-40.

2 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

3 Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017; 39:107S-111S.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU TABAGISME CHEZ LES SUJETS AGÉS

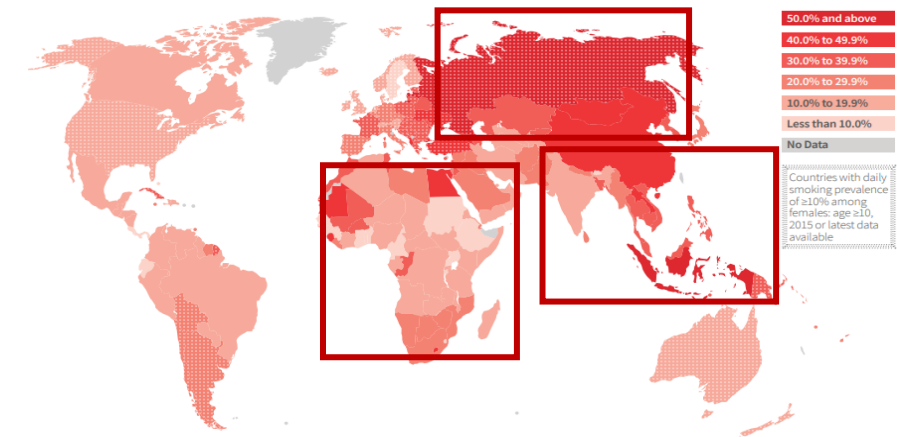
TABAGISME : UNE ENDEMIÉ MONDIALE



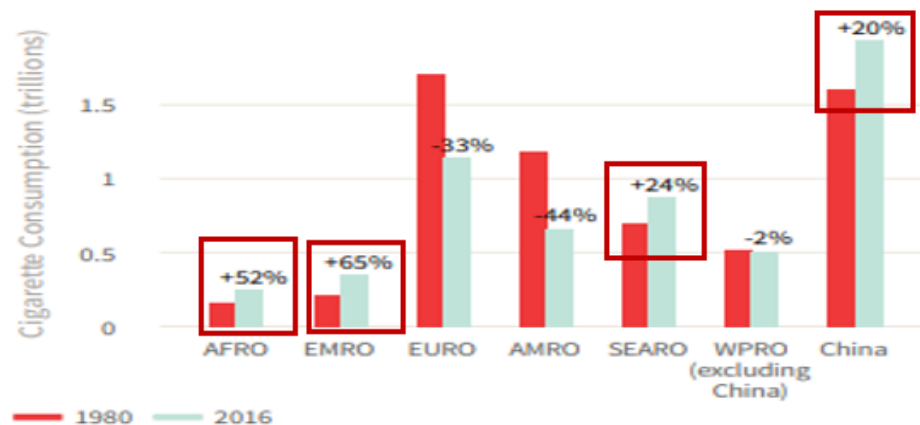
2020: $6,5 \cdot 10^6$ DC, 2030: $8,5 \cdot 10^6$?
 Pays émergents: 80 % des décès
 Chine: $1,2 \cdot 10^6$ décès/an en 2030 ?
 XXI siècle: tabac 10^9 de décès ?

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

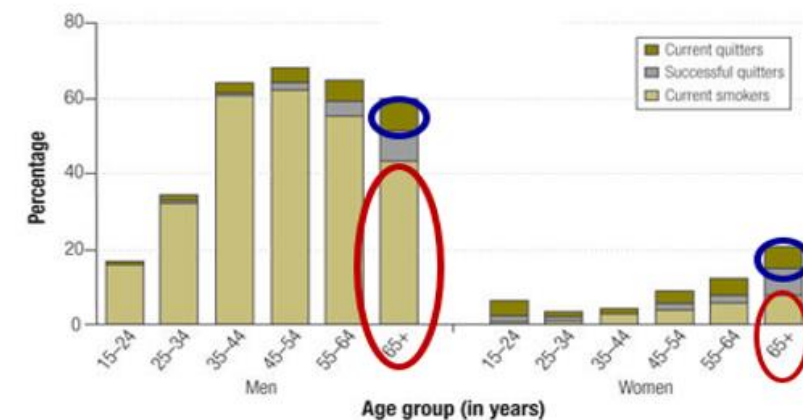
Monde : Prévalence du tabagisme.



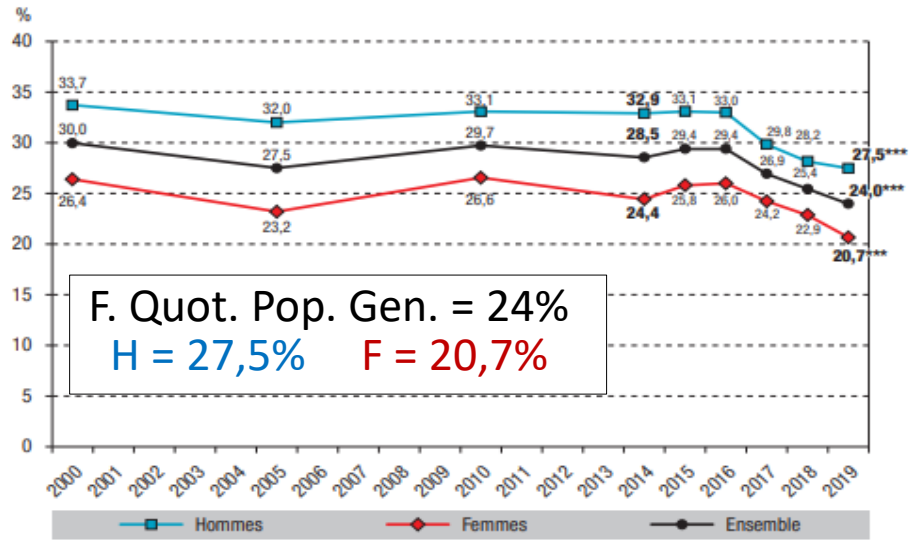
Monde : consommation de cigarettes (1980-2016)



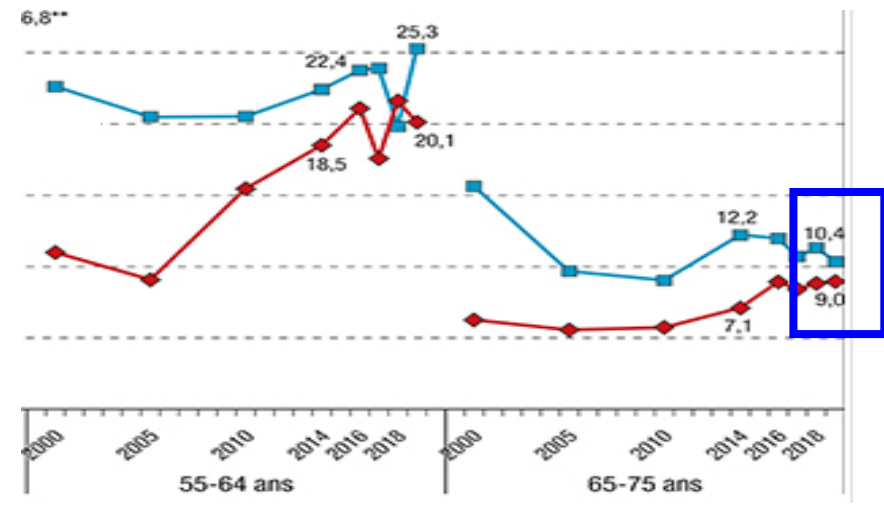
Chine : Prévalence du tabagisme par tranches d'âge.



FRANCE : TABAGISME - BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE, 2019. ¹



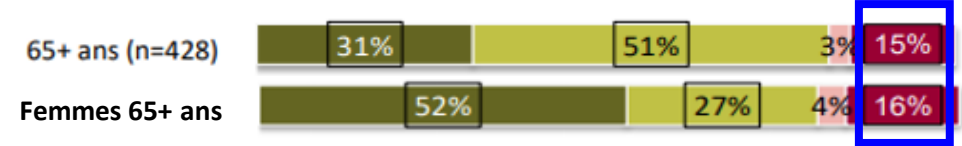
F. Quot. Pop. Gen. = 24%
 H = 27,5% F = 20,7%



H=10%
 F = 9%

BELGIQUE : TABAGISME - FONDATION CONTRE LE CANCER, 2019. ²

F. Quot. Pop. Gen. = 18 %
 H = 20% F = 16%



H=20%
 F = 16%

Consommation Wallons & Bruxellois > Flamands

Séniors moins favorables à la limitation de consommation et à « une génération sans tabac »

EUROPE, USA – TABAGISME, 2015. ³

Europe : 12% des 65 ans et plus , USA : 9% sont fumeurs quotidiens.

¹ Pasquereau A, et al. *BEH* 2020;14:274-81.

² https://www.cancer.be/sites/default/files/fcc - enquete_tabac_2019 - def.pdf

³ Cawkwell Pb, et al. *Drugs Aging* 2015;32:443-51.

MODALITE D'ENTREE DANS LE TABAGISME (« norme sociale des années 60 »).¹

MOTIVATIONS DU COMPORTEMENT TABAGIQUE ?

