

**COMMENT ACCOMPAGNER L'AIDE A
L'ARRET DU TABAC DU SUJET AGE ?**

**Docteur Jean PERRIOT
Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand
jean.perriot@cg63.fr**

DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2014

INTRODUCTION

Le tabagisme des sujets âgés alerte les Autorités Sanitaires.

Il accélère le processus de vieillissement.

Il est la première cause de mortalité évitable (y compris après 60 ans)

Il est impliqué dans de nombreuses maladies (après 60 ans) et dans des pathologies spécifiques du sujet âgé.

L'arrêt du tabac permet de réduire la mortalité et la morbidité d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées.

Le sevrage tabagique des sujets âgés ne peut pas être négligé.



ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE

PREVALENCE DU TABAGISME ENTRE 65 et 75 ANS¹

Hommes : 9% Femmes : 5,7%

Baromètre Santé 2010 : co-consommation d'alcool, (baromètre 2005)

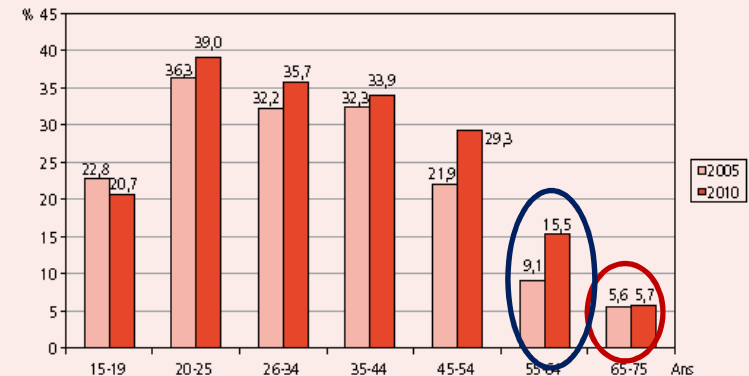
PRATIQUES ADDICTIVES DU SUJET AGE MAL CONNUES²

Données épidémiologiques limitées
 Difficultés d'identification
 Contexte pathologique
 Déficit de prise en charge

| | |
|-----------------|------------------------|
| ALCOOL mésusage | 10 à 25 % |
| PSYCHOTROPES | 20 à 40 % (usage rég.) |
| JEU | 1 à 4 % (USA) |

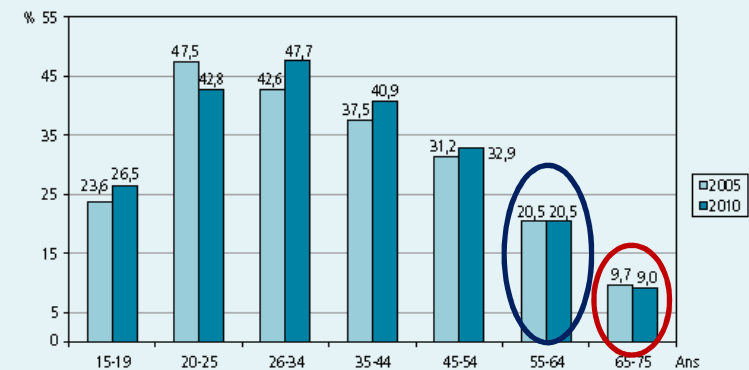
² Menecier P, et al. *Presse Med* 2013 ; 41 : 1226-32

Figure 1 Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75 ans), France, 2005-2010 /
 Figure 1 Trends in daily smoking among women aged 15-75, France, 2005-2010



Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, Inpes.

Figure 2 Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15-75 ans), France, 2005-2010 /
 Figure 2 Trends in daily smoking among men aged 15-75, France, 2005-2010

