



HAL
open science

**Tabagisme et sevrage tabagique des plus de 75 ans :
Etude d'une population issue d'une maison médicale en
milieu semi-rural - 103 patients**

Caroline Mangin-Valdenaire

► **To cite this version:**

Caroline Mangin-Valdenaire. Tabagisme et sevrage tabagique des plus de 75 ans : Etude d'une population issue d'une maison médicale en milieu semi-rural - 103 patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732505

HAL Id: hal-01732505

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732505v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Caroline MANGIN VALDENNAIRE

Le 20 octobre 2009

TABAGISME ET SEVRAGE TABAGIQUE DES PLUS DE 75 ANS

**ETUDE D'UNE POPULATION ISSUE D'UNE MAISON MEDICALE
EN MILIEU SEMI-RURAL
103 PATIENTS**

Examineurs de la thèse :

Monsieur François PAILLE
Monsieur Raymund SCHWAN
Monsieur Bruno CHENUÉL
Monsieur Jean-Marie HEID

Professeur	Président
Professeur	Juge
Professeur	Juge
Docteur en médecine	Juge

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Caroline MANGIN VALDENNAIRE

Le 20 octobre 2009

TABAGISME ET SEVRAGE TABAGIQUE DES PLUS DE 75 ANS

ETUDE D'UNE POPULATION ISSUE D'UNE MAISON MEDICALE
EN MILIEU SEMI-RURAL
103 PATIENTS

Examineurs de la thèse :

Monsieur François PAILLE
Monsieur Raymond SCHWAN
Monsieur Bruno CHENUÉL
Monsieur Jean-Marie HEID

Professeur	Président
Professeur	Juge
Professeur	Juge
Docteur en médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE- Jean-Marie ANDRE- Daniel ANTHOINE -Alain BERTRAND- Pierre BEY-Jean BEUREY
Jacques BORRELLY-Michel BOULANGE-Jean-Claude BURDIN- Claude BURLET- Daniel BURNEL-Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE- Gérard DEBRY- Jean-Pierre DELAGOUTTE- Emile de LAVERGNE- Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC- Jean DUHEILLE- Adrien DUPREZ- Jean-Bernard DUREUX- Gabriel FAIVRE- Gérard FIEVE- Jean FLOQUET
Robert FRISCH- Alain GAUCHER- Pierre GAUCHER- Hubert GERARD- Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ- Oliéro GUERCI- Pierre HARTEMANN- Claude HURIET- Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT-Pierre LANDES-Alain LARCAN- Marie-Claire LAXENAIRE-Michel LAXENAIRE- Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN- Bernard LEGRAS- Michel MANCIAUX- Jean-Pierre MALLIÉ- Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN-Pierre NABET-Jean-Pierre NICOLAS-Pierre PAYSANT-Francis PENIN-Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN- Guy PETIET- Luc PICARD- Michel PIERSON- Jean-Marie POLU-Jacques POUREL- Jean PREVOT
Antoine RASPILLER- Michel RENARD-Jacques ROLAND- René-Jean ROYER- Paul SADOUL- Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET- Danièle SOMMELET- Michel STRICKER- Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX- Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT- Paul VERT- Colette VIDAILHET- Michel VIDAILHET- Michel WAYOFF- Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYART

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE – Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKY – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous section : (Biologie cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédéric CLAUDOT

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgences ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Pierre BEY – Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean FLOQUET – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre président de Thèse,

Monsieur le Professeur François PAILLE
Professeur de Thérapeutique

Nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le Jury.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce projet.

Nous avons apprécié votre compétence et vos conseils pour la réalisation de ce travail et la qualité de vos enseignements au cours de notre cursus médical, c'est l'occasion pour nous d'exprimer à votre égard notre grande considération.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
Professeur de Psychiatrie et d'Addictologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et nous vous en remercions.

Soyez assuré de notre respect et de toute notre considération.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL

Professeur de Physiologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et nous vous en remercions.
Nous avons pu apprécier votre gentillesse, vos conseils précieux et vos encouragements.
Nous vous prions de trouver l'assurance de notre grande reconnaissance et de notre
profond respect.

A notre Juge et Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID

Médecin généraliste

Nous vous sommes reconnaissants d'être à l'origine de ce travail.

Nous vous remercions pour vos précieux conseils et votre investissement au cours de sa réalisation. Découvrir la médecine générale à vos côtés fût un réel plaisir. Nous avons pu apprécier vos qualités de pédagogue et vos valeurs humaines. Vous avez su transmettre votre amour pour la profession.

Nous vous adressons nos plus chaleureux remerciements.

A Mme Le Docteur Clothilde LATARCHE,

D'une aide très précieuse pour l'élaboration des questionnaires et l'analyse statistique.
Nous avons apprécié votre disponibilité, votre compétence et votre efficacité.

**A tous les enseignants du DIU de Tabacologie et notamment aux Pr Elisabeth Quoix et au
Dr PEIFFER**

Pour la qualité de leurs enseignements.

Témoignage de ma sincère admiration et de mon profond respect.

A mes parents,

Merci pour votre amour, votre confiance et vos encouragements pendant toutes ces années,
Vous nous avez transmis des valeurs humaines importantes et le goût du travail.

Merci Papa pour ton optimisme en toutes circonstances,

Merci Maman pour ta grande générosité et tes qualités de rigueur nécessaires pour cette profession et ce travail.

A mon mari, Philippe

Pour ton amour, ta tendresse, ton aide et tes encouragements constants...

Pour ta présence et ta patience à mes côtés.

Merci pour le bonheur partagé tous les deux.

A mes sœurs, Sophie et Lucie

Pour leur soutien, leur confiance et leur complicité

A ma famille et belle famille,

Pour leur soutien, leur gentillesse et leur présence.

Merci pour tous ces bons moments passés à vos côtés et pour les prochains épisodes à venir.

A tous les " copains " de promotion,

Qui ont fait de ces études un temps presque trop court...

Pour tous ces merveilleux souvenirs ensemble...

Aux amis vosgiens de longue date,

Pour leur présence en toutes circonstances, que notre amitié dure toujours.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABAGISME ET SEVRAGE TABAGIQUE DES PLUS DE 75 ANS

ETUDE D'UNE POPULATION ISSUE D'UNE MAISON MEDICALE
EN MILIEU SEMI-RURAL
103 PATIENTS

INTRODUCTION.....	4
ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE.....	6
1 EPIDEMIOLOGIE.....	6
1.1 RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES.....	6
1.2 SPECIFICITE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS.....	7
1.2.1 Age de la 1 ^{ère} cigarette :.....	9
1.2.2 Durée de la consommation :.....	9
1.2.3 Modes de consommation :.....	9
1.2.4 Nombre moyen de cigarettes.....	10
1.2.5 Age moyen à l'arrêt.....	10
1.2.6 Tentatives de sevrage.....	10
1.2.7 Motivations à l'arrêt :.....	10
1.2.8 Méthode de sevrage envisagée :.....	11
1.2.9 Dépendance.....	11
1.2.10 Déterminants sociodémographiques.....	12
1.2.11 Santé physique sociale et mentale.....	12
1.2.12 Réussite des sevrages après 75 ans :.....	13
2 CONSEQUENCES MEDICALES DU TABAGISME.....	15
2.1 CANCERS.....	15
2.2 MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	16
2.3 MALADIES RESPIRATOIRES.....	17
2.4 OSTÉOPOROSE.....	17
2.5 PROBLÈMES VISUELS.....	18
2.6 FONCTIONS COGNITIVES ET MALADIES NEUROLOGIQUES.....	18
2.7 VIEILLISSEMENT CUTANE.....	18
2.8 PROBLEMES DIGESTIFS.....	19
2.9 SUR LE PLAN NUTRITIONNEL.....	19
2.10 POLYMEDICATION EFFETS INDESIRABLES.....	19
2.11 ALLERGIES ET PATHOLOGIES INFECTIEUSES.....	19
3 BENEFICES DE L'ARRÊT:.....	20
3.1 AMELIORATION DE L'ESPERANCE DE VIE.....	20
3.2 LES PHENOMENES DE RECUPERATION PHYSIOLOGIQUE.....	23
3.3 CANCERS.....	23
3.4 MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	25
3.5 MALADIES RESPIRATOIRES.....	25
3.6 OSTÉOPOROSE.....	26
3.7 GAIN EN QUALITE DE VIE.....	27
4 PROPOSITIONS POUR FAVORISER LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LES PLUS DE 75 ANS.....	28
4.1 LEGISLATION.....	28
4.1.1 La loi Veil.....	28
4.1.2 La loi Evin.....	28
4.1.3 Le Plan cancer et la Loi du 31 juillet 2003.....	28
4.1.4 Le décret du 15 novembre 2006.....	29
4.2 LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES AGEES.....	30
4.3 LE SEVRAGE.....	32
4.3.1 Le rôle du médecin généraliste.....	33
4.3.1.1 Repérage des fumeurs, conseil minimal et mise en place du sevrage.....	33
4.3.1.2 Evaluation de la dépendance.....	35
4.3.1.3 Mesure du CO.....	36
4.3.1.4 Stratégies thérapeutiques chez les personnes âgées.....	37
4.3.2 Méthodes non médicamenteuses.....	37
4.3.2.1 Psychothérapie de soutien.....	37
4.3.2.2 Entretiens motivationnels.....	37
4.3.2.3 Thérapies comportementales.....	37

4.3.3	Méthodes médicamenteuses	38
4.3.3.1	Dérivés nicotiniques TSN (Traitements par Substituts Nicotiniques)	38
4.3.3.2	Le Bupropion (Zyban®)	39
4.3.3.3	La varénicline (Champix®).....	40
4.3.4	Prise en charge à long terme	41
5	LES PROBLEMES DE LA PRISE EN CHARGE DES PLUS DE 75 ANS	42
5.1	DIMENSION ETHIQUE	42
5.2	DU CÔTÉ DES MÉDECINS	42
5.2.1	Méconnaissances des bénéfices à l'arrêt et manque de temps	42
5.2.2	Représentations des vieux fumeurs.....	43
5.2.3	Peur de perdre des patients ou crainte de se sentir mal à l'aise avec la question du tabagisme.....	44
5.2.4	Manque de confiance en la réussite.....	45
5.2.5	Statut tabagique du médecin	45
5.2.6	Conseils à l'arrêt délivrés par les médecins généralistes aux plus de 75 ans.....	45
5.3	DU COTE DES PATIENTS.....	46
5.3.1	Représentations culturelles du tabac	46
5.3.2	Réticences à l'arrêt et motivations à poursuivre.	46
5.3.3	Perceptions des risques et méconnaissances.....	48
5.3.4	Facteurs influençant l'arrêt :.....	48
	ETUDE PERSONNELLE	51
	<i>OBJECTIFS DE L'ETUDE</i>	<i>51</i>
	<i>ETUDE DE PATIENTS.....</i>	<i>51</i>
1	MATERIEL ET METHODES.....	51
1.1	METHODES DE SELECTION.....	51
1.1.1	Population étudiée	51
1.1.2	Critères d'inclusion et de non inclusion	51
1.1.3	Taille de l'échantillon.....	52
1.1.4	Recueil	52
1.2	METHODES D'OBSERVATION.....	52
1.3	ANALYSE STATISTIQUE.....	53
2	RESULTATS	54
2.1	DESCRIPTION DES PATIENTS.....	54
2.1.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	57
2.1.2	Antécédents.....	57
2.1.3	Habitudes de vie	60
2.1.4	Consommation et histoire tabagique	63
2.2	COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES ENTRE FUMEURS ET EX-FUMEURS	69
3	DISCUSSION	74
	<i>ETUDE DES MEDECINS GENERALISTES.....</i>	<i>86</i>
1	MATERIEL ET METHODES.....	86
1.1	METHODES DE SELECTION.....	86
1.1.1	Population étudiée	86
1.1.2	Critères d'inclusion et de non inclusion	86
1.1.3	Taille de l'échantillon.....	86
1.1.4	Recueil	86
1.2	METHODES D'OBSERVATION.....	86
1.3	ANALYSE STATISTIQUE.....	87
2	RÉSULTATS.....	87
2.1	DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS.....	87
2.2	CONNAISSANCES SUR LES BENEFICES A L'ARRET (Q2)	89
2.3	RETICENCES DU CORPS MEDICAL (Q3)	89
2.4	RETICENCES DES PATIENTS (Q4)	90
2.5	IDEES REÇUES : (Q5)	90
2.6	ATTITUDES ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES (Q6).....	91

2.7	DEMANDE DE SEVRAGE CHEZ LES PATIENTS :	91
2.8	ATTITUDE VIS-A-VIS DU SEVRAGE CHEZ LES PLUS DE 75 ANS : (Q7-8)	91
2.9	CRITERES POUR S'INTERESSER AU TABAGISME DES PLUS VIEUX : (Q9)	92
2.10	ARGUMENTS A METTRE EN AVANT POUR ENCOURAGER AU SEVRAGE : (Q10).....	93
2.11	OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE : (Q11).....	93
2.12	MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LE SEVRAGE CHEZ LES PLUS DE 75 ANS : (Q12)	93
3	DISCUSSION	94
PERSPECTIVES		100
CONCLUSION		102
BIBLIOGRAPHIE.....		103
ANNEXES.....		109
ANNEXE: 1:	.....	109
ANNEXE: 2	.....	110
ANNEXE: 3 :	.....	111
ANNEXE: 4.....	.....	114
ANNEXE: 5 :	.....	116
ANNEXE: 6.....	.....	117
ANNEXE: 7 :	.....	121
ANNEXE: 8 :	.....	122
ANNEXE: 9 :	.....	124
ANNEXE: 10.....	.....	127
ANNEXE: 11 .....	.....	131

INTRODUCTION

En tant que principale cause de mortalité et de morbidité évitable, -60000 décès par an auxquels il faut ajouter 5000 décès liés au tabagisme passif- le tabagisme représente une priorité nationale de santé publique en matière de prévention.

Les effets néfastes sur la santé ne sont plus à démontrer. Depuis plusieurs années, se sont succédés lois, campagnes de prévention et d'incitation au sevrage, hausse des prix des cigarettes pour tenter de contrer ce fléau... Ces nombreuses interventions ont pour objectif d'empêcher ou de retarder le début du tabagisme pour contrer ses effets dévastateurs et de limiter l'instauration d'une dépendance. Elles ont donc la particularité de cibler les populations jeunes.

Peu de données statistiques concernent les personnes âgées, seules quelques unes ont étudié les plus de 75 ans. Par ailleurs, les plus âgés semblent être exclus par ces campagnes de prévention et de sensibilisation aux méfaits du tabac. Chez les plus de 75 ans, le tabac fait l'objet d'interventions minimales souvent citées comme recommandations de bonne pratique mais sans réel support adapté à cette tranche d'âge. Il s'agit plutôt d'une prévention secondaire axée sur la santé globale : activité physique, équilibre alimentaire, réduction des risques liés à l'environnement. Les progrès en matière de dépistage et de prévention semblent ainsi profiter essentiellement aux populations actives malgré le fait que les pathologies dépistées et notamment celles liées au tabagisme constituent une cause majeure de morbi-mortalité après 65 ans.

En France, aucune étude épidémiologique ne s'intéresse spécifiquement à cette population âgée, mais qu'en est-il réellement ? Quelle est la prévalence du tabagisme chez les plus âgés ?

Quel est le profil des fumeurs de plus de 75 ans ? Y a-t-il une particularité de cette population imposant une prise en charge spécifique ?