- **Se relaxer, prendre du plaisir, répéter une habitude** (femmes suisses).²
- **Rompre l'isolement ou l'ennui, gérer le stress.**^{1,3}
- **Une faible croyance dans les bénéfices à l'arrêt** (trop tard pour arrêter !).^{3,4}
- **La croyance dans un moindre risque à fumer peu ou « light ».**²
- **Un état de dépendance au tabac**^{5,6}
 - . Une faible motivation à l'arrêt (faible sentiment d'auto-efficacité).
 - . Des troubles anxieux ou dépressifs fréquents.
 - . Des difficultés à faire des efforts physiques.
 - . Qui « saute des repas » et boit trop d'alcool.
 - . Une faible sociabilité ou un isolement.

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 Beck F, et al. *tendances* 2001;11:1-4.

DEPENDANCE AU TABAC DES FUMEURS AGÉS ?

Des connaissances imparfaites.

Etudes peu nombreuses avec évaluation de la dépendance variable (DSM IV, FTCD, cigarettes/J).

La persistance du tabagisme à un âge avancé signe une forte dépendance au tabac.

Ossip-Klein DJ, et al. *Tobacco Control* 1997;6:188-93.

Lugo A, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:4418-31.

Cawkwell PB, et al. *Drugs Ageing* 2015;32:443-51.

Martinho V, et al. *Cad Saude Publica* 2010;26:2213-33.

Dans quatre études la dépendance est similaire chez les fumeurs d'âge < 60ans ou > 60ans.

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

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

Maâlej S, et al. *NPG* 2016;16:146-51.

Croizet A, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:241-7.

Prévalence élevée de « *Hard-core smokers* » parmi les fumeurs âgés.

Ferketich AK, et al. *Eur J Cancer Prev* 2009;18:100-105.

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

Lund M, et al. *Nicotine Tob Res* 2011; 13:1132-39.

Après 65 ans la consommation diminue souvent : évaluer la dépendance par TTFC

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

Fréquence de TAD, mésusage de SPA (sans critère DSM IV dépendance à la Nicotine), PTSD. Etats dépressifs associés à un excès de risque coronarien (++) fumeurs après 70 ans).

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

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

Emeriau JP, et al. *L'Encéphale* 2006;32:1138-40.

CONSOMMATION ASSOCIEE D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA).

ALCOOL.

France et Belgique : une consommation d'alcool analogue (Pop. Gen. : usage quotidien moyen, 15 à 75ans : 9% : hommes > femmes , ivresses ponctuelles moyennes : 7% : hommes > femmes).^{1,2}

Mésusage d'alcool chez les séniors : 10 à 25%, mal dépisté (clinique, DETA, AUDIT, SMAST G, RPIB).³⁻⁷

Deux types de patients :

- **Mésusage ancien** (2/3 : tr. thymiques, de la personnalité, pathologies somatiques, dépendance tabagique forte indicateur de la sévérité de l'alcoolisation).

- **Mésusage récent** (1/3 : vieillissement, perte d'interactions sociales, comorbidités moins fréquentes).

Risques de détérioration psychologique, physique, d'accidents domestiques, de suicide (x16).

AUTRES « ADDICTIONS ».

Médicaments détournés de leur usage (**benzodiazépines** : plus fréquent chez la femme, en cas d'isolement social, d'usage d'alcool ou d'autres SPA, de troubles psychiatriques ou de prise d'autres psychotropes; **antalgiques** : opioïdes).⁵⁻⁷

Cannabis, substituts aux opiacés (< 3% après 65 ans).⁵⁻⁷

Comportementales (jeu, internet... parfois lien avec maladie de Parkinson ou son traitement ?).^{4,8}

1 OFDT,2020. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2020.pdf>

2 Sciensano,2018 https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AL_FR_2018.pdf

3 Marquette C, et al. *Psychotropes* 2010;16:161-78.

4 Menezier P, et al. *Presse Med* 2013;41:1226-32.

5 Menezier P, *Le Courrier des Addictions* 2021;23:16-19.

6 Justiniani J, et al. *EMC Psychiatrie* 2018;37-530-A-30.

7 McGrath A, et al, *Postgrad Med J* 2005;81:228-31.

8 de Chazeron I, et al. *Sci Rep* 2021;11:10934.

EFFETS DU TABAC ET DE SON ARRÊT SUR LA SANTÉ

EFFET DU TABAC SUR LA SANTE DES SENIORS

TABAC ... ACCÉLÉRATION DU VIEILLISSEMENT¹⁻¹⁰

Effets cancérigènes et mutagènes.

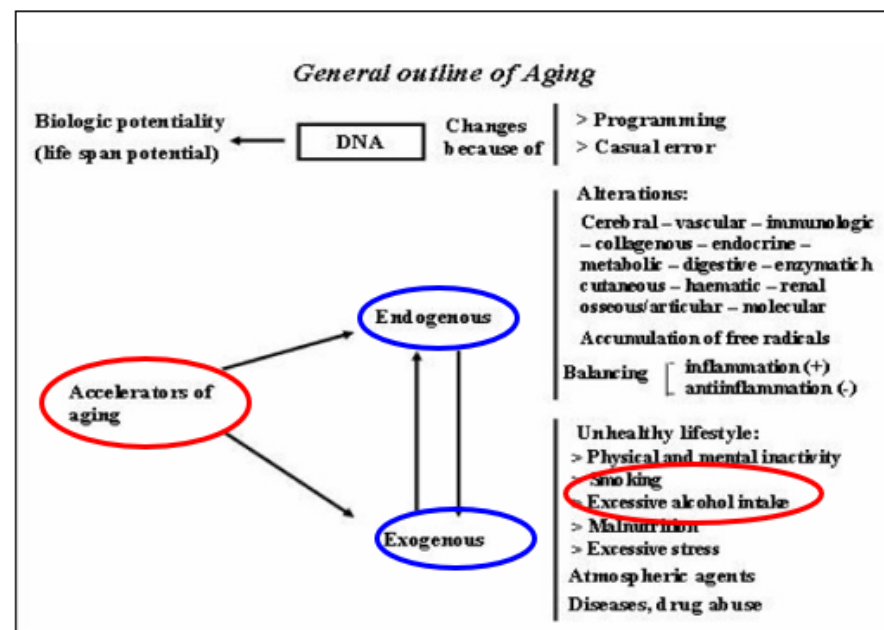
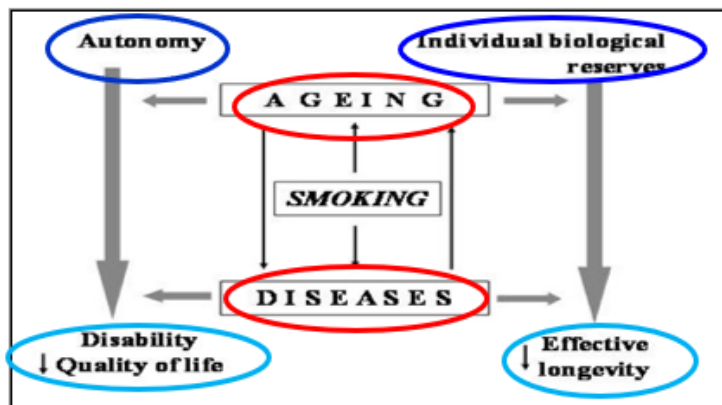
Immuno-dépression.

Modification du profil lipidique et glycémique.

Phénomène inflammatoire généralisé (stress oxydatif, dérégulation du système anti-oxydants).

Raccourcissements des télomères.

Tabagisme et « épigénétique du vieillissement » (méthylation de l'ADN : dépistage ?)



1 US Surgeon General, Public Health Service, 2004.

2 Arnsen Y. *J Autoimmun* 2010 ; 34 : 258-65.

3 Barnes PJ. *Redox Biol* 2020;33:101544.

4 Gao X, et al. *Epigenetics* 2017; 12:149-156.

5 Del Pinto R, et al. *Int J Mol Sci* 2018;19:3701.

6 Astuti Y, et al. *Environ Res* 2017;158:480-9.

7 Paqiatakis C, et al. *Ageing Clin Exp Res* 2021;33:737-45.

8 Nicita-Mauro V, et al. *Curr Pharm Des* 2010;16:775-8.

9 Nicita-Mauro V, et al. *Immun Ageing* 2008;16:5-1.

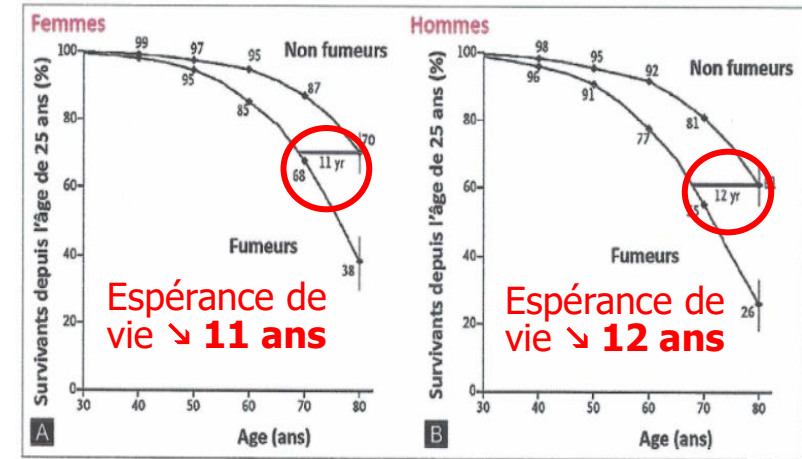
10 Liguori I, et al. *Clin Interv Aging* 2018;13:757-72.