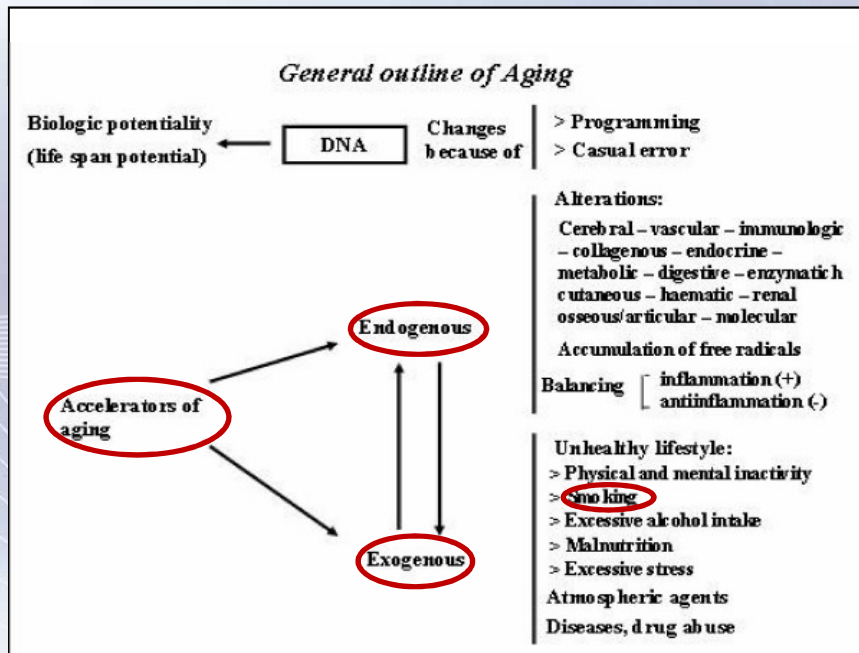


Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

¹ Beck F, et al. *BEH* 2011 ; 20-21 : 230-1

LE TABAGISME ACCELERE LE PROCESSUS 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



MULTIPLICITE DE L'IMPACT DU TABAC

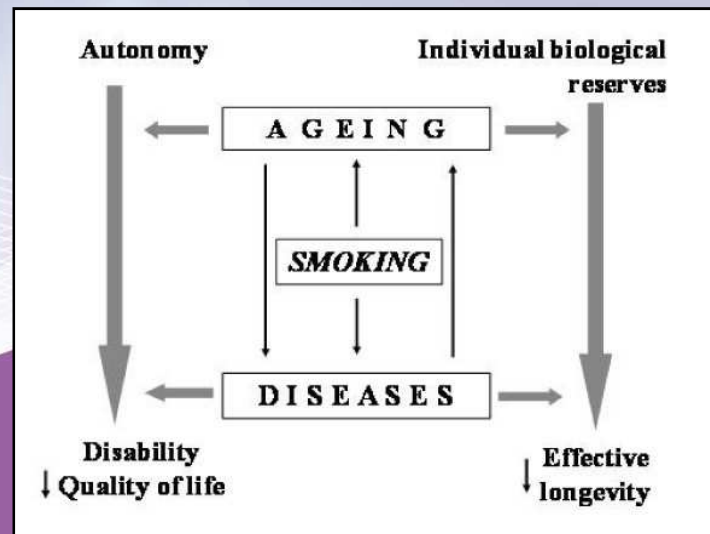
Toxicité vasculaire

Phénomène inflammatoire généralisé

Modification du profil lipidique

Radicaux libres (stress oxydatif - inflammation, mutagénicité)

Mutagènes et cancérigènes.



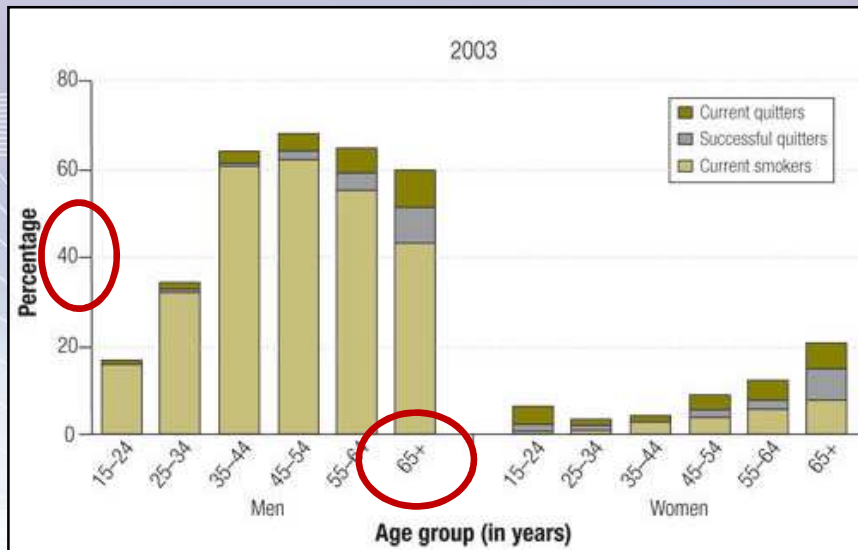
CHAMBRE D'AGRICULTURE
 ET D'ÉLEVAGE DE L'ARDENNE
 CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