L'étude des consommations au sein de cette tranche de la population pourrait sembler anecdotique. Pourtant avec l'évolution démographique liée au vieillissement de la génération du baby-boom, le nombre de fumeurs âgés ne fait que croître. L'aide au sevrage nécessite alors plus d'attention. Si le nombre de fumeurs augmente dans cette tranche d'âge, le pourcentage d'arrêt du tabac aura une réelle répercussion. La question sous jacente est de savoir s'il est pertinent de proposer des conseils d'arrêt ou de réduction de la consommation au sein d'une population qui a adopté ce comportement depuis de nombreuses années et qui a une espérance de vie finalement très réduite.

Enfin, pourquoi cette tranche de la population a-t-elle été oubliée des messages de prévention ? Y a-t-il un désintérêt des acteurs de prévention ? Quels sont les freins à la prise en charge du tabagisme des personnes âgées ?

Ce travail a pour objectif de réaliser une enquête de prévalence du tabagisme chez les plus de 75 ans issus d'une patientèle de quatre médecins généralistes installés dans une maison médicale à Senones (88) au moyen d'un questionnaire. Cette enquête nous permettra non seulement d'évaluer le statut tabagique des patients mais également de caractériser ces

fumeurs, et d'analyser leurs connaissances en ce qui concerne les risques du tabac et les moyens disponibles pour le sevrage.

La deuxième partie de notre étude s'intéressera plus particulièrement à l'attitude des médecins généralistes face au tabagisme des plus de 75 ans à partir d'un questionnaire du type Connaissance Attitudes et Pratiques.

Ce travail nous permettra alors de confronter les besoins et l'intérêt du sevrage tabagique chez les plus de 75 ans aux pratiques médicales généralistes et finalement de proposer une prise en charge adaptée à cette population spécifique.

ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

1 EPIDEMIOLOGIE

Tous les cinq ans, l'INPES publie le Baromètre Santé qui examine les attitudes et les comportements de santé des français de 12 à 75 ans. Ainsi, les données de la bibliographie française concernent en général la population des 12-75 ans ayant donc pour limite supérieure la limite inférieure de notre étude.

Pour éviter des biais de recrutement trop importants, les plus de 75 ans sont en général exclus du fait des troubles auditifs dont ils souffrent. En effet, cela entraîne des difficultés de recueil puisque les informations sont obtenues par téléphone. De plus, les personnes n'ayant pas le téléphone ou vivant en maison de retraite ne sont pas interrogées [73].

1.1 RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES

Depuis quelques années et notamment grâce aux différentes campagnes de sensibilisation, la tendance actuelle, au niveau national, est une diminution de la prévalence de la consommation de tabac.

En 2005, 29,9% des 12-75 ans déclarent fumer contre 33,1% en 2000 soit une baisse de 10%.

Parmi ces fumeurs, 5% sont des fumeurs occasionnels c'est-à-dire fumant moins d'une cigarette par jour. Si la proportion d'hommes reste toujours majoritaire -33,3% vs 26,5% des femmes-, la tendance à la baisse n'est pas uniforme. Du côté des hommes, la prévalence des fumeurs a pratiquement été divisée par deux au cours des 30 dernières années. En revanche, du côté des femmes cette diminution est plus lente et s'est amorcée plus tardivement en 1991 lors de la mise en place de la loi Evin.

De façon schématique, les hommes se répartissent en un tiers de fumeurs, un tiers de fumeurs sevrés et un tiers de non fumeurs. Du côté des femmes, on compte un quart de fumeuses, un quart de fumeuses sevrées et la moitié de non fumeuses.

Du fait des mesures de prévention, on constate une augmentation de la part des anciens fumeurs (29,3% vs 28% en 2000) et des personnes n'ayant jamais fumé (42,8% vs 38,9% en 2000) [46].

Statut tabagique des 12-75 ans

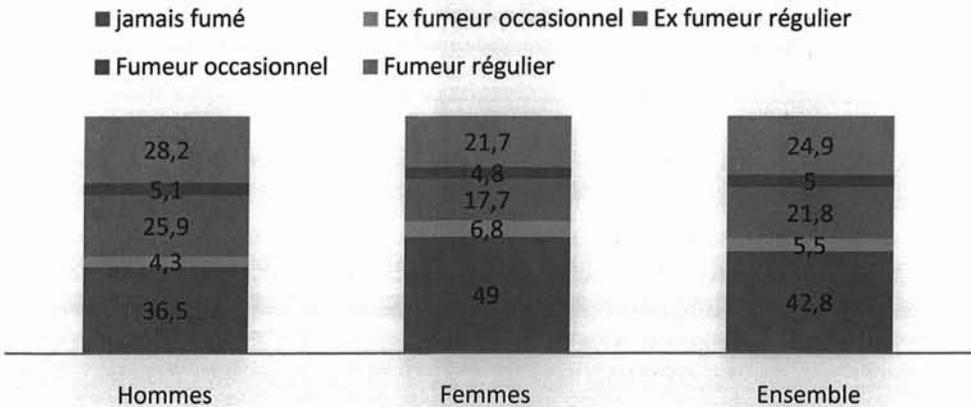


Figure 1 : Statut tabagique des 12-75 ans en pourcentage-Baromètre Santé 2005. [46]

1.2 SPECIFICITE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS

A l'image de la population générale, la prévalence a tendance à diminuer chez les personnes âgées.

Le nombre de fumeurs chez les plus de 75 ans est compris **entre 8 et 12%** dans les pays occidentaux d'après les données de la littérature [38].

Aux Etats-Unis, 10,5% d'hommes et 10,7% de femmes de plus de 65 ans sont fumeurs [10].

Au Canada, certains chiffres, publiés par la Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de Santé publique du Canada lors d'ateliers sur le tabagisme et le renoncement au tabac annoncent 13% de fumeurs chez les plus de 75 ans [3].

En France, l'étude PAQUID (QUID des Personnes Agées), une étude de cohorte ayant suivi 4134 personnes de 1988 à 2003, étudie le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans de personnes originaires de Gironde et de Dordogne. Cette étude s'intéresse aux facteurs de risque de la démence et recense le caractère fumeur des patients. On compte alors, chez les hommes, 16,7% de fumeurs, 55,8% d'anciens fumeurs et 27,5% de non fumeurs. Chez les femmes, ces taux sont respectivement de 4,2%, 6,8% et 89%. Une différence significative de survie y a été démontrée entre les fumeurs, les anciens fumeurs et les non fumeurs [11].

Les raisons de la diminution de la prévalence du tabagisme sont nombreuses.

La proportion de fumeur diminue simplement du fait de l'âge. En effet à partir de 40 ans, la consommation de tabac diminue régulièrement [62].

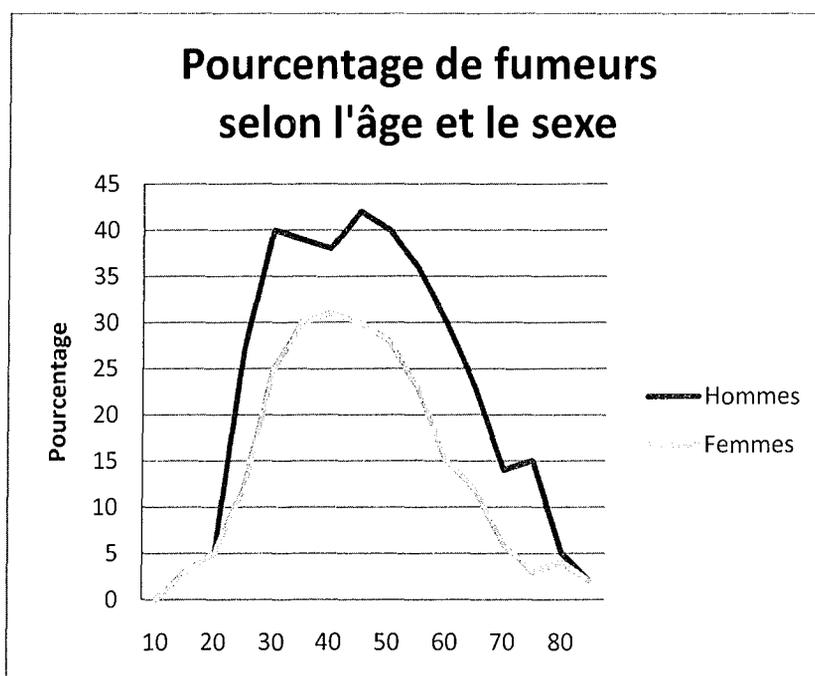


Figure 2 : Enquête sur la santé et la protection sociale, 2000 CREDES publié dans *Gérontologie et société* n°105 [62]

Ainsi, sur 33,3% de fumeurs et 26,5% de fumeuses chez les 12-75 ans, on ne compte plus que respectivement 17,8% et 8,7% entre 56 et 65 ans et 9,7% et 6% entre 66 et 75 ans

[46]. **La prévalence atteint alors moins de 10% pour les hommes à 75 ans et moins de 5% pour les femmes** selon l'enquête du CREDES en 2000 (enquête sur la santé et la protection sociale). Parmi les générations « grosses utilisatrices » d'avant-guerre, la proportion de fumeurs a donc considérablement diminué. Pour la génération née dans les années trente, la proportion de fumeurs est passée de 49% en 1980 (ils étaient quadragénaires) à 17% en 2000 (ils étaient alors sexagénaires) [5].

Toutefois, comme la population actuelle est vieillissante on constate aussi une augmentation proportionnelle du nombre de fumeurs dans ces classes d'âge [74].

Depuis toujours, on constate une diminution de la prévalence avec l'âge et le tabagisme est alors décrit comme un comportement de population jeune [73]. Si cette diminution s'expliquait initialement par le fait que ces tranches d'âge ont toujours été non fumeuses (génération épargnée), on l'explique actuellement plutôt par le fait que la majorité d'entre eux est soit sevrée, soit déjà décédée et donc non comptabilisée dans les anciens fumeurs. En effet, on ne comptabilise que les fumeurs « survivants » au moment de l'enquête... Et on sait pertinemment que dans les populations de plus de 65 ans il y a une surmortalité liée aux méfaits du tabac. **A 75 ans, plus de la moitié des fumeurs est déjà décédée d'une maladie attribuable au tabagisme [3].**

Initialement, les comportements face au tabac étaient très différents chez les hommes et chez les femmes. Chez les seniors, la majorité des fumeurs sont des hommes mais cette réalité va bientôt s'inverser. Parmi les personnes de plus de 75 ans, donc nées avant 1935, la proportion de femmes n'ayant jamais fumé est proche de 70% contre 25% chez les hommes. Progressivement et surtout à partir des années 50, après la seconde Guerre Mondiale, la population féminine a été contaminée par ce fléau. Ainsi, les comportements se sont homogénéisés entre hommes et femmes [62].

Pour l'instant, au sein de la population féminine, la faible prévalence est donc toujours plus marquée puisque les générations les plus anciennes étaient épargnées par le tabac. Mais du fait d'une espérance de vie supérieure chez les femmes, **la proportion de fumeuses tend à augmenter [74].** De plus, la proportion de fumeuses diminue moins rapidement comparativement aux fumeurs. En effet, certaines études montrent que ce sont surtout les femmes qui poursuivent le tabagisme [67] [77]. Pour expliquer ce phénomène, diverses raisons sont invoquées et notamment le fait que les femmes sont plus stressées par leurs problèmes personnels et familiaux [77].

Au-delà de 55 ans, la majorité des hommes sont donc d'anciens fumeurs : 54,7% pour les 56-65 ans et 60,1% pour les 66-75 ans.

Entre 55-75 ans, 59% sont ex-fumeurs depuis plus de 20 ans. **La proportion de nouveaux ex-fumeurs diminue avec l'âge.** Si entre 55-64 ans on compte 13% d'ex-fumeurs qui ont arrêté de fumer il y a moins d'un an, entre 65-75 ans cette proportion n'est plus que de 1% ce qui semble indiquer qu'**au-delà de 65 ans, la proportion de fumeurs qui arrête de fumer est particulièrement faible même si des tentatives d'arrêt sont menées [62].** Il semble que les seniors qui envisagent d'arrêter de fumer le font seul, et souvent leurs essais échouent. Effectivement, peu de propositions d'aides au sevrage leur sont offertes.

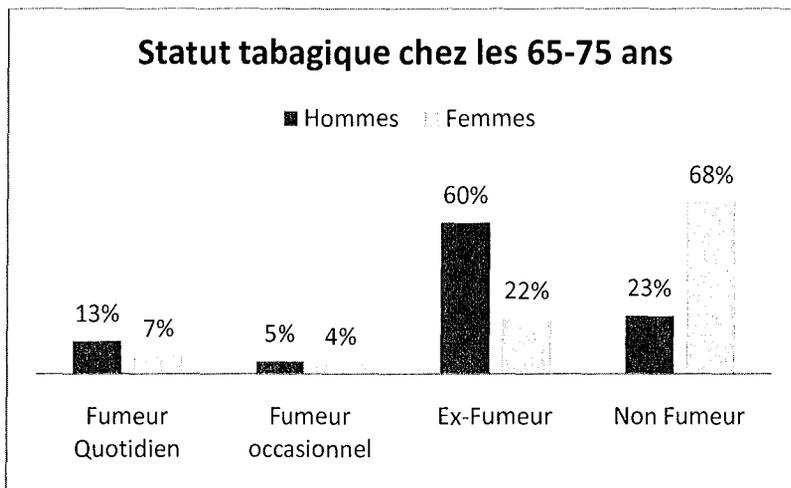


Figure 3 : Statut tabagique chez les 65-75 ans (en %) publié dans *Gérontologie et société* n°105 [62].

1.2.1 Age de la première cigarette :

Pour les personnes nées dans les années 1930-1940, l'âge moyen de la 1^{ère} cigarette se situe autour de **18 ans** (16,8 ans pour les hommes et 20,5 ans pour les femmes). Le début du tabagisme régulier est situé avant 22 ans chez les hommes et autour de 28 ans chez les femmes. En 50 ans, l'âge moyen de la première cigarette a baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes et tandis que l'âge du tabagisme régulier a chuté de neuf ans [46].

1.2.2 Durée de la consommation :

Chez les 55-75 ans, la durée de consommation est assez longue avec une moyenne de **44 ans** pour les fumeurs actuels et 23 ans pour les anciens fumeurs [73].

Dans une étude suisse s'intéressant uniquement aux femmes fumeuses, une équipe a mis en évidence une durée de consommation de 51 ans de tabagisme chez les femmes de plus de 65 ans [38].

1.2.3 Modes de consommation :

Dans la population générale et chez les plus vieux, la consommation de cigarettes reste largement majoritaire (87,8%) [46]. Les personnes âgées qui fument ont toutefois des modes de consommation un peu différents. En effet, on note une proportion nettement plus élevée de fumeurs de tabac brun (46% contre 11% des 18-54 ans) et de cigarettes sans filtre (27% contre 10% chez les hommes ; chez les femmes, les proportions sont respectivement de 7% et 0,3%) [62].

Selon une enquête de l'Observatoire Régional de la Santé, **37%** des fumeurs de 55-75ans **fument la pipe** contre 6% des 18-54 ans et un fumeur sur dix fume des cigares ou des cigarillos. La consommation de tabac à chiquer est désormais anecdotique [41].

Une autre particularité importante chez les plus vieux : **70% des fumeuses âgées ont une consommation de cigarettes légères.** [38] [62].