TABAC ... REDUCTION DE L'ESPERANCE DE VIE

Au moins 70% des décès attribués au tabagisme surviennent après 60 ans.

Une **perte d'espérance de vie** de 11 ans chez les femmes et de 12 ans chez les hommes.

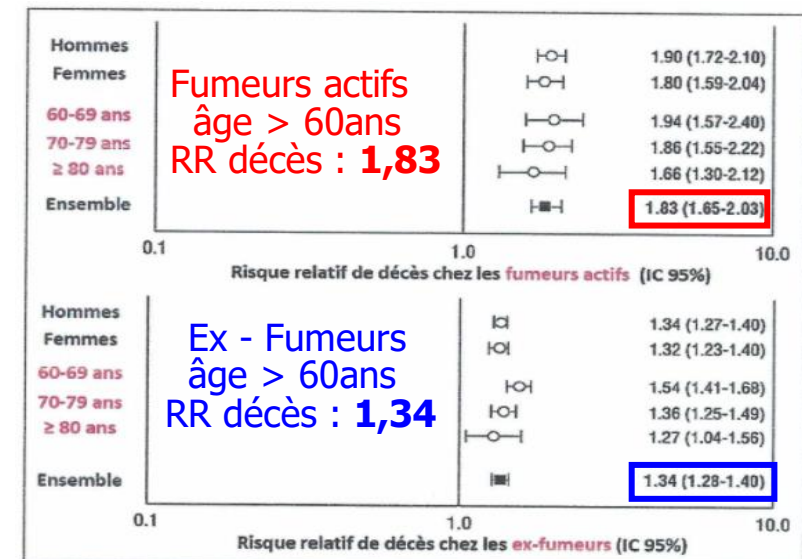
Burns DM. *Am J Health Promot* 2000; 14:357-61.
Jha P, et al. *N Engl J Med* 2013;368:341-50.



Méta-analyse : 17 études (7 pays) tabagisme actif des sujets après 60 ans.

Tabagisme actif associé à un RR de décès (1,2 à 3,4)
Globalement : **RR=1,83 (IC95% : 1,65 - 2,03)**

Gellert C, et al. *Arch Intern Med* 2012;172:837-44.



TABAC ... DE MULTIPLES RISQUES GÉNÉRAUX

RISQUES CARDIO-VASCULAIRES.

Risque (RR) d'infarctus du myocarde (IDM) en lien avec le tabagisme.

Il est d'autant plus important que l'on est jeune mais perdue dans toutes les tranches d'âges :

- 30-44 ans RR Hommes : 5,55 et Femmes : 2,25
- 60-69 ans RR Hommes : 1,88 et Femmes : 2,53

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

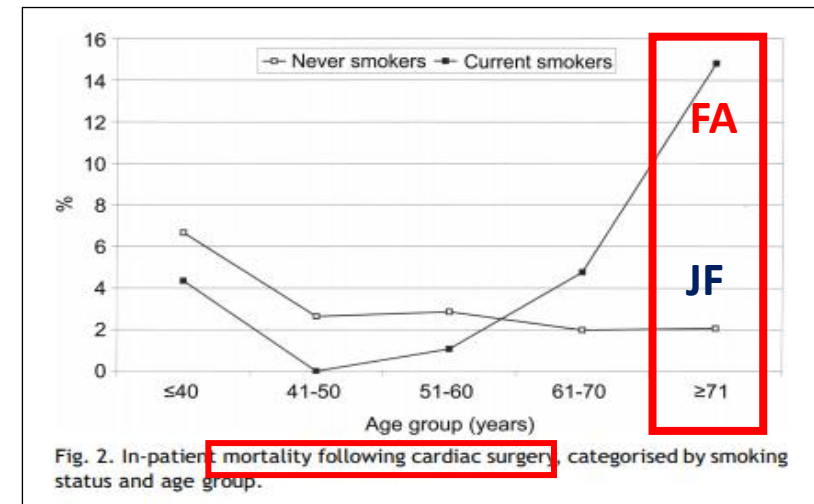
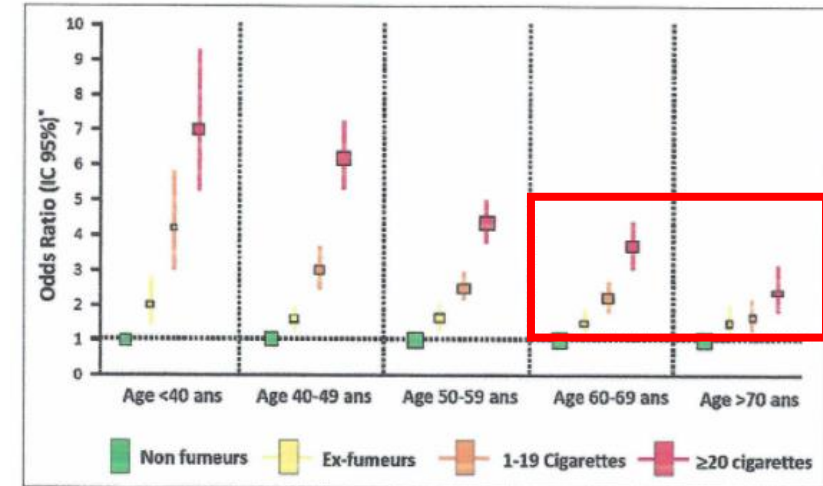
Complications après chirurgie cardiovasculaire chez le sujet âgé.

Etude rétrospective monocentrique (UK, 554 patients)

Fumeurs actifs (FA) vs Jamais Fumeurs (JF) âge >70 ans

- | | | |
|-------------------------------|---------------|----------|
| - Complications pulmonaires | 24,7% - 8,2% | p<0,0002 |
| - Infections | 44,4% - 23,8% | p<0,0001 |
| - Mortalité (respiratoire ++) | 14,8% - 2,1% | p<0,0001 |
| - Durée(m) séjour en USI | 6,2 J - 2,8 J | p<0,002 |

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



Risque d'insuffisance cardiaque (IC) chez le sénior.

Risque d'IC associée au tabagisme (séniors âge >70 ans) par étude de suivi (médiane 9,4 ans), 2125 patients/USA (70 à 79 ans : 69,7% F, 54,2% blancs ; F, Non F, Ex-F. (ajust. pour FR associés à IC).

- F HR=1,93 (IC95%:1,30-2,84) ; p=0,001
 - Ex-F HR=1,33 (IC95%:1,01-1,76) ; p=0,045
- Ex-F relation dose-effet (PA: <11 RR=1,05; >35 RR=1,64)

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

Accident vasculaire cérébral (AVC) et anévrisme de l'aorte abdominale (AAA).

AVC (IC++) effet dose/réponse : OR=1,50 (IC95%:1,40-1,60)
AAA pour 30 ans de tabagisme : OR=7,01 (IC95%:3,73-13,16)

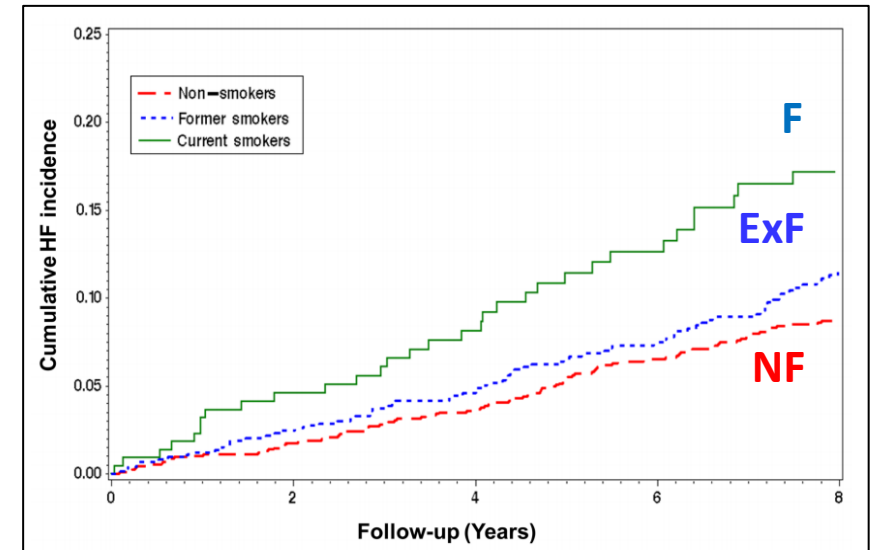
Shinton R, et al. *BMJ* 1989;298:789-94.

Forshal SH, et al. *Circulation* 2009;119:2202-8.

Artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI).

AOMI : 80% de fumeurs. Poursuite du tabagisme après 60 ans : déterminant du pronostic de la maladie (aggrave autres facteurs de risque, mauvaise observance thérapeutique).

Firnhaber JM, et al. *Am Fam Physician* 2019;99:362-69.



TABAC ... RISQUES RESPIRATOIRES.

70% des décès d'origine respiratoire (associées au tabac) se produisent après 60 ans.

Cancer Pulmonaire. ¹⁻³

L'âge médian de diagnostic est > 60 ans (pays industrialisés).

Patients Fumeurs ou Ex-Fumeur ≥ 85% des cas.