TABAGISME : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE POUR LE MONDE

2012 : 6.10⁶ décès 2030 : 8.10⁶ décès
 Pays émergents : 80 % des décès

Chine : 1,2.10⁶ décès/an en 2030
 35 % consommation du tabac mondial



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

Michael Eriksen
 Judith Mackay
 Hana Ross

Ericksen M, et al. *The Tobacco Atlas*.
 American cancer society, 2012.
<http://tobaccoatlas.org>

ATLAS DU TABAC

QUATRIÈME ÉDITION
 Entièrement revue et mise à jour



www.TobaccoAtlas.org



PUY-DE-DÔME
 CONSEIL GÉNÉRAL
 DU RELIEF ET DES HOMMES

CONSEQUENCES DU TABAGISME

FUMER : RISQUES DE DECES PREMATURES A TOUS LES AGES

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

CANCER BRONCHIQUE

RR = 25 H et F (55 à 75 ans)

BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE

RR = 25 H et 22 F (55 à 75 ans)

Jeannin L. *Rev Mal Respir* 2003 ; 20 : 105-15
70% des décès de BPCO après 70 ans

PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

RR = 2,8 H et F (risque global)

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

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

COMPLICATIONS RESPIRATOIRES APRES CHIRURGIE CARDIAQUE (> 70 ans)

Surmortalité (14,8 vs 2,1 % p<0,0001)

FUMER : RISQUES SPECIFIQUES CHEZ LE SUJET AGE

DECLIN COGNITIF (ET ALZHEIMER)

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

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

DMLA (RR = 2,83)

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

OSTEOPOROSE (post ménopausique)

Baccaro LF, et al. *Arch osteoporos* 2013 ; 8 : 138

Sewerynek E, et al. *Arch Med Sci* 2013 ; 9:288-96

FRACTURE DU COL DE FEMUR

Karantana A, et al. *J Bone Joint Surg Br* 2011 ; 93:658-64

DEFICIT FONCTIONNEL GLOBAL

Arday DR, et al. *Am J Prev* 2003 ; 24 : 234-43

140 000 sujets - scores PCS-MCS
- déficit significatif (p 0,01)



BENEFICES DE L'ARRET

ARRET DU TABAC : BENEFICES EN TERME D'ESPERANCE DE VIE

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

ARRET PRECOCE = BENEFICE SUPERIEUR
en cas d'arrêt après 60 ans

Taylor DH, et al. *Am J Public Health* 2002 ; 92 : 990-6

ARRET A 65 ANS : GAIN DE VIE
Homme : 1,4 à 2 ans Femme : 2,7 à 3,7 ans

Jha P, et al. *N Eng J Med* 2013 ; 368 : 341-50

ARRET A 65 ANS : GAIN DE 4 ANS
Cohorte US NHIS (1997-2004)

ARRET DU TABAC : BENEFICES EN TERME DE QUALITE DE VIE

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

AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE
Sans maladie chronique, SF 36, gros fumeurs

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

AMELIORATION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE
Adhésion programme, scores PCS MDO-SF 36

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

QUALITE DE VIE, DEPRESSION, PTSD
Échelle HRQoL, 943 vétérans US



HISTOIRE DU TABAGISME DES FUMEURS AGES¹

INITIATION ET DEVELOPPEMENT DE LA DEPENDANCE² (identique au fumeur plus jeune)

POURSUITE ET MAINTIEN DE LA CONSOMMATION DE TABAC

Raisons ou motivations positives

- Recherche de plaisir et habitude
- Reconnaissance et appartenance
- Automédication : psycho-stimulant

Raisons ou motivations négatives

- Dépendance, passivité et besoins
- Dépendance et isolement social
- Dépendance et environnement

FUMEURS EN INSTITUTION^{2,3}

Stress élevé (exogène, endogène)
Nicotine : facteur d'adaptation ?