1.2.4 Nombre moyen de cigarettes

Les fumeurs de 55-75 ans déclarent en moyenne fumer **16 cigarettes par jour**. « Les données de l'enquête des franciliens montrent que le nombre de cigarettes fumées chaque jour augmente avec le nombre d'années de tabagisme et que, à durée de tabagisme comparable, cette consommation est d'autant plus élevée que la consommation quotidienne a commencé jeune » [62].

A tout âge, la consommation des hommes est supérieure à celle des femmes : l'écart croît de 2,5 à 3,5 cigarettes entre les deux sexes entre 20 et 55 ans. Toutefois, cet écart diminue ensuite et devient inférieur à une cigarette chez les 66-75 ans.

Dans l'étude de Donzé en Suisse, on observe une moyenne de 12 cigarettes par jour plus ou moins 8, chez les fumeuses de plus de 65 ans [38].

Aux Etats Unis, les chiffres publiés chez les 50-74 ans sont de 21-22 cigarettes par jour. Là aussi, on ne note pas de différence entre les sexes [67].

1.2.5 Age moyen à l'arrêt

Les différentes études situent l'âge moyen à l'arrêt entre 35 et 40 ans [46].

Une étude de cohorte met en évidence que la proportion des fumeurs ayant arrêté de fumer dépasse 50% à l'âge de 50 ans. Pour les personnes sevrées de plus de 70 ans, l'arrêt date pour 76.5% d'entre elles de plus de 10 ans [73].

1.2.6 Tentatives de sevrage

La plupart des fumeurs désire arrêter de fumer (60-70%) et la majorité a d'ailleurs déjà essayé [10]. D'une manière générale, 3 fumeurs sur 4 ont déjà tenté d'arrêter. On compte en moyenne 4 tentatives par personne. Seulement, ces données concernent des arrêts courts. Ainsi, les trois quarts des patients parviennent à ne plus fumer pendant au moins une semaine. Mais ces tentatives ne dépassent pas trois mois dans la moitié des cas [46].

Chez les 55-75 ans, les tentatives d'arrêt sont très nombreuses également, 79% des fumeuses et 67% des fumeurs. Dans l'étude de Donzé, un tiers des femmes a fait une tentative de sevrage au cours de l'année [38]. Mais ces tentatives ne sont pas souvent efficaces à long terme. Ainsi, comme nous l'avons dit ci-dessus, au-delà de 65 ans, on compte un très faible pourcentage d'arrêt définitif [62].

Il est donc intéressant de noter que plus d'un fumeur sur quatre n'a jamais essayé d'arrêter.

Comparativement, chez les 18-24 ans, 44% n'ont jamais essayé d'arrêter alors que leur durée de consommation de tabac est 7 fois inférieure (5 ans contre 35 ans) [62].

Ainsi, malgré plus de temps et d'opportunités pour arrêter, les tentatives de sevrage chez les vieux fumeurs ne sont pas plus nombreuses [67].

1.2.7 Motivations à l'arrêt :

La majorité des fumeurs (60-70%) déclare avoir envie d'arrêter mais sans réel projet. Ce sont surtout les fumeurs occasionnels qui ont des projets de sevrage.

Un fumeur sur cinq indique ne pas avoir l'intention de s'arrêter dans les six prochains mois et un sur sept déclare avoir la ferme intention de s'arrêter [46]. Les patients motivés à

l'arrêt sont quasiment aussi nombreux chez les 21-49 ans que chez les 50-74 ans (50% vs 54%) [67].

Chez les plus de 75 ans, une étude menée aux Etats Unis (incluant 215 patients) annonce plus de 72% des patients motivés pour un sevrage et ayant fixé une date d'arrêt [79]. Pourtant, d'autres études chiffrent à moins de 30%, le nombre de patients de plus de 75 ans susceptibles d'arrêter de fumer [39].

En ce qui concerne les motivations, elles sont nombreuses et dominées dans la population générale, par la peur de tomber malade, l'augmentation du prix des cigarettes, la prise de conscience des conséquences, une naissance et à minima par la lassitude.

Chez les personnes les plus âgées, les motivations sont quasiment similaires. L'étude de Tait publiée en 2006 s'intéresse à l'efficacité des interventions chez les personnes âgées. Elle a recensé les motivations à l'arrêt des plus de 75 ans. Parmi elles et par ordre de priorité, on retrouve des **inquiétudes par rapport à l'état de santé, la peur de nuire à son entourage et de montrer un mauvais exemple, l'envie de faire des économies**, une lassitude liée aux mauvaises odeurs du tabac et l'influence de l'entourage qui critique ce comportement [79].

Cependant, certaines publications affirment que les fumeurs âgés déclarent souvent que rien ne pourra les inciter à arrêter de fumer. Moins d'un quart des plus de 75 ans seraient prêt à arrêter dans les trois prochains mois [3].

1.2.8 Méthode de sevrage envisagée :

Quand on interroge les fumeurs sur la méthode de sevrage envisagée en cas d'arrêt, ils **projettent d'arrêter seuls dans quasiment 70% des cas**. Ce sont surtout les femmes qui évoquent une aide médicalisée.

Les fumeurs privilégient également un arrêt radical dans quasiment 50% des cas plutôt qu'une diminution progressive (23,3% des cas). Le recours aux thérapeutiques n'est évoqué que dans un quart des situations [46].

Dans l'étude de Donzé, 75% des femmes ont signalé avoir arrêté de leur propre initiative [38]. Les personnes âgées quant à elles sont très ouvertes aux propositions de sevrage, mais les études indiquent que les médecins n'ont que peu tendance à encourager les personnes âgées dans cette démarche [38] [51] [75].

1.2.9 Dépendance

Concernant la dépendance au tabagisme chez les plus de 75 ans, l'hypothèse la plus souvent mise en avant est que les fumeurs poursuivent leur consommation car ils sont très dépendants. Ce sont des fumeurs invétérés non sensibilisés par les différents messages de prévention et ne sont certainement pas prêts à se sevrer [3].

Pourtant de nombreuses études étrangères ont mis en évidence une **dépendance inférieure chez les personnes âgées et notamment chez les femmes**. (Étude de Donzé : 78% des femmes ont une dépendance faible à la nicotine : moins de 5% d'entre elles ont fumé leur première cigarette dans la première demi heure suivant le réveil et plus de la moitié d'entre elles fument moins de 10 cigarettes par jour.) [38] [39].

En France, la dépendance est évaluée dans le Baromètre santé 2005 [46] par le mini Fagerström. (cf Annexe 1) Ainsi 47,7% des fumeurs réguliers sont dépendants (51% des

hommes vs 43,6% des femmes). Cette proportion dépend également de l'âge et augmente régulièrement jusqu'à 45 ans en culminant à 57,4% puis amorce une décroissance lente. Entre 66 et 75 ans, 42,1% des hommes et 49,6% des femmes sont alors dépendants. Il est intéressant de noter que c'est la seule tranche d'âge où la dépendance des femmes est supérieure à celle des hommes [46].

1.2.10 Déterminants sociodémographiques

D'après le baromètre santé 2005 [46], il apparaît que la catégorie socioprofessionnelle n'a que peu d'influence sur le fait de fumer. Toutefois, il est vrai que les chômeurs fument davantage. Cependant, d'autres études comme celles de l'expertise de l'INSERM en 2004 [52], font état d'une forte hiérarchie entre la catégorie socioprofessionnelle et la consommation de tabac : « le tabagisme augmente quand le niveau socioéconomique diminue et quand la personne est confrontée à des difficultés familiales ou sociales » [62]. Chez les personnes âgées, il semble tout de même que les fumeurs soient issus de milieux sociaux plus précaires. Les milieux sociaux les plus favorisés bénéficient d'un meilleur accès à la prévention ce qui les incite à se sevrer.

Quant au tabagisme féminin, il concernait initialement les catégories socioprofessionnelles élevées. Mais rapidement, la diffusion s'est faite à l'ensemble de la population féminine. Et finalement, ce sont les catégories socioprofessionnelles élevées qui ont davantage abandonné ce comportement.

En ce qui concerne le statut marital, les fumeurs sont **majoritairement célibataires**. Lorsqu'ils sont mariés, la plupart du temps leur conjoint fume également [73].

1.2.11 Santé physique sociale et mentale

Différentes études ont utilisé le score de Duke (cf Annexe : 2) pour évaluer la santé physique mentale et sociale chez les personnes dépendantes à l'alcool, au tabac et aux psychotropes. Nous nous intéresserons uniquement au tabac.

Une fois contrôlés les effets de l'âge et du sexe, le **score de santé physique** chez les 60-75 ans dépendants au tabac est en **moyenne inférieur de 7 ou 8 points** par rapport à leurs pairs non dépendants. Ce moindre score traduit surtout des difficultés pour se mouvoir (difficultés, pour courir ou monter les escaliers...) [13]. De même, les **scores de santé mentale** évalués par des questions sur les états anxieux ou dépressifs **sont également inférieurs** chez les personnes dépendantes au tabac.

Si certains individus anxieux ou dépressifs trouvent parfois un exutoire dans l'usage du tabac, inversement, certaines études suggèrent que le tabac peut favoriser ou du moins entretenir ces états. Le score de **santé sociale** intègre des appréciations sur les rapports avec autrui et sur les loisirs effectués lors de la semaine précédente. Il apparaît alors que **les personnes âgées dépendantes au tabac se caractérisent par leur faible niveau de sociabilité**. En effet, au cours de la semaine précédente, 26% n'ont rencontré ni famille, ni amis et 56% n'ont eu aucune activité de groupe ou de loisir contre 18 et 44% des seniors. Ainsi, contrairement au tabagisme des adolescents décrit régulièrement comme un facteur socialisant, le tabagisme des personnes âgées serait plutôt un facteur d'exclusion. Avec la loi interdisant de fumer dans les lieux publics, les fumeurs âgés s'isolent chez eux pour fumer. Ce phénomène est peut être lié au fait que la population est moins tolérante vis-à-vis des fumeurs âgés-qui devraient être plus conscients des risques encourus- et donc les rejette plus aisément. Cette relation traduit probablement un cercle vicieux plutôt qu'un lien causal simple. Le fait d'être fumeur engendrerait donc un rejet par les autres et

conséquemment, cette exclusion, provoquant, l'isolement et l'ennui, favoriserait le tabagisme.

L'isolement des fumeurs est également lié au fait que 34% d'entre eux ont connu une rupture sentimentale (divorce ou veuvage) contre respectivement 27% des autres personnes âgées. De plus, il semble que les fumeurs âgés soient plutôt citadins (60%) et résident souvent seuls 25% vs 20% des autres seniors [13].

Santé mentale, physique et sociale sont intimement liées. Les difficultés physiques peuvent empêcher les sorties et donc les rencontres. Mais lorsque l'on intègre l'effet du score de santé physique, les individus dépendants au tabac ont toujours un score de santé sociale inférieur [13]. Enfin, Ossip Klein qui s'est largement intéressé au tabagisme des plus âgés décrit que les personnes âgées fumeuses se sentent en moins bonne santé que leurs pairs [69]. Les données objectives semblent montrer que le fait d'être fumeur pénalise socialement et serait plutôt mal vu.

Paradoxalement, dans l'étude de Donzé, près de deux tiers des fumeuses se considèrent en bonne ou très bonne santé [38]. Les fumeurs semblent alors peu conscients de cette marginalisation "sociale" et se perçoivent également en bonne santé.

Ainsi, ces deux tendances antagonistes contribuent sans doute à occulter le sevrage tabagique chez les fumeurs.

1.2.12 Réussite des sevrages après 75 ans :

En réalité il n'existe que très peu d'études qui analysent le taux de succès des personnes âgées mais il est vrai que chez les personnes âgées motivées **le taux de réussite est équivalent voire supérieur aux plus jeunes et peut atteindre 15% à 20%** [3] [28].

Au cours de l'étude de Donzé, pendant un suivi de 3 ans, 15% des femmes ont réussi à arrêter de fumer après 65 ans. Ces succès se sont produits lorsque ces femmes étaient faiblement dépendante, fumaient moins d'une cigarette par jour, avaient déjà réussi à arrêter au cours de périodes plus ou moins longues et pensaient qu'il n'était pas difficile de s'arrêter. Paradoxalement seulement 11% de ces arrêts ont eu lieu après l'intervention et les conseils d'un médecin traitant et 3/4 des femmes ont indiqué avoir arrêté de leur propre initiative. Cependant il faut dire que ces femmes, par l'intermédiaire de cette enquête étaient sensibilisées à l'arrêt du tabac [38] [75].

Une autre étude réalisée aux Etats Unis a mis en évidence que les femmes âgées parvenaient plus facilement à se sevrer que les plus jeunes. Ainsi, on retrouve des pourcentages de réussite à 6 mois de 52% chez les femmes âgées versus 40% chez les plus jeunes et 52% vs 38% à un an [39].

L'efficacité des différentes méthodes de sevrage est variable. Elle est de 1% pour les documents écrits, 2% pour le conseil minimal, 5 à 12% pour les traitements pharmacologiques comme les substituts nicotiques ou le bupropion et de 13 à 19% lorsqu'on associe aux traitements pharmaceutiques un soutien psychologique.

Globalement, il a été mis en évidence que les différentes interventions sont efficaces chez les adultes et chez les personnes âgées.

Dans l'étude de Tait, 29% des personnes âgées ont arrêté de fumer. 76% ont utilisé des substituts nicotiques avec une préférence pour les patchs. Dans le groupe témoin où aucune intervention n'a été faite il n'y a eu aucun arrêt spontané [79].

En effet, les personnes âgées qui utilisent des aides au sevrage ont des taux de réussite plus importants. Entre 1/5 et 1/3 des tentatives se fait avec aide [3]. Avec les substituts nicotiniques, le taux de succès est encore plus important soit 20% [28].

Dans une autre étude, D.Ossip Klein et ses collaborateurs ont évalué des méthodes d'auto-assistance à l'arrêt (self help) chez les personnes de plus de 75 ans. Chaque personne qui participait à l'étude recevait le manuel Clear Horizons et avait accès gratuitement à une Hotline. Clear Horizons est un manuel distribué par un Institut de lutte contre le cancer à Philadelphia, qui délivre des messages de prévention et des aides pour initier et maintenir le sevrage. Ils ont comparé différentes méthodes pour encourager l'arrêt telles que l'envoi de mails, ou des conseils donnés régulièrement par téléphone après 4 et 8 semaines après le début de l'étude. Les résultats de ces méthodes ont montré des taux d'abstinence plus importants et notamment chez les hommes. De plus, une différence entre ces deux moyens et selon le sexe a été mise en évidence. Ainsi les hommes ont été plus abstinents suite à des conseils reçus par mails, soit avec un support écrit, tandis que les femmes ont été plus sensibles aux appels téléphoniques. 42% des personnes ont fait appel à la hotline ce qui représente une part plus importante que chez les jeunes fumeurs. Ainsi, ces **conseils téléphoniques ou ces envois de mails sont prometteuses chez les personnes âgées** lorsqu'ils sont associés à l'utilisation d'un guide pour arrêter et des services d'une hotline [69].

Toutes ces études résumées, dans la méta analyse de Doolan sont la preuve que les personnes âgées peuvent arrêter de fumer dans des proportions non négligeables du moment qu'on les y incitent et qu'elles sont sensibles aux messages de prévention. Elles peuvent profiter de leur santé et des bénéfices à l'arrêt. Ainsi il faut donc encourager les personnes âgées au sevrage en mettant en place un travail de prévention de la part des soignants pour inclure le conseil à l'arrêt dans la consultation de routine.