Histologie : EM(40%), ADK(28%), CPC(15%)... exérèse: 25%.

BPCO. ^{1,2,4,5}

USA : Prévalence plus élevée après 65 ans (37,5% vs 22,2%).

Fumeurs ou Ex-Fumeurs > 85% des cas.

Tabagisme: ↘ VEMS, sarcopénie, synd métabolique, TAD, fragilité.

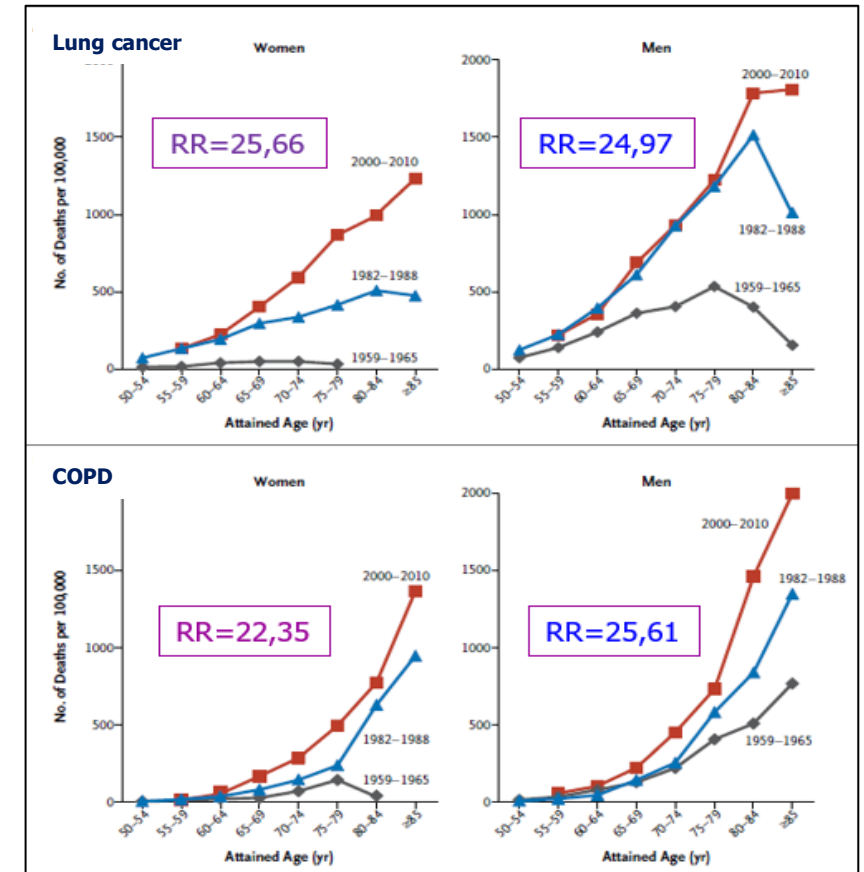
Infections bactériennes et virales ^{2,6-8}

Fumeurs âgés : infections plus sévères.

Infections COVID sévères chez les fumeurs âgés.

USA étude chez les « vétérans » COVID+ (48 932/3158 décès)

Décès (F vs JF) ORa=2,28 (IC95%:1,43-3,68) ; p<0,001



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

2 Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2018;74:133-44.

3 Quoix E, et al. *Rev Mal Respir* 2010;27:421-30.

4 Vaz Fragoso CA, et al. *J Investig Med* 2011;59:1089-95.

5 Guilleminault L, et al. *Rev Mal Respir* 2018;35:626-41.

6 Arcavi L, et al. *Arch Intern Med* 2004; 164:2206-16.

7 Satre DD, et al. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28:780-3.

8 Raines AM, et al. *Add Behav* 2021;113:106692

EFFET SPECIFIQUES SUR LA SANTE DES SENIORS

ETAT DE FRAGILITÉ.

Aggravation d'un état de fragilité chez le fumeur (> 60ans), méta-analyse : OR=1,16 à 2,90. ¹

Des altérations épigénétiques (méthylation de l'ADN/tabagisme) impliquées. ²

1 Kojima G, et al. *BMC Geriatr* 2015;15:131.

2 Gao X, et al. *Epigenetics* 2017; 12:149-156.

PERTE DE DENSITÉ OSSEUSE ET RISQUE DE FRACTURE.

Densité osseuse moins importante chez les fumeurs (vs Jamais-Fumeurs). ³

(1258 patients (âge >60 ans), ajustement sur BMI, Alcool, taux d'oestrogènes, activité Physique).

Risque de fracture : rachis, fémur ++ Femme (F vs JF, âge>60 ans) HR=2,00 (IC95%:1,46-2,55). ⁴

3 Hollenbach KA, et al. *Am J Public Health* 1993;83:1265-70.

4 Ampellas DG. *J Frailty Sarcopenia Falls* 2018;3:148-154.

DEGENERESCENCE MACULAIRE LIÉE A L'AGE.

Tabagisme rôle dans la génèse de DMLA. ⁵

Stress oxydatif, angiogénèse/NACH-Rα7 (+ alcool). ⁶

USA (F vs JF >75ans) OR=1,57 (1,18-2,11). ⁷

UK (F vs JF >75ans) OR=2,15 (1,42-3,26). ⁸

5 Fletcher AE. *Ophthalmic Res* 2010;44:191-8.

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

7 Coleman AL, et al. *Am J Ophthalmol* 2010;149:160-9.

8 Evans RD, et al. *Br J Ophthalmol* 2005;89:550-3

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

Tabagisme & PA (F vs NF>60ans) RR=1,48 (1,16-1,80). ⁹

PA et Démence (ét. transversale) OR=2,42 (1,24-1,72). ¹⁰

Tabagisme & PD (F vs NF>60ans) RR=2,6 (2,29-2,96). ¹¹

PD et démence (méta-analyse) OR=1,56 (1,12-2,18). ¹²

9 Chang J, et al. *PloS One* 2016;11:e0146608.

10 Lougley DG, et al. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;144:115-26.

11 Luo J, et al. *PloS One* 2015;10:e0120986.

12 Souto MLS, et al. *BMC Oral Health* 2019;19:245.

MALADIE D'ALZHEIMER (MA), DÉMENCES VASCULAIRES (DV).

Risque de MA x 2 tous les 5 ans entre 60 et 90 ans.

(Dépôt amyloïde, dégénérescence neurofibrillaire).¹⁻⁴

Vieillesse et génotype de l'apolipoprotéine E($\epsilon 4 > \epsilon 3 > \epsilon 2$).

Facteurs de risques cardio-vasculaires, tabac, alcool, BPCO...

Tabagisme risque de MA & DV.^{1,7}

Méta-analyse (43 études) RR=1,72 (IC95% :1,33-2,12)¹

Mécanisme complexe : stress oxydatif, nicotine/NACHR, métaux, HAP ?

Méta-analyse (37 études) RR démences - tabac (65 à >75 ans).⁵

- **Toutes causes** : RR=1,49 (IC95% :1,02-2,17)

- **DV** : RR=1,38 (IC95% :1,15-1,66)

- **MA** : RR=2,04 (IC95% :1,47-2,83)

Nicotine et déficits cognitifs ?⁸⁻¹⁰

Etude (NF: âge>75ans +Tr. cognitifs légers: TNSTD15mg/J vs PCB 6 mois)⁸

Amélioration attention, mémoire, vitesse psychomotrice (groupe TNS).

Place de TNS ou ligands de nicotine agissant sur NACH - R?