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Psychologie française 55 (2010) 309–323



www.em-consulte.com

Article original

Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés : genèse, contexte, développement et prise en charge

Clinical and social approach of smoking in elderly: Genesis, context, development and support

L. Fernandez^{a,b,1,*}, J. Finkelstein-Rossi^{a,b,c,2}

¹ Fernandez L, et al. *Psychologie Française* 2010 ; 55 : 309-23

ÉTUDE ORIGINALE

Pr Lydia Fernandez*, Mme Jacqueline Finkelstein-Rossi**, Mme Carole Fantini-Hauwel***, M. Serge Combaluzier****, Mlle Mounia Hamraoui*, M. Maxime Bellego**

* Professeur en psychopathologie, Faculté de philosophie et de sciences humaines et sociales, Université de Picardie Jules Verne, Chemin du Thil, F-80025 Amiens Cedex 1. PsyCLé, Université de Provence-Aix-Marseille I. Courriel : lydia.fernandez@u-picardie.fr

** Maître de conférences en psychologie clinique, Laboratoire CLEA, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France

*** Maître de conférences en psychologie clinique et en psychopathologie, PsyCLé, Université de Provence-Aix Marseille I, France

**** Maître de conférences en psychologie clinique, Laboratoire Psy-NCA, Université de Rouen, Mont-Saint-Aignan, France

• Psychologue clinicienne, Doctorante, Université de Picardie ; ** Psychologue clinicien, Doctorant, PsyCLé, Université de Provence

Reçu avril 2010, accepté octobre 2010

Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées

² Fernandez L, et al. *Alcool Addictol* 2010 ; 34 : 279-289

³ Newhouse P, et al. *Neurology* 2012 ; 78 : 91-101



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

DEPENDANCE AU TABAC DES SUJETS AGES ?

CONNAISSANCES LIMITEES

Peu d'études, non contrôlées ; critères d'évaluation (DSM IV et FTND) imparfaits

PREVALENCE « ELEVÉE » DU TABAGISME CHEZ LES SUJETS AGES

VALEUR DU FTND CHEZ LES FUMEURS AGES ?

Park S, et al. *Public Health* 2012 ; 126 : 482-9
Diminution de la consommation après 50 ans
(↗ consom. alcool) : FTND ou TTFC ?

Sachs-Erichson N, et al. *Aging Mental Health* 2011 ; 11
Les fumeurs âgés ND à la nicotine : fréquence élevée de TAD et d'usage de SPA ?

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

Géorgie: 47,4% F > 65 ans (41,4% FTND ≥ 6)
corrélations entre DN, dépression et PTSD.

DEPENDANCE A LA NICOTINE – DSM IV

- A. Utilisation quotidienne de la nicotine pendant au moins plusieurs semaines**
- B. Arrêt brutal ou réduction provoque dans les 24h au moins 4 des signes suivants :**
1. humeur dysphorique/dépression
 2. insomnie
 3. Irritabilité/frustration/colère
 4. Anxiété
 5. Difficultés de concentration
 6. Fébrilité
 7. diminution du rythme cardiaque
 8. augmentation de l'appétit/prise de poids
- craving, TTFC non mentionnés**
- C. Les symptômes causes une souffrance significative ou une altération du fonctionnement**
- D. Ils ne sont pas dus à une affection médicale générale ni expliqués par un autre trouble mental.**

Classification DSM IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - APA)

LA PERCEPTION DE L'ARRÊT : LES FUMEURS ET LES SOIGNANTS

DES FUMEURS SOUVENT PRETS A TENTER L'ARRÊT

Buckland A, et al. *Age Ageing* 2005 ; 34 : 639-42
Ramon-Torrell JM. *Gac Sanit* 2009 ; 23(6) : 539^e.1-6

MAIS BEAUCOUP DE FREINS :

Fernandez L, et al. *Psychol Française* 2010 ; 55 : 309-23
Un tiers (âge > 55 ans) n'a jamais reçu de conseil d'arrêt

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

**Faible croyance dans le bénéfice de l'arrêt ;
crainte des dangers du TNS.**

Donze J, et al. *Age Ageing* 2007 ; 36 : 53-7
**Moindre toxicité des cigarettes *light* ;
crainte de la difficulté de l'arrêt (OR= 3,44)**

Yong HH, et al. *Addict Behav* 2005 ; 30(4) : 777-88
Faible confiance en soi pour s'arrêter.