2 CONSEQUENCES MEDICALES DU TABAGISME

Les nombreuses études qui se sont intéressées à l'impact sanitaire du tabagisme aux maladies liées au tabac ne sont plus à démontrer. Toutefois, il reste utile de les citer succinctement et d'en expliquer brièvement les mécanismes.

Les maladies induites par le tabagisme des fumeurs engendrent une surmortalité. Ainsi, en moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt prématurément des causes de son tabagisme et la moitié des décès se situent entre 35 et 69 ans. Cette mortalité causée par le tabac conduit à une perte considérable d'espérance de vie pour les fumeurs, de huit ans en moyenne, mais pour un quart d'entre eux, cette perte d'espérance de vie serait de vingt ans environ [62]. D'autres études réalisées aux Etats Unis annoncent des chiffres de perte d'espérance de vie de 13.2 et 14.5 ans en moyenne chez les hommes et les femmes respectivement [39].

Les complications liées au tabac commencent à apparaître 20 à 30 ans après le début du tabagisme mais il faudra presque 60 ans pour évaluer l'ensemble des conséquences du tabagisme dans une génération [62]. Les femmes sont actuellement moins touchées que les hommes car les femmes qui ont 70 ans aujourd'hui sont peu nombreuses à avoir fumé. En revanche, le nombre de décès féminins par cancer du poumon devrait augmenter dans les années à venir. En 2025, il devrait égaler le nombre de décès par cancer du sein (ce qui est déjà le cas aux Etats Unis).

Il est toutefois très difficile de dire et de savoir dans quelle proportion le tabagisme est responsable des décès surtout au sein des populations vieillissantes où de nombreux autres facteurs interviennent. Mais sachant que les délais entre l'initiation du tabac et l'apparition d'une maladie liée au tabac sont particulièrement longs, les personnes âgées sont au premier plan pour souffrir des complications du tabac [39].

2.1 CANCERS

La majorité des cancers ont une incidence plus élevée dans les populations fumeuses. Plus que le nombre de cigarettes par jour, c'est la durée et la précocité du tabagisme qui sont incriminés.

Le rapport du Surgeon General publié en 2004 récapitule l'implication du tabagisme dans le développement d'un certain nombre de cancers et notamment :

- Le cancer du poumon

- Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, larynx et œsophage)

- Le cancer de la vessie

- Le cancer du rein

- Le cancer du pancréas

- Le cancer du col de l'utérus

- Le cancer du pancréas

- Le cancer de l'estomac

- Le cancer hépatique

- Le cancer du sein

- La leucémie myéloïde aiguë

En France, en ce qui concerne les décès, le tabac est imputable dans 33% des cancers chez l'homme et 10% chez la femme [49].

Certaines données de la littérature s'intéressent alors à la fraction attribuable du tabac sur les différents cancers.

LOCALISATION DU CANCER	HOMMES			FEMMES		
	FA%	Cas	Décès	FA%	Cas	Décès
CAVITÉ BUCCALE	63 %	3 531	854	17 %	266	71
PHARYNX	76%	5619	1943	44%	367	138
OESOPHAGE	51%	2065	1777	34%	319	239
ESTOMAC	31 %	1 405	981	14 %	373	288
FOIE	38 %	1 882	1 884	17 %	164	273
PANCREAS	25%	673	904	17%	373	546
LARYNX	76%	2932	1291	65%	234	97
POUMONS	83%	19216	17089	69%	3178	2939
REINS	26%	1403	499	12%	343	127
VESSIE	53%	4742	1715	39%	702	396
COL UTÉRIN				23%	777	336
TOTAL		43468	28933		7096	5450
% TOUS CANCERS		27%	33%		6%	10%

Tableau 1 : Fraction attribuable, incidence et mortalité dues au tabagisme en France pour l'année 2000 - Source : IARC 2007 [49]

Sur l'ensemble des cancers diagnostiqués après 70 ans, dans un quart des cas, le tabac est incriminé [74].

2.2 MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Le tabagisme est reconnu comme un puissant facteur de risque cardiovasculaire indépendamment d'une hypertension ou d'une dyslipidémie existante. En effet, il favorise l'athérosclérose et est impliqué dans des pathologies comme les coronaropathies, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), les accidents vasculaires cérébraux (surtout hémorragique) et les anévrysmes de l'aorte abdominale [14]. L'étude de Framingham a montré, après un suivi de 14 ans, que les fumeurs développaient deux fois plus souvent des signes d'artérite des membres inférieurs que les non-fumeurs. Cette pathologie est pourtant largement sous estimée car 60 à 80% des patients sont asymptomatiques. La prévalence est d'environ 18% chez les plus de 65 ans. Les claudiquants ont une espérance de vie inférieure de 50% à 10 ans par rapport à des témoins. D'où l'importance d'un dépistage précoce qui passe par la mesure de l'indice de pression systolique. IPS rapport entre la PAS à la cheville et la PAS humérale (normal entre 0.9 et 1.4 ; Se 95%, Sp 90%) [23] [64].

Le tabac est également associé à un risque accru de mort subite. Sur les 60000 décès liés au tabac chaque année, 22 à 25% meurent de pathologies cardiovasculaires [1].

2.3 MALADIES RESPIRATOIRES

Le tabagisme est également mis en cause dans les pathologies respiratoires telles que la bronchite chronique obstructive, l'emphysème, l'insuffisance respiratoire et l'asthme.

Les grosses particules de la fumée de cigarette se fixent dans les voies aériennes supérieures hautes, tandis que les plus fines arrivent jusqu'aux bronchioles terminales où le débit d'air est très lent. Elles se fixent alors au mucus produit par les glandes. Grace aux cellules ciliées, ce tapis mucociliaire permet de remonter les sécrétions bronchiques dans l'arbre respiratoire. La fumée du tabac, contenant un certain nombre d'irritant supprime le mouvement des cils puis entraîne leur destruction. Ainsi, on assiste à une augmentation des résistances dans les voies aériennes et la toux devient le seul recours pour éliminer les particules polluantes. Parallèlement, sous l'effet de la fumée, les cellules glandulaires sécrètent des quantités excessives de mucus. Puis, la poursuite de l'irritation va modifier l'épithélium, en profondeur, entraînant l'apparition de métaplasies qui feront le lit des cancers bronchiques. Les alvéoles quant à elles, ne possèdent pas de cils et le système d'épuration y est assuré par des macrophages qui phagocytent les particules les plus fines. Chez le fumeur, le nombre des macrophages est très augmenté mais ils sont incapables d'assurer leur fonction d'épuration.

L'encombrement des bronches par les sécrétions gêne l'écoulement de l'air dans les voies respiratoires. Sur le plan fonctionnel, l'atteinte se mesure par la diminution du VEMS au cours de la spirométrie, qui permettra de définir la BPCO. A un stade plus avancé, l'afflux des macrophages va altérer les fibres élastiques et conduit à l'emphysème. Les parois des alvéoles disparaissent entraînant la diminution de la capacité vitale au profit d'une augmentation du volume résiduel. Les échanges gazeux sont modifiés par la présence du CO qui a une affinité supérieure pour l'hémoglobine. Le manque chronique d'oxygène conduit à la polyglobulie qui empêchera l'apport d'oxygène dans les tissus profonds.

L'évolution de ces pathologies respiratoires va conduire au stade d'insuffisance respiratoire et au recours à l'oxygénothérapie longue durée [32].

2.4 OSTÉOPOROSE

Le retentissement osseux du tabagisme est établi depuis plus de 10 ans. En effet, la méta analyse de Law et Hackshaw en 1997 a montré l'existence d'un effet majeur du tabagisme sur la densité minérale osseuse (DMO) et sur le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur ESF chez les deux sexes. Bauer et coll. en 1993 n'ont pas trouvé de relation nette entre le nombre de paquet-années (PA) et la masse osseuse. En revanche, si le nombre de PA (intensité du tabagisme) ne semble pas avoir une grande influence, la durée de l'intoxication pourrait être un facteur majeur comme le montre l'absence de déminéralisation osseuse chez des sujets fumeurs âgés de 21 à 23 ans, étude de cohorte pendant 14 ans par Fehily et coll 1992 [42]. Même s'il est évident que l'âge intervient également.

Cette relation Tabac DMO serait en fait significative dès la préménopause.

En ce qui concerne le risque relatif de fracture, il augmente régulièrement à partir de 50 ans : Risque Relatif RR= 1,17 à 60 ans ; 1,41 à 70 ans 1,71 à 80 ans et 2.08 à 90 ans [63].

On attribue ainsi au tabagisme 13% des fractures de l'ESF chez la femme [15] [53].

Chez l'homme, on retrouve les mêmes conclusions.

Tout comme le risque de fracture de l'ESF, le risque de fracture vertébrale est aussi augmenté.

2.5 PROBLÈMES VISUELS

Le tabagisme est également un facteur aggravant du vieillissement prématuré de l'œil. Le tabac provoque un stress oxydant au niveau de la rétine et du cristallin. Ceci a pour conséquences d'augmenter les radicaux libres et de diminuer les défenses antioxydantes. Si le tabac est un facteur aggravant dans les pathologies telles que la cataracte, il est reconnu comme l'un des principaux facteurs étiologiques de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

L'étude française Pola (pathologies oculaires liées à l'âge), montre que les fumeurs ont 4 fois plus de risque de DMLA que les non-fumeurs. Une étude menée par la Nurse Health Study a démontré que les femmes fumeuses de plus de 20 cigarettes par jour ont un RR de 2,4, les ex fumeuses un RR de 2, comparativement aux femmes qui n'ont jamais fumé. [25].

2.6 FONCTIONS COGNITIVES ET MALADIES NEUROLOGIQUES

Pendant longtemps, on a pensé que le tabac, en tant que stimulant intellectuel, pouvait avoir un rôle protecteur vis-à-vis des démences. On avait même essayé d'utiliser la nicotine comme thérapeutique. En fait, les études transversales qui avaient décrit un effet positif du tabagisme n'avaient pas pris en compte un certain nombre de facteurs confusionnels tels que le niveau d'étude. Dans les publications plus récentes, le tabac est associé à un risque accru de développer une maladie d'Alzheimer [30].

En revanche en ce qui concerne la maladie de Parkinson, il a clairement été mis en évidence une amélioration de la symptomatologie par utilisation de substituts nicotiniques.

2.7 VIEILLISSEMENT CUTANE

L'apparition de rides est le plus connu des marqueurs du vieillissement chez les humains. Elle est accélérée par la cigarette, chez les blancs essentiellement, mais aussi par l'exposition aux rayons solaires. Il y a, une potentialisation des deux facteurs tabac et soleil qui agiraient en activant les gènes codant pour les métalloprotéases, enzymes destructrices du collagène. En effet, la nicotine et ses dérivés potentialisent l'effet des UV. L'altération des tissus conjonctifs est probablement liée à la toxicité des radicaux libres dont la production serait induite par le tabac [35].

Si le vieillissement cutané est l'expression visible du vieillissement on peut aussi remarquer une diminution de la répartition des graisses et de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) avec le tabagisme et avec l'âge.

De plus, les altérations vasculaires périphériques provoquées par le tabac participent à l'altération du vieillissement cellulaire. Le tabac ayant une activité antioestrogénique, renforce le phénomène d'altération du tissu conjonctif qui se manifeste aussi par une atrophie, atonie, un dessèchement et une pâleur de la peau [35].

Le tabac entraîne également d'énormes retards à la cicatrisation par atteinte de la microcirculation. Cet aspect pourra alors être néfaste au sein des populations âgées qui souffrent plus facilement de plaies chroniques.

2.8 PROBLEMES DIGESTIFS

L'œsophage est atteint indirectement lorsque les produits de la fumée sont déglutis. Il s'ensuit une irritation des muqueuses à l'origine d'œsophagite et de gastrite qui pourront conduire jusqu'à l'ulcère.

Le tabagisme est un facteur de résistance aux traitements de l'ulcère gastroduodéal, il augmente également le risque de récurrence et est responsable de la majorité des perforations [32].

2.9 SUR LE PLAN NUTRITIONNEL

L'effet coupe faim de la cigarette a largement été démontré. Chez les personnes âgées, cela peut parfois être néfaste si elles sont déjà dénutries...le mauvais état bucco-dentaire va également renforcer le problème [74].

2.10 POLYMEDICATION EFFETS INDESIRABLES

Le tabac peut interférer avec les métabolismes de certains médicaments et notamment ceux ayant comme médiateurs le cytochrome p 450. Ce mécanisme est « dose dépendant » et touche alors essentiellement les grands fumeurs. C'est le cas de certains antihypertenseurs, du dextropropoxyphène, des corticoïdes inhalés, de l'héparine, des benzodiazepines, les antiH2...En stimulant la glycolyse, la nicotine diminue l'effet de l'insuline et par mécanisme de vasoconstriction, l'absorption peut être diminuée. Ainsi, on a pu constater des besoins en insuline jusqu'à 30% plus élevés chez les fumeurs surtout si l'injection se fait dans les 30 minutes suivant la dernière cigarette [74].

Par conséquent, il sera nécessaire de rester vigilant et d'adapter les doses de médicaments en cas de tabagisme, voire de modifier le traitement en utilisant un médicament sans interaction connue avec le tabac. Ce sera d'autant plus difficile chez les personnes âgées qui sont polymédiquées...En effet, plus de 85% des personnes âgées, interrogées au cours d'une enquête au Canada, étaient sous traitement et parmi elles, plus de 56% recevaient au moins deux molécules différentes [3] [77].

2.11 ALLERGIES ET PATHOLOGIES INFECTIEUSES

On note une plus grande prévalence d'allergie et de pathologies infectieuses chez les fumeurs du fait d'une pénétration particulièrement facile des allergènes dans les muqueuses abimées par le tabac. En effet, les pathologies type eczéma de contact, dermatite atopique et psoriasis sont plus fréquentes [20].

3 BENEFICES DE L'ARRET:

Les bénéfices liés à l'arrêt du tabac ont été mis en évidence en termes de mortalité et de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Quel que soit l'âge et même après des décennies de tabagisme, il y a toujours des bénéfices à l'arrêt. En effet, en cas d'arrêt, les conséquences de l'imprégnation tabagique sont le plus souvent réversibles [7] [8]. Plus que la quantité, c'est la durée du tabagisme qui est nocive. En effet, doubler la quantité journalière de cigarettes, multiplie le risque de cancer par deux, alors que doubler la durée, multiplie le risque par 20. Ainsi, arrêter de fumer diminue la durée du tabagisme et permet donc de supprimer l'augmentation du risque [33].

Ces bénéfices ont été mis en évidence dès 1990 par le rapport du Surgeon General qui prônait l'arrêt du tabac quelque soit l'âge et la présence ou non de complications liées au tabac.

3.1 AMELIORATION DE L'ESPERANCE DE VIE

Le principal bénéfice à l'arrêt est donc la suppression de l'exposition. Quel que soit l'âge, le risque de développer ou de décéder de maladies associées au tabagisme est toujours réduit de manière significative, mais dépend essentiellement des dommages effectifs au moment du sevrage. D'où l'intérêt, comme le rappelle la conférence de consensus de l'ANAES de 1998 d'arrêter le plus tôt possible et « **quel que soit l'âge, encourager et inciter à l'arrêt permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour la santé** » [7]. Ainsi, les bénéfices attendus seront tant du domaine de la qualité que de la quantité de vie [74].