1 Durazzo TC, et al. *Alzheimers Dement* 2014;10:S122-45.

2 Wallin C, et al. *Sci Rep* 2017;7:14423.

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

4 Xiao T, et al. *J Alzheimer Dis* 2021;82:621-30.

5 Zhong G, et al. *PloS One* 2015;10:e0118333.

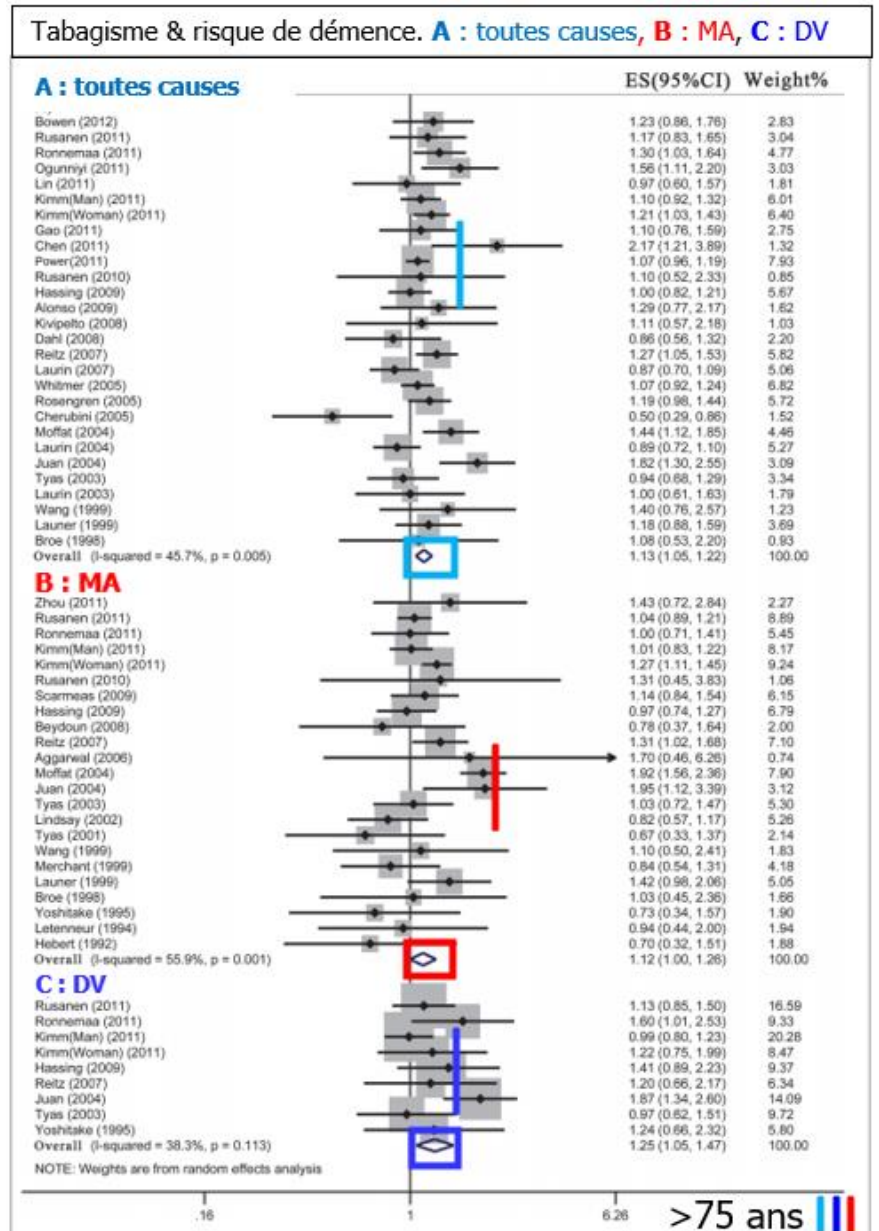
6 Cataldo JK, et al. *J Alzheimer Dis* 2010;19:465-80.

7 Rusamen M, et al. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:277-84

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

9 Nop O, et al. *Front Aging Neurosci* 2021;12:6406

10 Alhowail A. *Mol Med Rep* 2021;23:398.



BÉNÉFICES DE L'ARRÊT SUR LA SANTE DES SENIORS

BÉNÉFICES GÉNÉRAUX DE L'ARRÊT DU TABAC

BÉNÉFICES SUR L'ESPÉRANCE DE VIE.

Plus l'arrêt est précoce plus le gain est grand
(bénéfice même en cas d'arrêt après 60 ans).

[Doll R, et al. *BMJ* 2004;328:1519-28](#)

Arrêt du tabac à 65 ans : une augmentation de l'espérance 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](#)

Arrêt du tabac à 60 ans : espérance de vie + 4 ans
Cohorte US NHIS (1997-2004)

[Jha P, et al. *N Eng J Med* 2013;368:341-50.](#)

BÉNÉFICES SUR LA QUALITE DE VIE (QdV).

Amélioration de la QdV.

Etude transversale, 7562 italiens, âge >65 ans, 2004-05.
Evaluation de la QdV (PCS-12, MCS-12) après arrêt tabac.
Amélioration corrélée à l'âge (+/- état dépressif).

[Gasperini B, et al. *Ageing Clin Exp Res* 2017;29:655-63.](#)

Amélioration de la QdV et santé psychologique.

Tabagisme associé à dépression, PTSD qui induit une mauvaise qualité de vie (HRQoL)

Etude sur les dossiers de 943 « vétérans USA »

L'arrêt améliore la QdV physique & psychologique.

[Aversa LH, et al. *J Psychosom Res* 2012;73:195-90](#)

BENEFICES CARDIAQUES ET RESPIRATOIRES

Bénéfices cardio - vasculaires

Prévention primaire.

Réversibilité du risque de thrombose et spasme artériel.
Pathologie coronaire, AOMI, AVC, AAA.

Prévention secondaire.

Réduction de la mortalité totale après IDM (-36%).
Réduction du R de récurrence après un IDM (-32%).
Réduction du R d'IDM ou de réintervention après pontage ou angioplastie.
Réduction du R de complications post-opératoires (Chir-Cardio-vasculaire).

Thomas D. *Presse Med* 2009;38:946-52
Thomas D. *Presse Med* 2013;42:1819-27.

Bénéfices : arrêt complet du tabac.

Underner M, et al. *Rev Med Interne* 2018;19:145-147.

Bénéfices respiratoires

Cancer pulmonaire.

Réduction du risque de décès (Ex-F vs F, âge>65 ans) :
RR= 0,58 (IC95%:0,46-0,73).
Etude de cohorte, Hong-Kong (n=56167).
Amélioration de la survie des formes localisées (NF vs F)
CBNPC : RR=2,94 (IC95%: 1,15-7,54).
CBPC : RR=1,86 (IC95%: 1,33-2,59).

Lhan TH, et al. *Tob Control* 2007 ; 16 : 182-9.
Parsons A, et al. *BMJ* 2010 ; 340 : b 5569.

BPCO.

Réduction du déclin du VEMS (âge>60 ans).
Réduction du risque d'exacerbations, d'hospitalisations et de décès (âge> 60ans).

Burns DM, et al. *Am J Health Promot* 2000 ; 14 : 357-61.
Tran B, et al. *Dug Alcohol Depend* 2015;150:h1551.

BÉNÉFICES SUR LES RISQUES SPÉCIFIQUES DU TABAC CHEZ LES SÉNIORS.

Amélioration de l'ostéoporose post-ménopausique (prévention secondaire). ¹

Augmentation de la densité osseuse et réduction du risque fracturaire (++fémur).

Diminution du risque de fracture (Ex-F vs F) sur 10 ans d'abstinence :

RR=0,7 (IC95%:0,5-0,90). ²

1 Hollenbach KA, et al. *Am J Public Health* 1993;83:1265-70.

2 Ampellas DG. *J Frailty Sarcopenia Falls* 2018;3:148-154.

Réduction du risque de DMLA (prévention primaire).

USA, n=31843, âge ≥ 65 ans, (Ex-F > 15ans vs F 20Cig/J) :

RR=2 (IC95%1,2-3,4) vs RR=2,4 (IC95%:1,4-4). ³

3 Christen WG, et al. *JAMA* 1996;276:1147-51.

Meilleur contrôle du processus de vieillissement (F. athérosclérose, diabète). ⁴

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

5 Pan An, et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3:458-67.

Ralentissement du déclin fonctionnel (↘ tr. de l'humeur, entrée dans la dépendance). ⁵⁻⁷

6 Aquaroni Ricci N, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52:79-83.

7 Shahab I, et al. *Br J Psychiatr* 2015;207:243-9.

8 Perriot J, et al. *Repères en Gériatrie* 2011;14:2-6.

Maladie d'Alzheimer et démences vasculaires (prévention primaire). ^{8,9}

9 Peters R, et al. *BMC Geriatrics* 2008;8:36.

10 Durazzo TC, et al. *Alzheimers Dement* 2014;10(3suppl):S122-45.

PRISE EN CHARGE DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

PERCEPTION DE L'ARRÊT (fumeurs et professionnels)

PREPARATION DES FUMEURS A L'ARRET ?

Des résistances à l'arrêt.

- **Un tiers n'a jamais reçu de conseil d'arrêt** (âge > 55 ans).
Fernandez L, et al. *Psychol Française* 2010 ; 55 : 309-23.
- **Faible croyance dans le bénéfice de l'arrêt, crainte du TNS.**
Kerr S, et al. *Health Soc Care Community* 2006;14:572-82.
- **Croyance en une moindre toxicité des formes *light*, de la réduction, aux difficultés de l'arrêt (OR = 3,44).**
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.

Des éléments d'incitation à arrêter de fumer.

- **La perception de la nécessité de l'arrêt** (risque vital).
Tsai AC, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 55:295-300.
- **La conscience de difficulté à arrêter** (demande de soutien).
Burns DM, et al. *Am J Health Promot* 2000 ; 14 : 357-61.
- **Le conseil médical d'arrêt du tabac assuré.**
Winnepenny E, et al. *Health Serv Res* 2017; 52:207-19.

PREPARATION DES SOIGNANTS A AIDER ?

Fausse croyance, attitude inadaptée.

- **« ne pas nuire à leur bien-être et dernier plaisir »**
Schmitt EM, et al. *J Aging Health* 2005 ; 17 : 717-23.
- **« ne veulent pas arrêter »** (88% des IDE, gériatrie USA ; 26% avaient tenté dans le mois ,32% souhaitaient à 6mois).
Watt CA, et al. *Psychol Addict Behav* 2004;18:56-63.
- **Conseil d'arrêt moins fréquent** (si âge > 65 ans; p<0,001. enquête parmi les médecins CH Dublin, Irlande)
Maguire CP, et al. *Age Ageing* 2000 ; 29 : 264-66.
- **« C'est au spécialiste d'aider l'arrêt »** (70%: enquête UK, parmi divers professionnels de santé).
Huddleston L, et al. *BMC Fam Pract* 2005;16:97.

Aider l'arrêt, se former à accompagner le fumeur.