UNE ATTITUDE INADAPTEE DES ACTEURS SANITAIRES

Schmitt EM, et al. *J Aging Health* 2005 ; 17 : 717-23
« Les patients ne veulent pas arrêter de fumer » ; « ne pas nuire à leur santé »

Maguire CP, et al. *Age Ageing* 2000 ; 29 : 264-66
**Conseil d'arrêt plus fréquent si âge < 65 ans
(vs âge 65 ans, p<0,001)**

Watt CA, et al. *Psychol Addict Behav* 2004 ; 18 : 56-63
Pour 88 % des infirmières « ils ne veulent pas s'arrêter » (26 % ont tentés dans le mois précédent, 32 % projet d'arrêt dans les 6 mois).

Schroeder K, et al. *J Clin Epidemiol* 2006 ; 59 : 622-8
48% des 370 F (60-79 ans) qui tentent l'arrêt n'ont jamais reçu de conseil d'arrêt.

PRONOSTIC DE L'ARRET (FACTEURS DE BON PRONOSTIC)

| AUTEURS-PAYS | POPULATION | FACTEURS PRONOSTICS |
|---|---|---|
| Donze (2007) Suisse | F (N=372 ; > 70 ans) Durée 3 ans | Tabagisme occasionnel (OR=2,4) Facilité de l'arrêt (OR=3,7) |
| Dale (1997) USA | H + F (N=479 ; 65-82 ans) Suivi 6 mois | Motivation à l'arrêt, confiance en soi Antécédents d'arrêt ≥ 1 an ; conjoint non fumeur |
| Abdullah (2006) Hong-Kong | H + F (N=1140 ; ≥ 65 ans) Suivi 6 mois | Faible consommation (cig/j) Abstinence alcoolique Relations sociales, mobilité |
| Yong (2005) USA, GB, Canada, Australie | H + F (N=9000 ; ≥ 60 ans) ITCP survey | Perception des risques tabac/bénéfices arrêt Motivation à l'arrêt, confiance en soi Prix du tabac, conseil d'arrêt Médicament d'aide peu coûteux |
| Salive (1992) USA | H + F (N=10300 ; ≥ 65 ans) Durée 6 ans | Antécédents pathologiques : IDM, AVC, cancer |
| Whitson (2006) USA | H + F (N=573 ; ≥ 65 ans) Suivi 3 ans | Femmes ; cancer récent |
| Chaaya (2006) Liban | H + F (N=740 ; ≥ 60 ans) Durée 2 ans | Perception des bénéfices de l'arrêt |
| Breitling (2010) Allemagne | H + F (N=4576 ; ≥ 50-74 ans) Durée 2 ans | Consommation d'alcool faible |
| Adams (2009) GB | H + F (N=7174 ; ≥ 60 ans) Durée 4 ans | Orientation temporelle vers le futur |

PRONOSTIC DE L'ARRET (FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC)

ETAT DEPRESSIF ASSOCIE

Kenney ME, et al. *J Am Geriatr Soc* 2009 ; 43 : 1313-6

Etat dépressif chez le sujet âgé = mauvais pronostic du sevrage tabagique.

Tabagisme chez le sujet âgé : indicateur d'alcoolisation et de dépression (sévérité).

Pfaff JJ, et al. *Br J Gen Pract* 2005 ; 55 : 279-73

FORTE DEPENDANCE NICOTINIQUE ET MESUSAGE D'ALCOOL

Kim SK, et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2013 ; 56 : 213-9

118 coréens (H+F) ; âge ≥ 65 ans

Tabagisme ancien, consommation élevée
Alcoolodép. et dépression : échec de l'arrêt

Dale LC, et al. *Tob Control* 1997 ; 6 : 181-7



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

Détresse psychologique et isolement social
Déficit dans l'offre de soins
Précarité socio-économique
Faible niveau d'éducation
Indifférence vis-à-vis du tabagisme passif
Consommation d'autres SPA (alcool)

AUTRES POINTS FORTS

MOINDRE ATTENTE DE BENEFICES DE L'ARRET DU TABAC

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

MOINS DECLENCHEUR DE DECISION D'ARRET

Burns DM. *Am J Health Promot* 2000 ; 14 : 354-61

CHANCES D'ARRETS EGALES AUX FUMEURS PLUS JEUNES

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

53,3 % vs 43,5 % à 12 mois (HR = 0,90 ; IC 95% : 0,66-1,22 p=0,48)

POLITIQUE DES PRIX ET FUMEURS AGES ?