L'arrêt du tabagisme, même chez les plus âgés, aboutit à un gain d'espérance de vie qui reste toutefois plus faible que pour les générations plus jeune [62] [79]. **Le sevrage tabagique à 60, 50, 40 ou 30 ans augmente respectivement l'espérance de vie de 3, 6, 9 ou 10 ans** [46].

Plusieurs études se sont donc intéressées aux bénéfices de l'arrêt du tabac. L'étude de Doll et Peto, une étude de cohorte qui avait suivi de 34439 médecins britanniques pendant plus de 50 ans, a permis de comparer les risques liés au tabagisme. Elle a d'abord mis en évidence que les **fumeurs meurent en moyenne 10 ans plus tôt que les non fumeurs**.

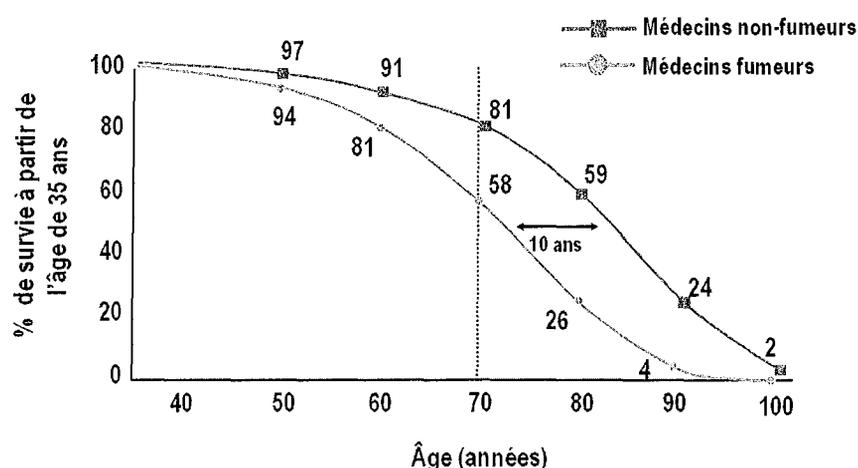


Figure 4 : Courbes comparant la survie des médecins britanniques fumeurs et non fumeurs à partir de 35 ans [37]

De plus, elle a permis de comparer les risques en fonction de l'ancienneté de la dépendance et de mesurer la réduction de ces risques en fonction de l'âge de l'arrêt. Le critère de mesure principal était la mortalité globale liée au tabagisme en fonction de l'âge.

On a ainsi observé que les ex-fumeurs qui cessent de fumer relativement tard, c'est-à-dire après 65ans (moyenne 71 ans) ont un taux de mortalité après 75 ans inférieur à celui des fumeurs. Il est donc bénéfique d'arrêter de fumer est donc bénéfique quel que soit l'âge. Le bénéfice sera d'autant plus grand que le sevrage surviendra précocement. Cette étude a donc permis de confirmer le différentiel de mortalité entre les fumeurs et les ex fumeurs même dans les classes d'âge avancé.

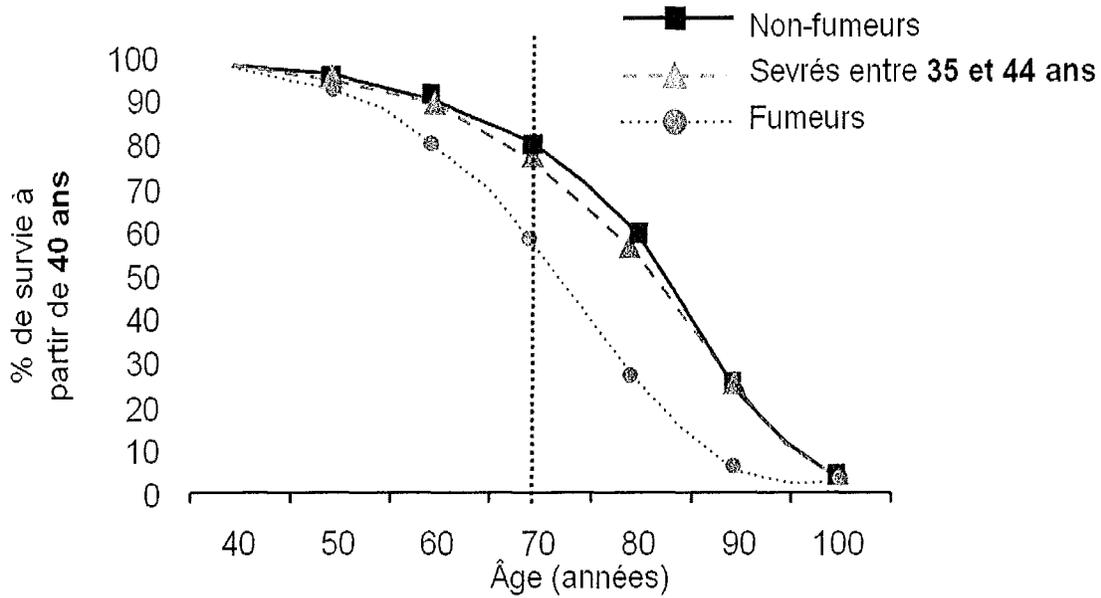


Figure 5 : Comparaison des courbes de survie des fumeurs, des non fumeurs et des patients sevrés entre 35 et 44 ans [37].

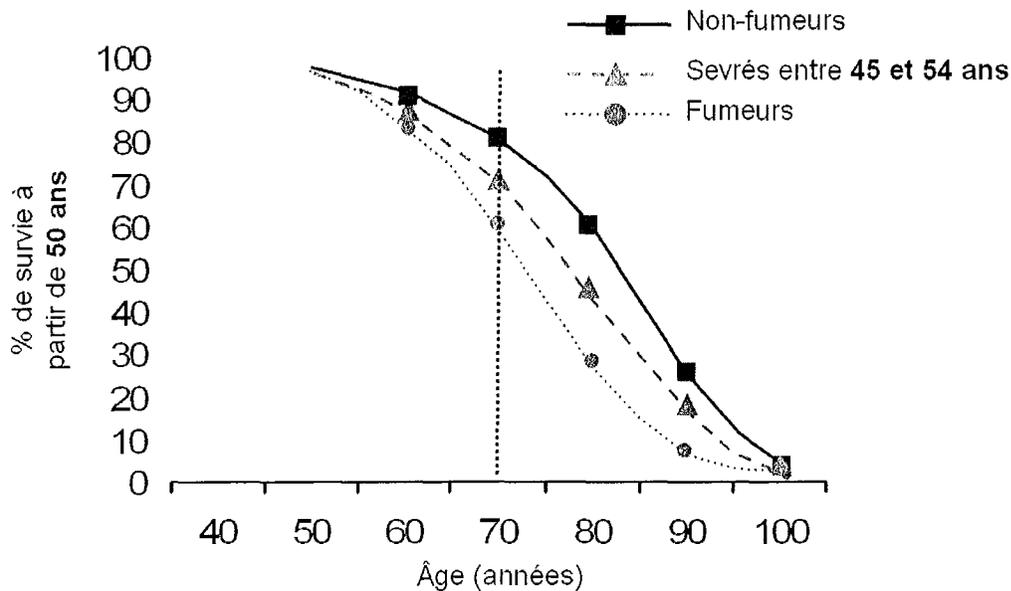


Figure 6 : Comparaison des courbes de survie des fumeurs, des non fumeurs et des patients sevrés entre 45 et 54 ans [37].

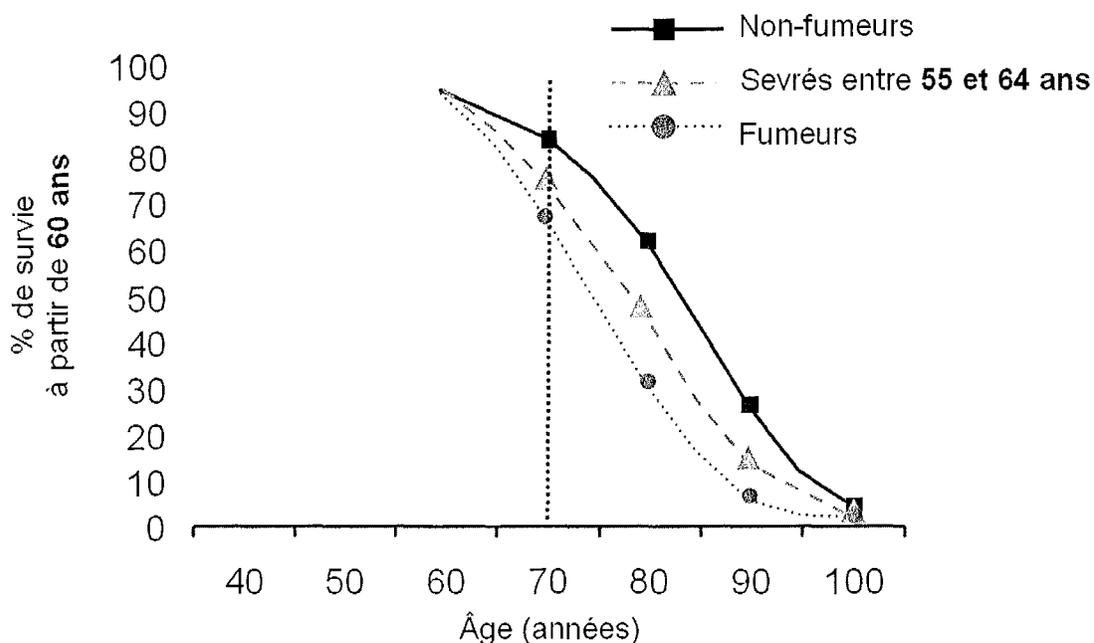


Figure 7 : Comparaison des courbes de survie des fumeurs, des non fumeurs et des patients sevrés entre 55 et 64 ans [37].

Une autre étude, réalisée aux Etats Unis dans la population générale avec un effectif supérieur à 875000 patients, a mis en évidence **chez les personnes sevrées à 65 ans un gain d'espérance de vie de 2 ans pour les hommes et 3,7 ans pour les femmes** comparativement aux personnes qui ont poursuivi l'intoxication tabagique.

Plusieurs études mettent en évidence que le risque de décès est significativement diminué après deux ans de sevrage. Si l'arrêt du tabac même tardif influe sur l'espérance de vie, ce n'est qu'après 15 à 20 ans d'abstinence que l'espérance de vie des ex fumeurs rejoindra l'espérance de vie des non fumeurs [74]. D'ailleurs, la courbe de survie des ex-fumeurs se superpose à celle des non-fumeurs uniquement si l'arrêt a lieu à 35 ans [46].

L'arrêt du tabac entraîne également une diminution des risques de survenue ou d'aggravation des pathologies associées au tabagisme.

« Le tabagisme n'a pas d'âge alors que les risques du tabagisme se prolongent dans le 3^{ème} âge, il en va de même pour les avantages » [3].

L'arrêt du tabac entraîne une récupération plus ou moins rapide des fonctions physiologiques et une amélioration des pathologies aggravées ou codéclenchées par le tabac. La valorisation de cette récupération sera alors un argument prioritaire dans les conseils à l'arrêt surtout chez les plus âgés qui y sont particulièrement sensibles. Evidemment le niveau de récupération dépendra de l'atteinte initiale des différents organes. De plus, d'autres facteurs comme l'âge, l'hérédité, les médications associées, la durée de l'intoxication tabagique, la quantité de tabac seront impliqués dans la récupération. Certains effets bénéfiques seront immédiats et pour d'autres le temps ne suffira pas à réparer les dommages [33].

3.2 LES PHENOMENES DE RECUPERATION PHYSIOLOGIQUE

Elimination des toxines :

La première semaine suivant le sevrage, les toxines sont éliminées. Ainsi on assiste à la disparition de la nicotine et à la normalisation de la carboxyhémoglobine dans les 24 premières heures suivant l'arrêt.

Comme il existe une altération physiologique des organes des sens avec l'âge, la récupération sera parfois minime. En un mois les patients sevrés retrouvent une bonne qualité en matière de goût et d'odorat, ce qui est une des causes de la prise de poids liée au sevrage [33].

Au niveau des phanères : la peau retrouve son éclat et sa coloration en quelques semaines. Ce changement est rapidement perceptible par le patient lui-même et par son entourage ce qui constitue un point essentiel pour la motivation au maintien du sevrage. On note également une amélioration de la qualité des cheveux et une perte de la coloration brunâtre des ongles. Evidemment ces modifications ne sont pas miraculeuses et certaines rides ou certaines colorations prononcées des ongles pourront persister surtout chez les fumeurs de longue date [33] [35].

3.3 CANCERS

Les risques relatifs de cancers pulmonaires et ORL diminuent après le sevrage pour se rapprocher des non-fumeurs mais ils restent toujours supérieurs même après une abstinence de 20 à 40 ans [61]. Par rapport aux non-fumeurs, le risque relatif de cancer du poumon est égal à 16 en cas d'arrêt inférieur à 5 ans, 5 en cas d'arrêt datant de 10 à 19 ans et 1,5 au-delà de 40 ans. Le risque de développer un cancer bronchique diminue de 80% à 15 ans de sevrage mais il ne rejoindra jamais celui des non fumeurs.

De même, Peto *et al.* ont estimé le risque cumulé de cancer broncho-pulmonaire (jusqu'à l'âge de 75 ans) chez les fumeurs réguliers et chez les ex-fumeurs, en fonction de l'âge à l'arrêt : il est de 16% chez les fumeurs, de 10% chez les sujets sevrés à 60 ans, de 6% chez ceux sevrés à 50 ans et de 2% chez les patients ayant arrêté à 40 ans [46].