- **Conseil d'arrêt au bon moment** « *teachable moment* ».
Buckland A, et al. *Age Ageing* 2005 ; 34 : 639-42.
- **Formation à l'aide à l'arrêt du tabac** (et du sujet âgé).
Huddleston L, et al. *BMC Fam Pract* 2005;16:97.
McArdle D, et al. *Ir J Med Sci* 2018;187:287-98.
- **Conseil d'arrêt et proposition d'aide systématique**
Dupont P, et al. *NPG* 2012;12:3-8.



Smoking cessation behaviors among older U.S. adults

S. Jane Henley^{a,*}, Kat Asman^b, Behnoosh Momin^a, M. Shayne Gallaway^a, MaryBeth B. Culp^{a,1}, Kathleen R. Ragan^a, Thomas B. Richards^a, Stephen Babb^c

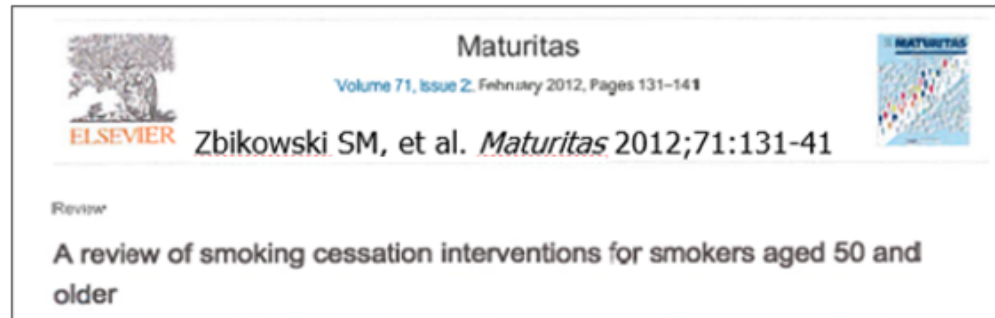
Enquête NHIS, 2015, n=8332 (H et F, âge 65 à ≥ 75ans) fumeurs (H:10%, F:7%).

- **57% intéressés pour tenter l'arrêt du tabac** (45% <1 an, Réduction:5%).
- **2/3 des fumeurs avaient reçu un conseil d'arrêt.**
- Soutien apportée : **37% conseil et/ou traitement d'aide** (FDA)
- 6% conseil et traitement d'aide** (âge<75ans) (FDA)

Smoking cessation behaviors among adults age ≥ 65 years who reported currently smoking cigarettes or recently quitting, by sex and age group, National Health Interview Survey, 2015.

Smoking cessation behavior	Age (years)						Sex			
	Overall		65-74		≥ 75		Men		Women	
	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)
Interested in quitting ^a	53.7	(48.4-58.8)	56.1	(50.0-62.0)	45.2	(35.4-55.4)	51.3	(44.0-58.4)	56.2	(48.4-63.7)
Made past-year quit attempt ^b	47.2	(42.2-52.3)	47.6	(41.9-53.2)	46.2	(37.2-55.4)	44.2	(37.4-51.2)	50.4	(43.7-57.0)
Recent smoking cessation ^c	5.4	(3.7-7.9)	4.8	(3.0-7.4)	— ^f		4.3	(2.5-7.5)	6.6	(4.1-10.5)
Received advice from healthcare provider ^d	65.7	(61.2-69.9)	66.0	(60.9-70.8)	64.6	(54.8-73.2)	64.8	(58.2-70.8)	66.6	(60.1-72.5)
Used counseling and/or medication ^e	37.0	(31.2-43.3)	39.8	(32.7-47.4)	27.7	(18.4-39.3)	36.8	(28.7-45.7)	37.2	(28.9-46.3)
Used counseling and medication	5.9	(3.3-10.3)	7.4	(4.1-12.9)	— ^f		— ^f		— ^f	
Used at least one type of counseling	9.2	(6.0-13.9)	11.3	(7.2-17.3)	— ^f		— ^f		— ^f	
Used at least one type of medication	33.7	(28.0-40.0)	35.8	(29.0-43.3)	26.5	(17.5-38.1)	32.0	(24.4-40.9)	35.2	(27.3-44.0)
Used any nicotine replacement therapy	28.5	(23.0-34.7)	31.4	(24.7-38.9)	18.7	(11.9-28.1)	29.2	(21.7-38.1)	27.8	(20.3-36.9)
Used varenicline	10.3	(7.0-14.8)	10.4	(6.7-15.8)	— ^f		— ^f		12.9	(7.8-20.6)

AIDER L'ARRÊT DU TABAC DES FUMEURS DE 50 ANS ET PLUS



Smoking Cessation Interventions for Adults Aged 50 or Older: A Systematic Review and Meta-analysis

Danhong Chen^{1,*} and Li-Tzy Wu^{1,2,*}

Drug Alcohol Depend 2015;154:14-24

META-ANALYSE (Medline, Embase, PsycINFO, Cochrane Library : 33 études ; arrêt M12).

Pharmacothérapies : RR=3,18 (IC95%:1,67-1,94)

Non Pharmacothérapies (TCC, conseils, information, soutien à distance...) : RR=1,80 (IC95%:1,67-1,95)

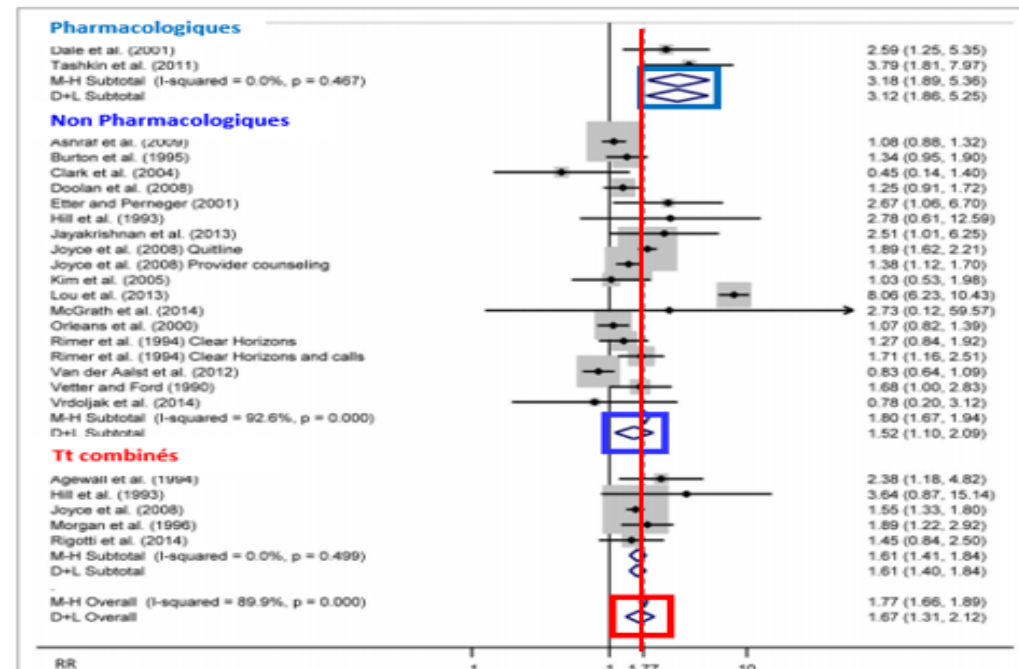
Trait. combinés: RR=1,61 (IC95%:1,41-1,84)

REVUE DE LA LITTÉRATURE (Medline : 13 ERC, 8 Tt combiné ; Fumeurs âge > 50 ans ; arrêt à M12).

Information, Auto-assist: OR=2,36 (IC95%:1,04-5,35)

Pharmacothérapies+TCC: OR=1,27 (IC95%:1,05-1,53)

Conseil+SoutienTel+Pharmacothér. Efficace âge>65ans



PHARMACOTHERAPIES (âge > 60 ans)

1 Revue de la littérature (12 études; contrôlées: 5/12).

Résultats :

Bonne tolérance des pharmacothérapies.

Efficacité (2 études: bonne tolérance varénicline).

Cakwell PB, et al. *Drugs Ageing* 2015;32:443-451.

Burnstein AH, et al. *J Clin Pharmacol* 2006;46:1234-40.

Hall SM, et al. *Addiction* 2009;104:1043-6.

2 EAGLES sous population (F > 50 ans + pathologie

: n=1372 : CV, COPD... vs contrôle : n=6039).

Résultats :

Bonne tolérance des pharmacothérapies.

Abstinence: Varénicline > Bupropion=TNS > PCB.

Tonnesen P, et al. *Tob Induc Dis* 2022;20:4.

E-CIGARETTE (pas d'étude spécifique âge > 60 ans).

E-Cig âge > 55 ans (USA 2020 :12,3%; France 2017 :17,3%).

Weekly 2020; 9:1736- 1742.

Baromètre Santé Public France 2017.

Etude Afr. Sud (online) : n=18208, Fumeurs (n= 5657).

Résultats : conseil d'arrêt (56-65 vs ≥66 ans : AOR=3,08 vs 2,4).

ont tenté E-Cig (56-65 vs ≥66 ans : 19,8% vs 6,8%).

usage E-Cig (++ si déjà tentative d'arrêt et maladie).

Agaku I, et al. *Fam Med Community Health* 2021;9(1):e000697.