Franz GA, et al. *Public Health* 2008 ; 122 : 1343-8

Hyland A, et al. *Tob Control* 2005 ; 14 : 86-92

RECOMMANDATIONS US D'AIDE A L'ARRET, Up date 2008

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





Review

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

Susan M. Zbikowski^a, Brooke Magnusson^a, Jessica R. Pockey^b, Hilary A. Tindle^{c,1}, Kathryn E. Weaver^{b,1}

^a Alere Wellbeing (formerly Free & Clear), 999 Third Avenue, Suite 2100, Seattle, WA 98104, USA

^b Department of Social Sciences and Health Policy, Wake Forest School of Medicine, Medical Center Blvd, Winston-Salem, NC, USA

^c Department of Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA Zbikowski SM, et al. *Maturitas* 2012 ; 71 : 131-41

REVUE DE LA LITTÉRATURE (13 études)

Etudes randomisées-contrôlées âge > 50 ans

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

Etudes conduites aux USA

Evaluation de l'arrêt à 6 et 12 mois

Association de médicaments et TCC

RESULTATS

Conseil d'arrêt/matériel auto-assistance/TCC faible intensité : efficacité (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 efficaces (OR=1,18 à 1,27) et bien tolérés.

Conseil (5A)+ lignes de soutien+ médicaments d'aide : efficaces (≥ 65 ans)

Intérêt de formations courtes sur l'aide à l'arrêt en gériatrie.

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



PRISE EN CHARGE PRATIQUE

SUBSTITUTS NICOTINIQUES

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

Arrêt à 6 mois (OR=4,36 ; 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

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 et assurer de sa disponibilité

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

ARRANGE

→ Planifier le suivi



A. CROIZET. Sevrage tabagique de fumeurs d'âge ≥ 60 ans (vs âge < 60 ans).
Etude rétrospective - consultants Dispensaire Emile Roux - Clermont-Ferrand (01-01-1999/31-12-2006). Prix mémoire DIU Tabacologie SFT-2010.

| | Age < 60 (N=1 056) | Age ≥ 60 (N=128) | P value |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------|--------------|
| Tabagisme (c/j) | 25 | 23 | NS |
| Tabagisme (PA) | 27 | 48,6 | < 0,0001 |
| FTND | 7,3 | 7,4 | NS |
| Tent. d'arrêt (%) | 82 | 81,2 | NS |
| Path. Cardio/Pneumo. (%) | 46,7 | 82 | < 0,0001 |
| Dép. JO-HAD (%) | 34,2 | 43 | 0,05 |
| Anx. JO-HAD (%) | 18,6 | 28,1 | 0,01 |
| Cannabis Alcool (%) | 24,6 | 32 | NS |
| Motivation (Richmond) | - | - | NS |
| TNSTD JO (mg) | 25,8 | 27,7 | NS |
| TNS durée (semaines) | 14 | 18,7 | 0,003 |
| IRS (%) | 50 | 62,5 | 0,008 |
| IRS durée (mois) | 6,4 | 8,5 | 0,0007 |
| Prise de poids (%) | 58,2 | 53,1 | NS |
| Prise de poids (Kg) | 3,9 | 4,5 | NS |
| ARRET à 12 mois (%) | 33,8 | 46 | 0,006 |



CONCLUSION

Le tabagisme des sujets âgés ne doit pas être négligé.

La prise en charge : principes habituels de l'aide à l'arrêt.

Même efficacité des traitements (fumeur âgé vs fumeur plus jeune).

L'arrêt du tabac s'accompagne de bénéfices pour la personne âgée.

Les acteurs du soin en gériatrie et en addictologie doivent collaborer.