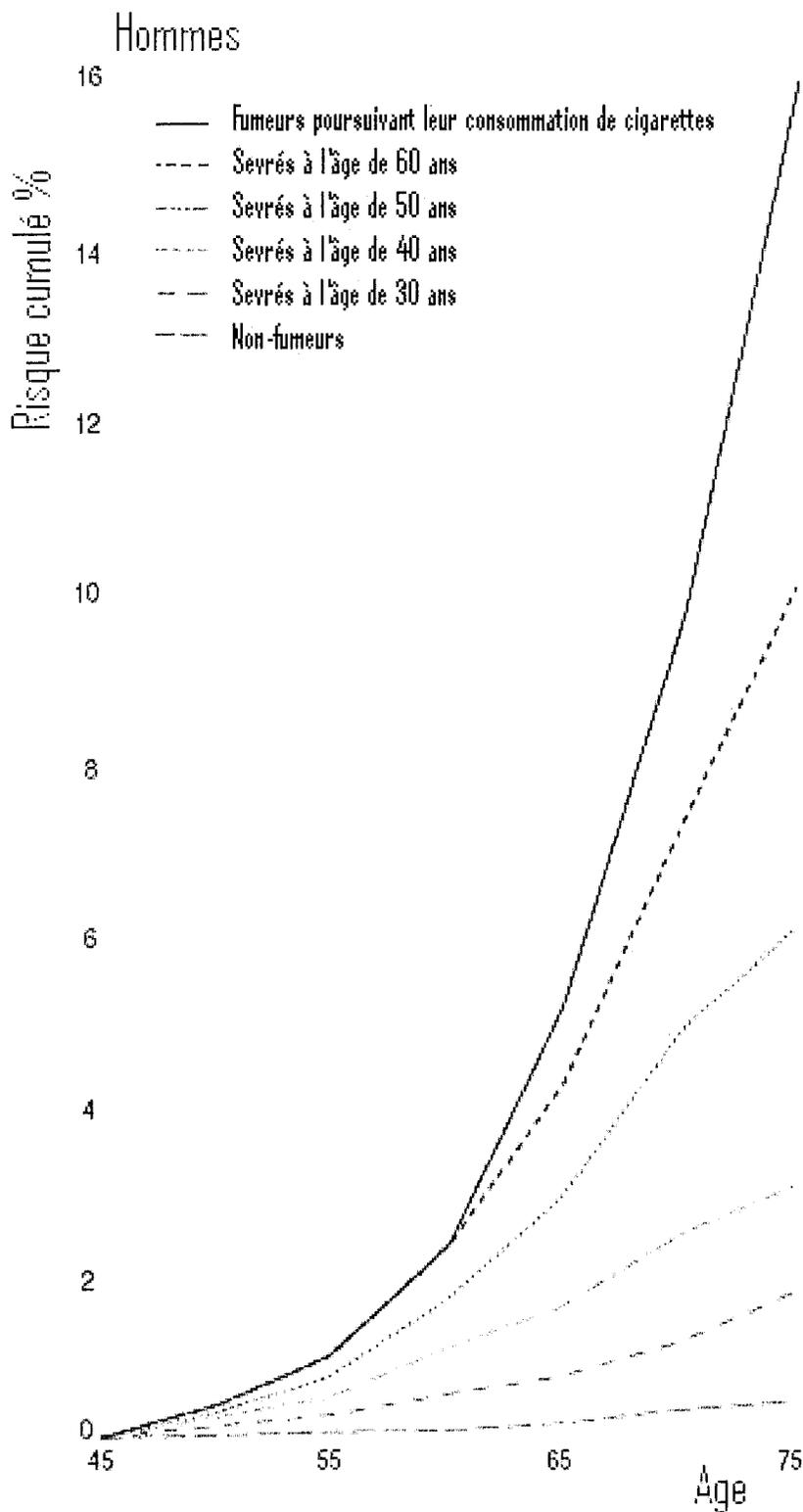


Figure 8 : Risque de décès par cancer du poumon en fonction de l'âge et du sevrage tabagique [72].

De la même manière, le risque de cancer de l'œsophage, du pancréas et de la vessie diminuent progressivement pour atteindre un niveau proche des non fumeurs au bout de 10 ans [61].

3.4 MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Le système cardiovasculaire est un des systèmes où les bénéfices sont les plus rapides à apparaître.

Selon l'étude Framingham, après le sevrage, la tension artérielle et la fréquence cardiaque se normalisent en 24 heures. Le sevrage chez les hypertendus apporte alors un bénéfice quasiment immédiat, avec une diminution du risque cardiovasculaire de 35 à 40%.

Si l'athérome ne régresse pas miraculeusement, les phénomènes de thrombose, de spasme d'arythmie ou de transport en oxygène sont rapidement réversibles. De plus, la tolérance à l'exercice augmente un an après l'arrêt du tabagisme, entraînant alors un nombre de décès moins important et une augmentation de l'espérance de vie de 4 ans chez les fumeurs de 2 paquets par jour ou plus [61].

Dans le cadre des pathologies coronariennes, le risque de morbidité et de mortalité diminue de façon très significative au cours des 2 à 4 premières années d'environ 60% puis ralentit pour atteindre un risque similaire aux personnes n'ayant jamais fumé au bout de 15 à 20 ans [1] [50].

En ce qui concerne le risque d'AVC, on note une variabilité selon les études.

Dans certaines études, le risque diminue en 5 à 10 ans pour atteindre celui observé chez les non fumeurs mais d'autres études montrent que même au bout de 15 ans d'abstinence ce risque reste toujours supérieur [50].

Pour le risque d'Anévrysme de l'Aorte Abdominale (AAA), tout comme pour le risque d'artériopathie ischémique chez les patients sains, les anciens fumeurs sont moins exposés que les fumeurs actuels. En revanche, ce risque diminue sans jamais atteindre celui des non fumeurs et ce même au bout de 20 années d'abstinence.

Pour les patients atteints d'AOMI, les études suggèrent qu'en 1 à 5 ans d'abstinence les symptômes ont diminué comparativement aux fumeurs réguliers. Les effets positifs de l'arrêt du tabac sont appréciables à court terme déjà, avec un allongement du périmètre de marche et une augmentation du taux de perméabilité des pontages périphériques. Lors du sevrage, l'augmentation du périmètre de marche est supérieure de 46 mètres chez les non fumeurs, avec des pauses moins fréquentes, liées à la douleur (9% contre 18% des fumeurs) [2]. En cas de pontage, la perméabilité des greffes veineuses fémoro-poplitées à 2 ans est moins importante chez les fumeurs (60 %) que chez les non-fumeurs ou les ex-fumeurs (90 %). On note également une diminution des épisodes douloureux et un moindre recours à la chirurgie. L'évolution est d'ailleurs moins rapide et moins sévère chez les sujets sevrés car la moyenne d'âge lors d'une amputation est de 8 années inférieures par rapport aux sujets poursuivant l'intoxication [82]. La poursuite du tabac est d'ailleurs néfaste aux thérapeutiques de l'AOMI [56]. Enfin une étude de cohorte a mis en évidence qu'après 7 années de sevrage, il n'y avait plus d'évolution de la symptomatologie chez les patients sevrés [45].

3.5 MALADIES RESPIRATOIRES

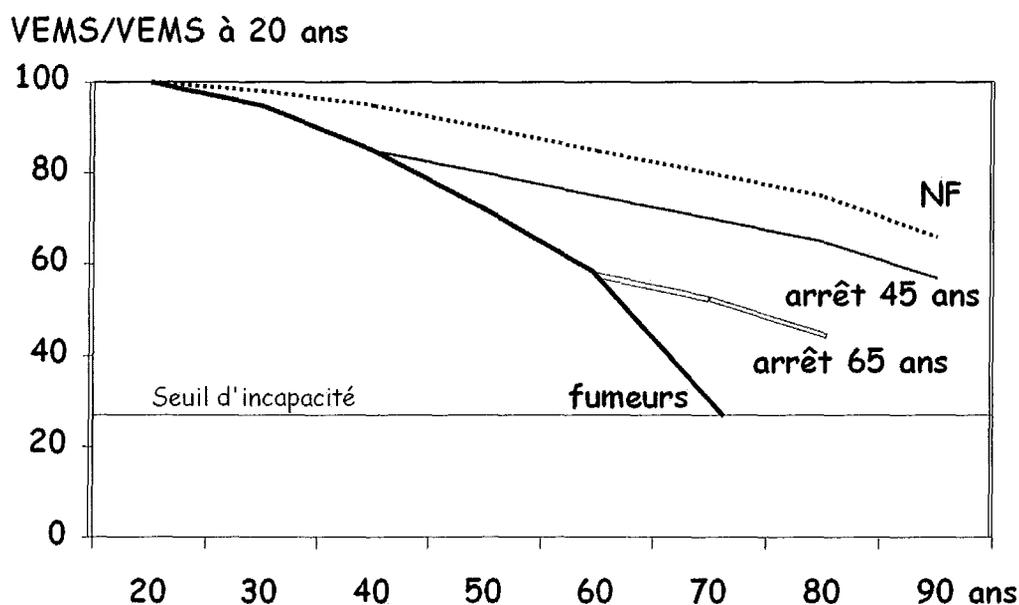
L'arrêt du tabac stabilise la fonction respiratoire à un stade d'autant moins dégradé que l'on s'est arrêté de fumer tôt [32]. Ainsi, en ce qui concerne la mortalité liée à la BPCO, elle est toujours plus élevée chez les fumeurs que chez les anciens fumeurs et que chez les non fumeurs.

Les différentes études montrent que les symptômes de la bronchite chronique disparaissent très rapidement deux mois à peine après le sevrage, mais c'est seulement

après de longues périodes d'arrêt que la prévalence de la toux chronique et de l'expectoration atteint le niveau des non fumeurs.

En 5 ans, le taux de déclin du VEMS des anciens fumeurs rejoint le VEMS physiologique lié à l'âge des personnes n'ayant jamais fumé. Lors de la 1^{ère} année d'abstinence, l'étude LHS (Lung Health Study) a même mis en évidence une augmentation du VEMS chez les patients présentant une obstruction faible à modérée, suivie les 11 années suivantes d'une décroissance égale à la moitié de celle retrouvée chez les fumeurs [50]. Le taux de décroissance du VEMS chez les hommes sevrés au début de l'étude était de 30,2 ml/an (21,5 ml/an chez les femmes) alors qu'il était de 66,1 ml/an chez ceux poursuivant le tabac au cours des 11 années de suivi (54,2 ml/an chez les femmes).

L'amélioration de la symptomatologie de la BPCO est plus marquée chez les patients s'arrêtant avant 35 ans mais est toujours mesurable chez les patients s'arrêtant à 60 ans. Elle dépend de l'âge, de la consommation antérieure et de la persistance d'une hyperréactivité bronchique [61].



D'après Fletcher C, Peto R BMJ 1977

Figure 9 : Courbes théoriques représentant la variation du VEMS en fonction de l'âge et de l'âge au sevrage tabagique.

3.6 OSTEOPOROSE

Comme nous l'avons vu précédemment, la cigarette est un facteur de risque d'ostéoporose. Il est possible d'inverser partiellement ce risque en arrêtant de fumer.

Malheureusement, l'effet du tabac persiste de nombreuses années après l'arrêt. D'après l'étude de Forsen et al, le risque reste augmenté même après 5 années de sevrage. Toutefois, il est inférieur à celui des fumeurs actuels. L'étude de Cornuz en 1999 conclut que les bénéfices à l'arrêt ne sont pas observés avant 10 ans de sevrage [29] [63].

De plus, d'après différentes études, le risque persiste plus longtemps chez les femmes que chez les hommes.

3.7 GAIN EN QUALITE DE VIE

Les bénéfiques étant précoces, l'arrêt du tabac va avoir un impact positif sur le sentiment de bien être et l'autonomie du patient. Des études comparant des fumeurs et des anciens fumeurs ont montré que les patients sevrés se sentaient en meilleure santé et moins déprimés que lorsqu'ils fumaient [79]. L'arrêt du tabac permettrait ainsi, de vieillir en meilleure santé avec moins d'incapacité (maladies respiratoires, ostéoporose) [39].

4 PROPOSITIONS POUR FAVORISER LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LES PLUS DE 75 ANS

4.1 LEGISLATION

Les intérêts économiques liés au tabac (taxes de fabrication, de distribution et de production) ont fait que les impératifs de santé publique n'ont été pris en considération que récemment. Avant 1950 peu d'études avaient démontré les méfaits du tabac. Ainsi, depuis cette période, les pouvoirs publics tentent de légiférer au sujet du tabagisme.

4.1.1 La loi Veil

En France, la première loi de lutte contre le tabagisme apparaît en 1979 avec la **Loi Veil du 9 juillet 1979** ayant pour grands axes

- Pas d'autorisation de publicité en faveur du tabac dans la presse écrite
- Inscription d'un message sanitaire sur les paquets de tabac : « abus dangereux »
- Interdiction de fumer dans les lieux d'usage collectif [60].

4.1.2 La loi Evin

En 1991, on assiste à un renforcement de l'intervention du gouvernement avec l'élaboration d'une seconde loi : **Loi Evin, loi n°91-32 du 10 janvier 1991**, relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme

Elle s'attaque aux prix, à la publicité et à la protection des non fumeurs

Hausse des prix du tabac (à partir de ce moment le prix du tabac peut augmenter sans répercussion sur l'inflation) +40% entre janvier 2003 et janvier 2004 en 3 étapes

Interdiction de toute publicité directe pour le tabac et ses dérivés

Politique d'information et de prévention : majoration des avertissements sanitaires sur les emballages

Introduction de la notion de protection des non fumeurs : interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et dans les moyens de transport collectif; aménagement d'espace fumeur avec une signalisation spécifique

Protection des mineurs : interdiction de fumer dans les lieux qui accueillent des mineurs (centres sportifs ou culturels) et dans l'enceinte des établissements scolaires, y compris dans les cours de récréations,

De façon symbolique, le 31 mai devient la « journée sans tabac » [60]

4.1.3 Le Plan cancer et la Loi du 31 juillet 2003

Dans la mouvance du plan cancer lancé début 2003 : on assiste à une relance du débat. Ainsi parmi les 70 mesures, 9 concernent le tabac:

- Rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac.
- Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.
- Mettre en place des opérations "école sans tabac".
- Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.
- Mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac.
- Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé.
- Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes.

Financer des campagnes grand public et établir des “chartes de bonne conduite” avec les médias pour les jeunes.

Utiliser l’augmentation des taxes pour financer les actions de prévention contre le cancer et de soins. [60]

D’autres mesures voient le jour :

Interdiction des ventes de tabac aux mineurs de moins de 16 ans

Interdiction des petits paquets < 19 cigarettes

Interdiction de la revente de tabac dans les manifestations culturelles et sportives

Interdiction de la publicité sur le papier à rouler et appositions de messages sanitaires sur ces emballages [60]

Malgré ces premières lois, le nombre de décès liés au tabagisme reste affligeant, chaque année, la consommation de tabac entraîne 66 000 décès dont 5000 issus du tabagisme passif. Face à ce constat, une nouvelle mesure de renforcement de l’interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif a été prise en 2006.

4.1.4 Le décret du 15 novembre 2006

Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, qui fixe les conditions d’application de l’interdiction de fumer, a prévu une mise en œuvre en deux temps :

Décrets R3511-1 à R3511-8 et R3511-13 du code de Santé publique [60] [78].

Depuis le 1er février 2007, dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l’ensemble des transports en commun, et dans toute l’enceinte (y compris les endroits ouverts telles les cours d’écoles) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l’accueil, à la formation ou à l’hébergement des mineurs. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé.

Depuis le 1er janvier 2008, dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques, sauf aménagement, éventuel, d’un emplacement réservé aux fumeurs.

Le fait de fumer dans un lieu à usage collectif, en dehors des emplacements mentionnés est puni de l’amende prévue pour les contraventions de la troisième classe soit 450 euros [60] [78].

L’interdiction de fumer gagne progressivement la sphère privée. Au Canada, dans certaines provinces, fumer dans les véhicules en présence de mineurs de moins de 6 ans est passible d’amende de 300\$. De même, cas unique pour l’instant, la ville de Belmont en Californie, interdit de fumer à l’intérieur des appartements privés et des maisons mitoyennes. Enfin, certaines sociétés américaines demandent à leurs employés d’être non fumeurs au bureau et à leurs domiciles pour éviter les problèmes de santé qui pèseraient sur les mutuelles d’entreprises [55].

Ces nouvelles réglementations provoquent la colère des associations de défense des droits des fumeurs en soulevant le problème des libertés individuelles.

Il n’y a **pas de spécificité en matière de législation pour les personnes âgées**. Toutefois, la question s’est réellement posée lors de l’interdiction de fumer dans les lieux publics et

notamment pour les personnes âgées résidentes en maison de retraite ou EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). En effet, la limite lieu public et lieu privé était difficile à individualiser [78].