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

1

Philip B. Cawkwell¹ · Caroline Blaum² · Scott E. Sherman^{1,2,3}

Drugs Ageing 2015;32:443-451

SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS)

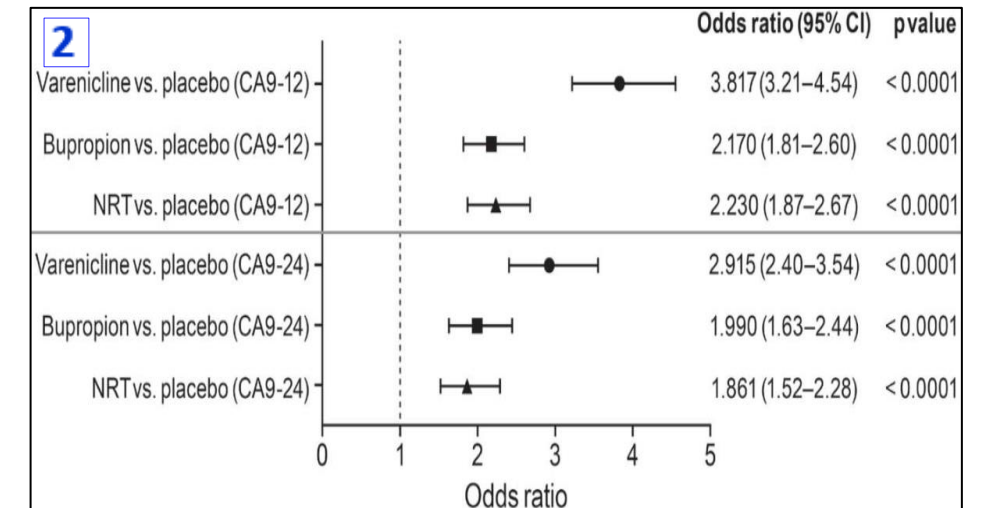
Tait (Australie -2007)	TNS TD(21/14mg) - S-Tel	12 semaines	> 68 ans	M6	(30-DPP,COE)	25,5%
Kim (Corée -2013)	TNS TD + soutien (3s)	variable	> 60 ans	M6	(déclaratif)	57,3%
Miller (USA -2007)	TNS TD + conseil	6 semaines	> 65 ans	M6	(7-DPP,déclaratif)	47,1%
Orleans (USA -1994)	TNS TD (21/14/7mg)	6 semaines	> 65 ans	M6	(30-DPP,déclaratif)	27,9%
Abdullah (USA -2008)	TNS TD + S-Tel - CBT	6 semaines	> 60 ans	M6	(7-DPP,cot-urines)	20,3%

BUPROPION (Bp)

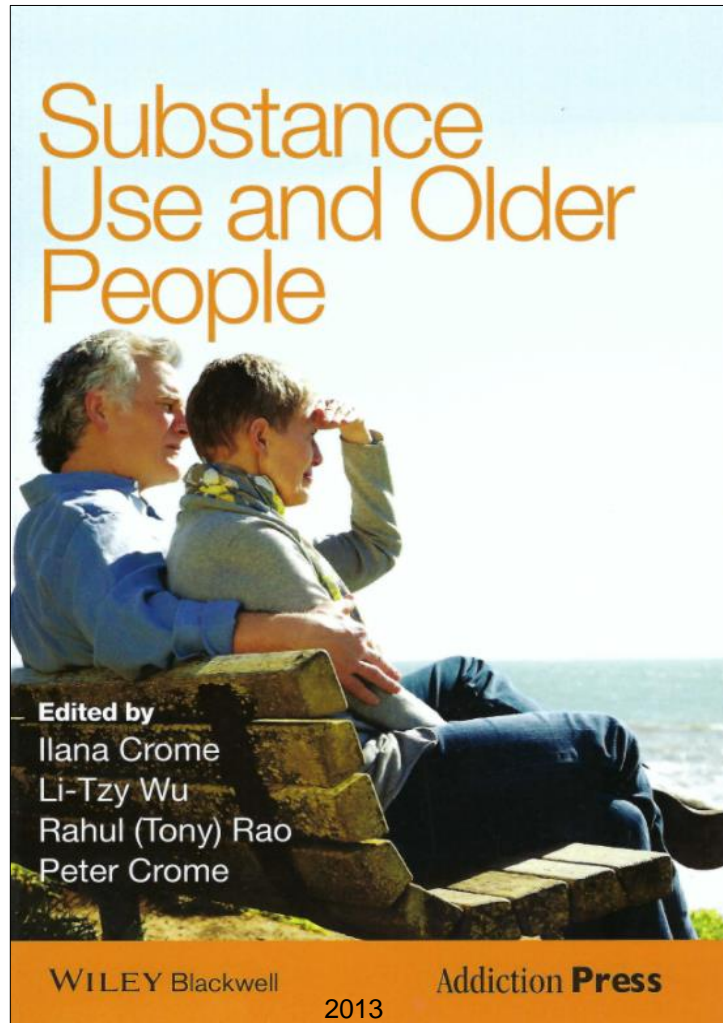
Dale (USA -2001)	Bp (100/150/300mg)	7 semaines	> 65 ans	M4	(7-DPP,COE)	44,4%
Hurt (USA -2002)	Bp (300mg)	7 semaines	> 65 ans	M12	(7-DPP,COE)	70%

TRAITEMENT COMBINÉ (Var: Varénicline, Nor: Nortriptyline)

Gunay (Turquie -2014)	CBT + TNS/Bp/Var	variable	> 60ans	M12	(déclaratif)	49%
Joyce (USA -2008)	Bp/TNS + conseil	variable	> 65 ans	M12 (7-DPP, déclaratif)		14,1%
Jeremias (Brésil-2012)	Bp/Nor + conseil	variable	> 60 ans	M12	(COE)	53,3%



AUTRES MESURES UTILES.



1 - AIDE A L'ARRÊT IDENTIQUES POUR TOUS LES FUMEURS

Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. US Guidelines, 2008 Update.

2 - IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

Infirmières.

Nursing intervention for smoking cessation RR=1,29 (IC95%:1,21-1,39).

Rice VH, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12:CD00189.

Hornnes (2014) TCC F>70ans RR=1,84 (IC95%:0,85-4).

Kadda (2018) TCC F>65 ans RR=1,11 (IC95%:0,88-1,39).

Tonnessen (2006) TCC+TNS F>65ans RR=2,66 (IC95%:0,71-9,9).

Pharmaciens. F 55-74 ans + précarité (conseil, TNS, suivi à distance).

Arrêt à M6=29%.

Orleans CT, et al. *JAMA* 1994;23:601-7.

Chirurgiens Dentistes. F 65-74 ans (conseil d'arrêt vs contrôle)

Arrêt M6: OR=10 (IC95%:3,2-31,7).

Ordell S, et al. *Int Dent J* 2019;69:107-12.

3 - FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Formations courtes sur l'aide à l'arrêt du tabac (1 Jour) en gériatrie.

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

Autres programmes de formations (IDE, travailleurs sociaux).

Leung GM, et al. *Chest* 2007;131:1157-65.

McArdle, et al. *Ir J Med Sci* 2018;187:287-96.

Management of Tobacco Dependence in Older Adults

Using Evidence-Based Strategies

Evidence-based behavioral and pharmacological approaches to smoking cessation interventions can be used by gerontological nurses to assist older adults in "kicking the habit."

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



PATIENT EDUCATION HANDOUT: IT'S NEVER TOO LATE TO QUIT

Risks Associated With Smoking

Smokers have:

- 2 times greater risk of strokes
- 6 times greater risk of oral cancers
- 10 times greater risk of larynx cancer
- 10 times greater risk of chronic obstructive pulmonary disease
- 12 times greater risk of lung cancer
- 12 times greater risk of coronary heart disease

Other risk factors and problems associated with smoking:

- Cervical cancer
- Esophageal cancer
- Bladder and kidney cancer
- Pancreatic cancer
- Leukemia
- Gastric and duodenal ulcers
- Skin wrinkling
- Osteoporosis
- Bone fractures
- Cataracts and glaucoma
- Impotence and infertility
- Lower levels of "good cholesterol"
- Peripheral vascular disease
- Gum disease
- Dental cavities
- Stained teeth and bad breath
- Financial burden
- Poor tolerance for exercise
- Socially unacceptable
- Poor role model for children and grandchildren
- Leading cause of fires that kill older adults

Risk factors for family members (from exposure to passive smoke):

- Increased risk of lung cancer and heart disease in spouse and children
- Higher rates of smoking by children
- Increased risk of sudden infant death syndrome, asthma, ear infections, and respiratory infections in children

Rewards From Quitting Smoking

Immediate (minutes to several weeks after quitting)

- Blood pressure lowers
- Carbon monoxide level in blood drops to normal
- Oxygen level in blood increases to normal
- Breath, car, home smells better
- Circulation improves
- Lung function improves
- Risk of gastric and duodenal ulcers decreases
- Risk of peripheral artery disease decreases
- Financial savings
- Feel better about yourself
- Can stop worrying about quitting
- Loved ones "off your back" for smoking

Intermediate (months to 1 year)

- Coughing, sinus congestion, fatigue, and shortness of breath decrease
- Decreased risk of recurrent respiratory infections
- Body's overall energy increases
- After 1 year, excess risk of coronary heart disease is half that of a smoker
- Financial savings
- Improved health

Long Term

- After 5 years, lung cancer death rate decreases by approximately half
- After 5 years, risk of cancer of the mouth, throat, and esophagus is half that of a smoker
- After 5 to 15 years, stroke risk is reduced to that of a non-smoker
- After 10 years, lung cancer death rate similar to that of a non-smoker
- After 15 years, risk of coronary heart disease is that of a non-smoker
- Set good role model for children and grandchildren
- No worries about exposing loved ones to secondhand smoke
- Overall improved health
- Financial savings

PRISE EN CHARGE PRATIQUE

SUBSTITUTS NICOTINIQUES

(préférer association TNS TD+FO, choisir TNS FO)

VARENICLINE (bien tolérée, expliquer l'utilisation, ajuster la posologie aux besoins)

BUPROPION (1/2 dose/sommeil ?)

ASK

→ Demander le statut du fumeur

ADVISE

→ 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 d'arrêt

Aider à bâtir un plan d'arrêt

Traitement comportemental

Traitement médicamenteux

Ligne de soutien (TIS 3989)

Renforcer la motivation et aider l'arrêt

(professionnels de santé ... famille)

PAS IMMÉDIATEMENT PRÊT

Identifier les freins à l'arrêt :

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

Lever les freins, motiver à l'arrêt

Réduction de consommation (+ TNS)

PAS PRÊT À L'ARRÊT

Informé sur le tabac et son arrêt

Entretien motivationnel (balance décisionnelle)

Règles de consommation au domicile

Evoquer la réduction de consommation

... usage de l'E-Cig ?

ARRANGE

→ Planifier le suivi

Fumeurs âgés en précarité sociale

interventions communautaires et TCC.

Smith P, et al. *BMJ Open* 2019;9:e032727

REVUE GÉNÉRALE

Particularités de la prise en charge non médicamenteuse de la BPCO chez les sujets âgés. Réhabilitation, sevrage tabagique, nutrition et éducation thérapeutique



Characteristics of non-pharmacological interventions in the elderly with COPD. Smoking cessation, pulmonary rehabilitation, nutritional management and patient education

Rev Mal Respir 2018;35:626-41

L. Guilleminault^{a,b,*}, Y. Rolland^{c,d}, A. Didier^a

Fumeurs atteints de BPCO (38% à 77%).¹

Plus nombreuses BPCO chez les patients d'âge ≥ 65 ans.²

Un arrêt du tabac difficile « *Hard-core smokers* ». ^{3,4}

Adhérence à la pharmacothérapie ?⁵

Etude chinoise: 136 F(H+F), 66,2% ≥ 65 ans, tous stades GOLD TCC + Bupropion (B) vs Varénicline (V) 12S, Arrêt à S24:

Adhérence: OR=9,06 (IC95%:4,02-22,95); p=0,001

Arrêt (V vs B) : OR=2,62 (IC95%:1,25-5,52) ; p<0,05

ETP, Réhabilitation respiratoire et arrêt du tabac.

Abstinence prolongée et contrôle des comorbidités

Compétences d'auto-soin, contrôle de : *craving*, TAD, reprise ⁴⁻⁸

1 Tonnesen P. *Eur Respir Rev* 2013 ; 22 : 37-43.

2 Vaz Fragoso CA. *J Investig Med* 2011;59:1089-95.

3 Jiménez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015 ; 46 : 61-7.

4 Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:170-80.

5 Quin R. *Int J Chron Pulm Obst Dis* 2021;16:1203-14.

6 Guilleminault L, et al. *Rev Mal Respir* 2018;35:626-41.

7 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-43.

8 Bernard P, et al. *Am J Addict* 2012;21: 348-55.

Patient âgé fumeur souffrant de pathologie chronique liée au tabagisme (BPCO...)

Bilan d'évaluation gériatrique global

Bilan physique et fonctionnel

Bilan social et psychologique

Bilan du tabagisme (usage d'autres SPA)

Prise en charge intégrée et partenariale du patient
modifié d'après Guilleminault et al. (2018)

International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021;16:1203-14

Quin R. *Int J Chron Pulm Obst Dis* 2021;16:1203-14.

Open Access Full Text Article

CLINICAL TRIAL REPORT

Adherence and Efficacy of Smoking Cessation Treatment Among Patients with COPD in China

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac[☆]

Revue des Maladies Respiratoires (2016) 33, 431–443

Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation

M. Underner^{a,*}, J. Perriot^b, G. Peiffer^c,
J.-C. Meurice^a



FACTEURS ASSOCIÉS A LA REUSSITE OU L'ECHEC DU SEVRAGE.

FACTEURS D'ECHEC	FACTEURS DE REUSSITE
<p>ETAT DEPRESSIF ASSOCIE</p> <p>Kenney BA, et al. <i>Addict Behav</i> 2009;34:548-53. Longitudinale/USA/10 ans ; 442F (55-65 ans)</p> <p>Etat dépressif Mésusage d'alcool renforce état dépressif</p>	<p>PATHOLOGIE SOMATIQUE ASSOCIEE</p> <p>Tsai AC, et al. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> 2011;55:295-300. Cohorte/Corée/7 ans ; 3041F (50-66ans) Path. urgente (IDM, AVC, C-CV) > chronique Sachs-Ericsson N, et al. <i>Nicotine Tob Res</i> 2009;11:433-43. Mauvais état de santé + détresse psy (>70 ans)</p>
<p>FORTE IMPREGNATION TABAGIQUE</p> <p>Kim SK, et al. <i>Arch Gerontol Geriatr</i> 2013;56:214-9. Longitudinale/Corée/2 ans ; 259F (≥ 65 ans)</p> <p>Tabagisme ancien, inhalation profonde +/- - Etat dépressif, - Abus d'alcool, - Bas niveau d'éducation.</p>	<p>FAIBLE CONSOMMATION D'ALCOOL</p> <p>Breitling LP, et al. <i>Drug Alcohol Dep</i> 2010;108:122-9. Rétrospective/Germ ; 4 576F (50-74 ans) Faible consommation hebdomadaire</p>
<p>DEFICITS PSYCHO-SOCIAUX</p> <p>Honda K. <i>Addict Behav</i> 2005;30:375-81 Transversale/USA-NHIS ; 3 170F (> 60 ans)</p> <p>Isolement social, déficit de l'offre de soin, Bas niveau d'éducation.</p>	<p>ORIENTATION TEMPORELLE : FUTUR.</p> <p>Adams J. <i>Health Psychol</i> 2009;28:83-90. Longitudinale/GB/3 ans ; 7 174F (> 60 ans)</p> <p>TENTATIVE D'ARRET DU TABAC (↗)</p> <p>Donzé J, et al. <i>Age Ageing</i> 2007;36:53-7. Prospective/Suisse/3 ans ; 372F (F≥ 65 ans)</p> <p>Conseil d'arrêt donné, Tentative d'arrêt passée et facilité ressentie, Consommation faible et début tardif.</p>

AUTRES FACTEURS

AGE ≥ 60 ANS OU < 60 ANS : DES CHANCES D'ARRÊT SIMILAIRES.

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 M12.

HRa=0,90 (IC95%:0,66-1,22) ; p=0,48.

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

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

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

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

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 (OR=0,70), SPA (OR=0,61).

AUGMENTATION DU PRIX DU TABAC : DES ARRÊTS A LONG TERME.

Enquête 10 pays UE (2004-2018) : ↗prix= ↘probabilité de fumer, âge 50-65 ans.

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

Serrano-Alarcon M, et al. *Addiction* 2019;114:1076-85.

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

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

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

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

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

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

CONCLUSION

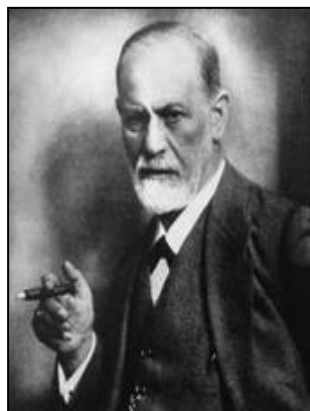
Le tabagisme des sujets âgés ne doit pas être négligé, l'arrêt du tabac s'accompagne de bénéfice. Le sevrage obéit aux principes habituels de l'aide à l'arrêt du tabac (identifier le tabagisme, conseiller l'arrêt et renforcer la motivation, proposer une aide (TCC associées à pharmacothérapie, contrôler les comorbidités, assurer un soutien partenarial).

L'implication de tous les professionnels de santé est requise.

Le résultat du sevrage tabagiques chez les séniors et les fumeurs plus jeunes sont similaires.

« On est vieux quand on n'a plus assez de musique en soi pour faire danser la vie. »

Céline «*Le voyage au bout de la nuit*»



Remerciements à :
L. Galanti - Namur
D. Thomas - Paris
G. Peiffer - Metz
M. Underner - Poitiers
P Arvers - Grenoble
P Dupont - Paris
I de Chazeron - Clermont-Fd

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.
- Nicita-Mauro V, Basile G, Maltese G, et al. Smoking, health and ageing. *Immun Ageing* 2008;5(1):1-4.
- 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 Courriers 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):120-124.
- 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 Ageing* 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 and alcohol depend* 2015;154:14-24.
- Guilleminault 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.