L'entrée en institution, le plus souvent imposée par une altération de l'état général, entraîne différentes contraintes. Il faut d'abord faire le deuil du domicile pour vivre en communauté, d'où la difficulté de respecter les libertés individuelles du patient et des autres résidents. Le résident doit déjà modifier un certain nombre de ses habitudes. Alors, peut-on en plus lui interdire de fumer ? Pourtant les autres pensionnaires et les personnels soignants ne devraient pas avoir à supporter les effets nocifs du tabac. Il faut donc d'une part, assurer la protection des non fumeurs et d'autre part, respecter les libertés de chaque individu d'où la notion de dilemme. De plus, il faut également respecter les chartes des patients hospitalisés et les lois interdisant de fumer au sein des structures hospitalières. Ainsi, pour les EHPAD, s'ils sont intégrés à des établissements de santé, l'interdiction de fumer y est formelle. Toutefois, un local fumeur peut y être installé. En revanche, dans les maisons de retraite non médicalisées, la loi autorise le résident à fumer dans sa chambre - devenue sa résidence principale, mais en dehors de son lit. Evidemment, l'autre point à souligner est le problème de la sécurité : il existe un risque majoré d'incendie par des pensionnaires dont les fonctions cognitives sont parfois altérées. [41]. Ainsi, aux Etats Unis, l'incendie représente la quatrième cause de décès accidentelle chez les personnes âgées. De plus, les foyers avec des fumeurs ont un risque cinq fois plus élevé de décéder dans un incendie [10].

4.2 LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES AGEES

Idéalement, la prévention et le dépistage chez les personnes âgées gardent la même valeur que dans le reste de la population. La stratégie doit être adaptée non pas en fonction de l'âge, mais en fonction de l'espérance de vie du patient et surtout de ses comorbidités [36]. Ainsi, une femme de 80 ans en bonne santé, a une espérance de vie de 5 ans. La découverte d'un cancer du sein de bon pronostic guérit en deux ans. On peut donc espérer 3 ans de vie en bonne santé [76].

Pourtant, on peut d'emblée noter quelques limites à ces notions de prévention chez les seniors. En effet, le mode de vie se structure progressivement tout au long de la vie et celui de la première moitié de l'existence conditionne en grande partie celui de la deuxième moitié. Il sera donc plus difficile de modifier au grand âge, un comportement acquis précocement, comme le tabagisme [9].

Les principales priorités de cette prévention se calquent sur les priorités de la société actuelle. Elles consistent à assurer une meilleure qualité de vie pour vieillir actif, prévenir les incapacités, limiter la dépendance et sauvegarder l'indépendance [24].

L'objectif est donc d'accompagner l'augmentation de l'espérance de vie par une amélioration de la qualité de vie et ainsi vieillir dignement. Les actions de prévention nécessitent de la persuasion de la part du professionnel de santé et de la volonté et de la compliance de la part du patient pour modifier son comportement.

En ce qui concerne le tabagisme, les campagnes de prévention primaire visent plutôt les populations jeunes afin d'empêcher l'initiation. Cela s'applique d'ailleurs peu à notre étude puisque le nombre de fumeurs ayant commencé le tabagisme après 75 ans est anecdotique voire inexistant...

Même si la majorité des campagnes de prévention secondaire sont efficaces à long terme, elles concernent le plus souvent les adultes en les incitant à arrêter de fumer. Pourtant, de nombreux travaux ont démontré que les médecins négligeaient ou sous-estimaient le tabagisme comme facteur étiologique même s'il a été prouvé que l'intervention médicale pouvait être décisive pour obtenir la cessation du tabac [7] [8].

Ainsi, on ne retrouve que très peu de publications et de travaux scientifiques rigoureusement menés s'intéressant aux personnes âgées. Elles concernent essentiellement l'hypertension artérielle, le cholestérol, la promotion de l'activité physique et la prévention des chutes mais rarement le tabagisme.

Pourtant, la promotion de la santé, même au grand âge, est capitale. Il s'agit d'un enjeu économique et sociétal majeur. En effet, c'est cette partie de la population qui connaîtra la plus forte croissance de ses effectifs et c'est justement dans cette tranche de la population que la prévalence des pathologies sera la plus élevée. Mais la mise en place des actions à ce niveau se heurte à de nombreux écueils : multiplicité des facteurs de risques, manque d'information directement exploitable en vue de l'élaboration de système de prévention. Il est donc nécessaire de pouvoir disposer d'études épidémiologiques rigoureuses aux âges avancés de la vie. De plus, les mesures préventives devraient, avant d'être l'objet de campagne, être évaluées en tenant compte de leurs effets indésirables, physiques ou psychiques et du degré de bénéfice dont peut tirer parti le sujet âgé. Comme le souligne Bernard Cassou dans le journal *Gérontologie et Société*, «Il faudrait aussi qu'il y ait une evidence-based prévention à l'image de la evidence-based medicine pour s'opposer aux lobbies pharmaceutiques, industriels et de certains médecins » [24].

Ainsi, les personnes âgées semblent peu ou pas concernées par le dépistage et pourtant ce sont elles qui ont le plus recours aux soins. Plus de 83% des plus de 75 ans consultent leur médecin traitant au moins une fois au cours de l'année et en moyenne, elles le rencontrent 10 ou 11 fois par an [39]. De plus, les fumeurs consultent davantage : ils voient en moyenne 2 à 4 fois leur médecin généraliste par an contre moins d'une fois pour les non fumeurs [17].

On assiste alors à un paradoxe des personnes âgées qui sont des patients médicalisés mais sous-informés. Les consultations régulières devraient être propices à la prévention en renforçant régulièrement les convictions des patients.

Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître la réduction de la fréquence des AVC et des coronaropathies par la cessation du tabac et ce même chez les sujets les plus âgés. Pourtant, si l'arrêt du tabac est généralement cité dans les recommandations de bonnes pratiques pour supprimer le facteur de risque, on ne retrouve que peu de supports visant cette population des plus de 75 ans et notamment en ce qui concerne les moyens d'auto-éducation. Peu de brochures visent spécifiquement cette population.

Toutefois, depuis quelques années, du fait de l'accroissement de cette tranche de la population, on note un intérêt plus particulier pour les personnes âgées. On voit alors fleurir un certain nombre de publicités ou d'activités destinées à assurer un bien-être physique et psychique visant spécifiquement les seniors. Il est certain que ces personnes sont potentiellement source de consommation et attirent donc le marché. On a d'ailleurs vu naître des congrès de gériatrie grand public et des actions de prévention se multiplier.

4.3 LE SEVRAGE

Il s'agit d'encourager les fumeurs à prendre la décision d'arrêter et de les aider dans cette démarche.

La décision de l'arrêt est souvent difficile à prendre en raison d'une distorsion entre un terme lointain pour les effets nocifs et le plaisir qu'il procure, immédiat et quotidien.

Pour les personnes âgées, ce terme lointain n'a que peu de sens puisqu'ils ont du mal à se projeter dans l'avenir. Pour la majorité d'entre eux, le seul réel avenir est la mort. Ils sont donc très peu préoccupés par les bénéfices en santé liés à l'arrêt du tabac. Pourtant leur espérance de vie est grandissante et ainsi, pour certaines personnes, les années de vie restantes sont supérieures à vingt ans..

D'où la nécessité de donner une information précise en termes de bénéfices attendus, des satisfactions envisageables mais aussi des troubles inévitables à l'arrêt.

L'objectif de la prise en charge du fumeur est toujours l'arrêt définitif.

En l'état actuel des connaissances, les différents groupes d'experts évaluant la question de la réduction du risque ne sont pour l'instant pas favorables à une mesure de réduction de la quantité même si cela paraît logique qu'en diminuant la consommation, on diminue le risque d'apparition des complications, en tout cas dans la population générale [40]. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, plus que la quantité de tabac, c'est la durée de tabagisme qui est nocive, l'OMS n'a d'ailleurs pas établi de seuil en dessous duquel la consommation de tabac est sans risque. Ainsi, le fumeur qui réduit sa quantité de cigarettes modifie son mode de consommation en augmentant le nombre et le volume des bouffées afin d'obtenir une nicotémie à concentration optimale. C'est ce que l'on appelle l'autotitration. C'est pourquoi, réduire la quantité de cigarettes diminue faiblement le risque de cancers et accroît paradoxalement le nombre de décès par maladies respiratoires. Le risque cardiovasculaire n'est quant à lui pas modifié. La réduction associée à des substituts nicotiques semble être une attitude plus intéressante notamment chez les patients ayant des affections aggravées par la poursuite du tabac mais non démontrée pour le moment. Par conséquent, la réduction de consommation ne peut être envisagée que dans un second temps. Elle s'avère en tout cas inutile si le patient ne parvient pas à s'arrêter. Le seul bénéfice réellement mis en évidence est financier! [22].

Pourtant chez les plus vieux, l'objectif de la réduction de la quantité mériterait certainement plus d'attention. Pour le moment, il n'existe pas d'étude sur ce sujet mais on pourrait penser que comme pour la consommation d'alcool, **la réduction serait un objectif satisfaisant et acceptable.**

4.3.1 Le rôle du médecin généraliste

Tout professionnel de santé et notamment les médecins généralistes ne peuvent rester silencieux devant le tabagisme. Ils sont capables de délivrer un message de prévention en matière de sevrage tabagique et doivent avoir une attitude visant à inciter au sevrage.

Le médecin généraliste est un **intervenant privilégié** dans la prise en charge du sevrage puisqu'il est le premier intermédiaire. Il sait valoriser les bienfaits du sevrage et de sa durée dans le temps et connaît des moyens pour atténuer ses effets désagréables [43].

De plus, il est au **cœur de la prise en charge de la personne âgée**. Cette tranche de la population a pleinement confiance en lui et conserve l'image d'un médecin polyvalent capable de résoudre la majorité de ses problèmes. Les personnes âgées sont souvent très à l'écoute de leur médecin traitant qui a alors une grande influence sur eux. Il peut être pour eux un leader d'opinion. L'accès aux spécialistes est souvent refusé non seulement du fait de la difficulté des déplacements mais aussi par la crainte de rencontrer et de se confier à un autre médecin. Le médecin généraliste est notamment reconnu pour sa disponibilité et son accessibilité quelque soit l'âge, la classe sociale et l'origine ethnique. Il est le partenaire central de la prise en charge ambulatoire et particulièrement dans le domaine de la prévention. D'ailleurs, les résultats en matière de prévention du tabagisme sont particulièrement encourageants si l'on considère que seulement moins de la moitié des médecins généralistes déterminent le statut tabagique de leurs patients [43].

Ces actions de prévention sont particulièrement efficaces car il connaît bien ses patients. Une **relation de confiance** s'est élaborée au fil des années, **permettant une intervention empathique de motivation et des conseils d'arrêts personnalisés**. Le médecin pourra alors plus facilement inviter ses patients à lui parler de leurs plaisirs liés au tabac, de leurs craintes, de leurs valeurs, de leurs croyances...et les faire avancer dans le cycle de Prochaska. En fonction du stade dans lequel se trouve le patient, le médecin adaptera son discours pour renforcer la motivation.

(Cf annexe 3)

4.3.1.1 Repérage des fumeurs, conseil minimal et mise en place du sevrage

L'intervention initiale du médecin généraliste passe par le conseil minimal. Il s'agit d'ailleurs d'une recommandation de bonne pratique dictée par l'HAS : « Tous les fumeurs devraient bénéficier d'un conseil d'arrêt du tabac et d'un accompagnement. Il faut noter cependant, qu'une intervention dénuée de nuances pourrait être préjudiciable au lien médecin patient. La réussite tient au fait que le conseil soit personnalisé, empathique, et répété sous différentes formes »

Le conseil minimal consiste à poser systématiquement à tous les patients qui consultent deux questions : « est ce que vous fumez ? » et « Avez-vous envie d'arrêter ? » [4]. Ce conseil minimal ne demande ni beaucoup de temps (moins de 3 minutes) ni beaucoup d'investissement de la part du professionnel de santé et a prouvé son efficacité notamment en consultation de médecine générale. L'évaluation du conseil minimal auprès des médecins généralistes dans une étude conduite en Provence Alpes Côte d'Azur par le conseil de l'ordre des Médecins a mis en évidence une baisse de 2 à 5% du tabagisme au sein de ces patientèles. Cette mesure est d'ailleurs plus efficace comparativement à la hausse des prix, l'interdiction de vente aux mineurs, interventions dans les lieux de

travail...Plus le médecin insiste, plus il obtient des résultats : une étude de Richmond en 1997 évoque jusqu'à 36% d'initiation au sevrage [1] [34] [67] [81].

En fonction de la réponse à ces questions (fumez-vous et avez-vous envie d'arrêter de fumer), une stratégie thérapeutique va se tramer.

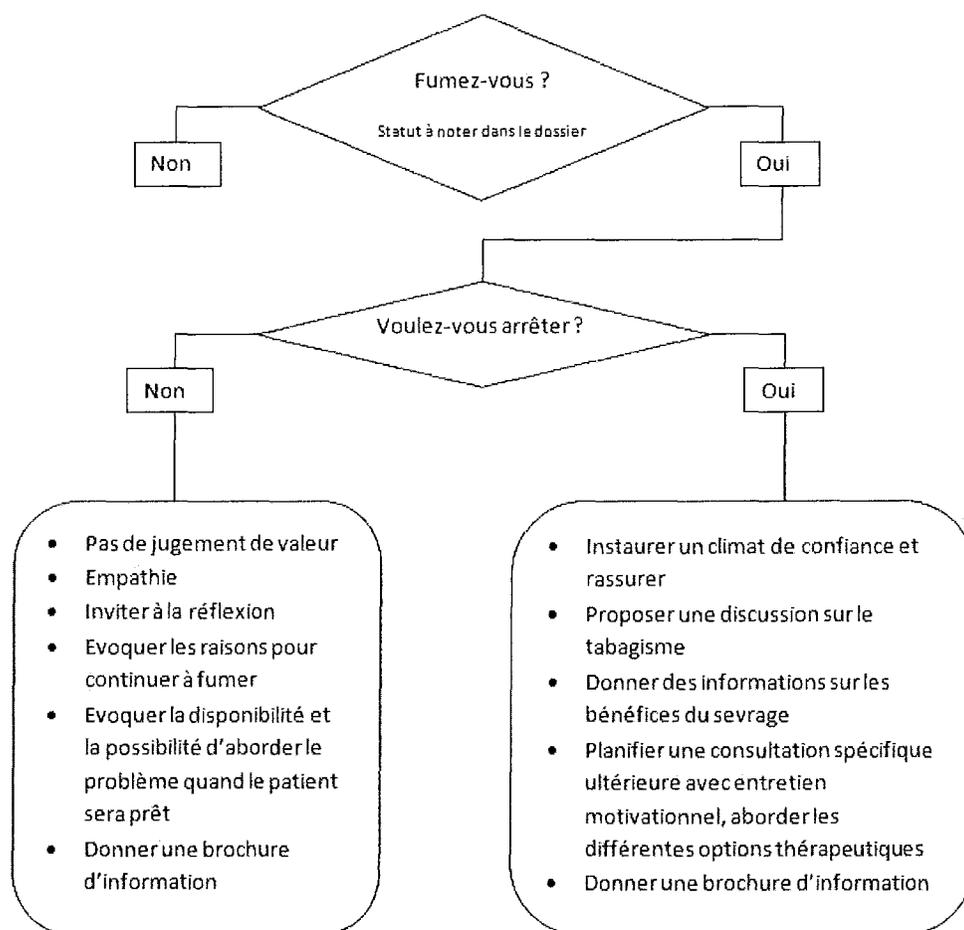


Figure 10 : Organigramme de la prise en charge après le conseil minimal.

Malgré les recommandations de bonne pratique sur le conseil minimal, certains médecins restent septiques. En effet, certains continuent à penser que l'action ne peut être efficace que s'il y a un lien entre le tabac et la plainte présentée par le patient.

La mise en place du sevrage débute par des entretiens où il sera important de préciser l'histoire tabagique du patient, l'intensité et les modalités de ses consommations ainsi que la présence ou non de signe de sevrage.

La prise en charge des fumeurs nécessite une évaluation précise et individuelle. Chaque fumeur est unique avec sa personnalité, son état anxio-dépressif, son environnement, et aussi l'appétence de son système nerveux central pour la nicotine [1]. Le médecin va inciter au sevrage de façon empathique, sans culpabiliser le patient [8].

4.3.1.2 Evaluation de la dépendance

Lors de la prise en charge initiale d'un fumeur il est intéressant **d'évaluer sa dépendance** puisque le tabac est un comportement qui est renforcé par une dépendance [4]. Ceci permettra également d'orienter la thérapeutique ultérieure.

Usage, mésusage

Il est classique de différencier trois modalités de consommation de substances à savoir : l'usage, l'abus et la dépendance. Seules les deux dernières sont reconnues comme entités morbides et sont ainsi répertoriées en tant que troubles liés à l'utilisation d'une substance dans les classifications internationales DSM IV et CIM-10 (cf annexe 3).

L'Usage est caractérisé par la consommation de substances n'entraînant ni complication ni dommage. Cette définition ambiguë sous entend qu'il peut exister une consommation sans risque, reconnue par la société pour un usage personnel ou convivial. Les limites de cette définition sont floues puisqu'il n'est pas évident de définir une frontière entre usage simple et usage à risque. En effet, des consommations festives ou certaines consommations dont les quantités ne remplissent pas les critères de l'abus ou de la dépendance peuvent à terme augmenter les risques de morbi-mortalité. Pour le tabac, cette entité n'est pas retenue puisqu'on n'admet pas de dose seuil en dessous de laquelle la consommation est dite sans risque.

Le Mésusage : Toute conduite comportant un ou plusieurs risques objectifs, soit ayant déjà produit des dommages d'ordre médico-psycho-social. Cette catégorie inclut trois concepts différents :

- L'usage à risque
- L'usage nocif
- L'usage avec dépendance

L'Usage à risque

Toute conduite associant une consommation supérieure aux seuils de l'OMS, l'absence de dommages induits et l'absence de dépendance. Cette définition ne s'applique pas au tabac puisqu'il n'existe pas de dose seuil.

L'Usage nocif est caractérisé par la répétition de la consommation et la constatation de dommages dans des domaines sociaux, somatiques ou judiciaires. Cet état est réversible. Jusqu'alors, le tabagisme n'avait que très peu de répercussions dans les domaines sociaux ou judiciaires. Depuis l'interdiction de fumer dans les lieux publics, cet aspect s'est modifié.

L'Usage avec dépendance se caractérise par une perte de maîtrise de la consommation et la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt et par la dépendance psychique qui correspond au besoin irrésistible de 're'consommer la substance.

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS :

La dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter

l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente.

Le tabac par l'intermédiaire de la nicotine entraîne une **dépendance multiple** : physique, psychologique et comportementale [1]. Actuellement, si la notion de dépendance physique est incontestable, elle est quelque peu remise en cause. En effet, les réussites au sevrage avec l'aide de substituts nicotiques sont relatifs alors que la substitution nicotinique devrait régler le problème du manque...C'est pourquoi la nicotine n'explique pas à elle seule la dépendance tabagique.

Dépendance physique

Il s'agit de l'impossibilité pour le fumeur de ne pas fumer sans éprouver de symptômes de sevrage à savoir une envie irrésistible ou pulsion à fumer, une irritabilité, nervosité, agressivité, difficultés de concentration, humeur dépressive, troubles du sommeil... La demi vie de la nicotine est de 2 heures ce qui explique le besoin irrémédiable de fumer chez les personnes très dépendantes au bout d'une à deux heures d'abstinence. Pour éviter de subir ces symptômes, le fumeur va maintenir au cours de la journée, un certain taux de nicotine, reflet de son niveau de dépendance [1].

L'évaluation de la dépendance physique repose sur le **questionnaire de Fagerström**. (Cf annexe 1) Il s'agit d'un test à 6 questions portant sur les difficultés de s'abstenir, les rythmes de consommation et la topographie de la consommation, son score global est compris entre 0 et 10. Ce test a été mis en place en 1978, il a donc depuis été largement évalué. Il permet d'identifier les fumeurs dépendants, de quantifier cette dépendance, et de faciliter l'orientation thérapeutique.

Dépendance psychologique

Elle est liée aux effets psycho actifs de la nicotine, la cigarette devient alors un moyen de se faire plaisir, de se détendre, de gérer stress et anxiété, de surmonter certaines émotions, cela peut également être un moyen de stimulation intellectuelle [41]. Pour renoncer au tabac, il faudra donc pouvoir compenser par un plaisir équivalent.

Il existe un Test de dépendance psychologique (cf Annexe 5). Ce test permet au fumeur d'analyser son comportement et de pouvoir mettre en place des mécanismes de compensation pour contrer les envies irrésistibles de fumer.

Dépendance gestuelle ou comportementale

Ce type de dépendance est intimement lié à la dépendance psychologique.

Le tabac est alors associé à des circonstances, des lieux, des personnes qui suscitent l'envie de fumer. La cigarette est une sorte de réflexe. Pour y renoncer il faudra pouvoir casser ces rituels et adapter son comportement pour éviter les situations à risques.

4.3.1.3 Mesure du CO

La mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré permet de connaître le degré d'inhalation du patient. Son rôle intervient surtout comme **élément motivationnel** lors de l'initiation du sevrage. Sa franche diminution dès les premiers jours de sevrage renforce la motivation par prise de conscience de la normalisation des résultats dès l'arrêt de la consommation. Le dosage dans l'air expiré est facile, non invasif, reproductible. Il faut

toutefois tenir compte d'un apport exogène de CO domestique ou environnemental et du CO endogène estimé à 3 à 5 ppm.

Malheureusement chez les personnes âgées cet outil **n'est pas facilement utilisable** du fait de la difficulté pour elles de souffler dans l'appareil.

4.3.1.4 Stratégies thérapeutiques chez les personnes âgées

Que ce soit chez l'adulte jeune ou chez la personne âgée, les approches thérapeutiques validées sont en réalité peu nombreuses. Seuls les substituts nicotiques, le bupropion sur le plan médicamenteux et les psychothérapies cognitivo-comportementales sont préconisées par la conférence de consensus de 1998 [7] et les recommandations de bonne pratique de 2003 [4]. La Varénicline n'a obtenu son autorisation de mise sur le marché qu'en 2006 : elle ne fait pas partie pour le moment des recommandations mais offre désormais de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Des études comparatives entre des populations jeunes et plus âgées ont été réalisées aux Etats Unis et suggèrent **que les mêmes méthodes peuvent être utilisées** [67]. En effet, l'arrêt du tabac demeure la méthode la plus efficace pour modifier l'évolution des maladies liées au tabac chez tout le monde quelque soit l'âge et **rien n'indique que les stratégies disponibles actuellement chez les adultes seraient moins efficaces chez les personnes âgées** [3].

4.3.2 Méthodes non médicamenteuses

4.3.2.1 Psychothérapie de soutien

L'objectif de la psychothérapie de soutien est d'apporter un soutien moral à la personne qui envisage le sevrage tabagique, de l'aider à supporter les symptômes du sevrage ou ses problèmes généraux. Elles permettent le suivi du sevrage et la prévention des rechutes.

4.3.2.2 Entretiens motivationnels

Il s'agit d'entretiens ciblés qui ont pour objectif d'amener le sujet à une réflexion qui débouchera sur une décision personnelle de l'arrêt du tabac. On peut s'aider d'une balance décisionnelle permettant de peser le pour et le contre de ce comportement. La motivation va alors permettre comme nous l'avons vu précédemment, d'avancer dans le cycle de Prochaska et Di Clemente. Le thérapeute adaptera alors son discours en fonction de chaque stade. (Cf annexe 3)

4.3.2.3 Thérapies comportementales

Elles ont pour objectif de « soigner les troubles mentaux en posant des questions pertinentes au moment opportun, en écoutant et examinant ce que signifient les réponses et en édifiant en commun des épreuves de réalité destinées à changer croyances et comportements dysfonctionnels » [65].

Elles nécessitent une participation active du sujet. Elles considèrent comme postulat initial que le tabagisme est un comportement qui a été appris dans certaines circonstances et qu'il a persisté dans certaines conditions notamment environnementales et sociales. Elles permettront par un nouvel apprentissage de « déconditionner le sujet à ce comportement ». Le patient va ainsi pouvoir se défaire d'un comportement qu'il considère comme bénéfique sur le moment (sensation de bien être) mais en réalité néfaste pour sa

santé. Le patient va alors devoir décortiquer son comportement, l'observer et le critiquer. (Analyse fonctionnelle) Ensuite, le patient devra apprendre à faire autrement pour ne plus reproduire ce comportement. Il devra alors être créatif et inventif afin d'adopter une stratégie lors d'une éventuelle exposition. Au départ l'exposition sera purement imaginative puis progressivement on passera à une véritable immersion. Différentes techniques permettent d'appréhender l'exposition et notamment la relaxation, l'affirmation de soi et la gestion du stress. Elles sont envisageables chez les seniors qui sont particulièrement stressés et manquent souvent de confiance en soi [10].

Ces différentes méthodes peuvent être abordées de façon collective ou individuelle. Il semble pourtant que les patients plus âgés sont plus réticents pour participer à des suivis collectifs, ils préfèrent les entretiens individuels voire téléphoniques [74]. En effet, les personnes âgées n'ont que très peu d'expérience avec les thérapies de groupes et ne se sentent pas très à l'aise pour révéler leurs sentiments en public [77].

4.3.3 Méthodes médicamenteuses

Chez les personnes âgées polymédicamentés, on doit se poser la question des bénéfices/risques liés à la mise en place d'un traitement médicamenteux supplémentaire. Pourtant l'arrêt du tabac est d'une telle importance que les avantages l'emportent sur les risques liés à l'ajout d'un médicament pour le sevrage [39].

4.3.3.1 Dérivés nicotiques TSN (Traitements par Substituts Nicotiques)

Ils sont utilisés chez les patients fortement dépendants c'est-à-dire chez les patients ayant un score supérieur à 6 au test de Fagerström. Ils permettent de réduire les signes cliniques de sevrage à savoir irritabilité, anxiété, envie irrépressible de fumer, difficultés de concentration...

Il faut également surveiller les signes de surdosage à savoir insomnie, nausée, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, pâleur, constipation.

La posologie efficace est fonction du nombre de cigarettes fumées et du fameux score de Fagerström.

Les TSN peuvent être utilisés et sont d'ailleurs recommandés chez les sujets victimes de complications vasculaires du tabagisme puisque les effets indésirables graves y compris cardiovasculaires sont exceptionnels. Chez les personnes âgées, il faut tout de même rester prudent lors de l'utilisation des TSN chez les patients victimes récemment d'un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire, ou chez ceux présentant un angor instable ou un trouble du rythme cardiaque sévère [74].

Si le tabac provoque des interactions médicamenteuses, il en est de même de la nicotine. Il sera alors peut être nécessaire d'**ajuster la posologie de certains médicaments** antihypertenseurs, antiarythmiques ou encore de l'insuline [74]. La pharmacodynamie de la nicotine n'est pas différente chez les jeunes ou chez les personnes âgées. Il faut toutefois rester prudent chez les patients qui ont une insuffisance rénale [10].

Il existe différentes galéniques:

- Gommages dosées à 2 et 4 mg

Elles semblent toutefois **peu adaptées chez les personnes âgées du fait du mauvais état dentaire ou de la présence de prothèse dentaire** [74].

- Comprimés ou tablettes à sucer dosés à 2 et 4 mg

- Patches

Ces dispositifs transdermiques délivrent de la nicotine pendant 16 ou 24 heures. Il existe différents dosages à 7, 14, 21 mg de nicotine. Ce sont certainement les TSN les « **mieux tolérés** chez les personnes âgées sur le plan cardiovasculaire, une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle étant classiquement décrite suite à la prise de nicotine » [74].

Les principaux effets indésirables sont des signes locaux à type d'érythème ou de prurit. Les timbres de 24h peuvent engendrer des troubles du sommeil à type d'hyponirisme [16].

- L'inhaleur

Il délivre 15µg de nicotine à chaque bouffée à 20°C soit un dixième de la quantité de nicotine délivrée par une cigarette. Les effets secondaires principaux sont irritatifs au niveau ORL et pulmonaire.

Pour optimiser le traitement, il est recommandé d'associer les différentes galéniques entre elles. D'une manière générale, même si les substituts nicotiques sont en vente libre, les personnes âgées ne les utilisent que très peu. Il faut les informer sur les possibilités d'usage de ce genre de produits et **les conseiller sur les modalités d'utilisation**. Il ne faut pas hésiter à leur fournir de la documentation pour les aider à utiliser les TSN afin qu'ils connaissent les effets indésirables, les contre-indications... [77]. Certains conseillent d'ailleurs de leur poser le premier patch pour leur apprendre la bonne méthode d'utilisation [10].

4.3.3.2 Le Bupropion (Zyban®)

Ce médicament d'abord utilisé comme antidépresseur agit comme un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. Il a été largement utilisé dans le traitement du sevrage tabagique mais ses nombreux effets secondaires et l'arrivée de la varénicline sur le marché l'ont un peu mis de côté.

Aucune différence significative tant sur le plan de la tolérance que sur le plan de l'efficacité n'a été mise en évidence entre des populations d'adultes et de personnes âgées lors des études cliniques. Il faut tout de même rappeler que peu de personnes âgées y ont été incluses. Le principal effet indésirable est l'insomnie 30 à 40% [46]. Le risque suicidaire a été évoqué mais certaines études ont démontré qu'il n'y avait pas de relation de cause à effet entre les deux et notamment l'étude réalisée par l'EMEA *European Agency for the Evaluation of Medicinal Products* en 2002. L'AFSSAPS a d'ailleurs publié les mêmes conclusions.

Certaines contre-indications sont toutefois à respecter:

- chez les bipolaires
- les épileptiques puisqu'il abaisse le seuil épileptogène
- proscrire l'utilisation conjointe des IMAO.
- présence d'une tumeur cérébrale
- une insuffisance hépatique sévère
- ATCD de trouble du comportement alimentaire

En ce qui concerne les interactions médicamenteuses, elles sont liées au métabolisme hépatique par l'intermédiaire du cytochrome p450. Il faudra être particulièrement attentif aux autres médicaments prescrits susceptibles d'abaisser le seuil épileptogène, comme l'utilisation d'antidiabétiques oraux hypoglycémisants ou d'insuline.

Le VIDAL mentionne spécifiquement les recommandations d'usage chez la personne âgée. « **Zyban®LP doit être utilisé avec prudence chez le sujet âgé, en raison d'une sensibilité individuelle accrue.** La posologie recommandée est de 150mg/ jour en une prise » (300mg chez l'adulte) De même, du fait de la fréquence plus importante des insuffisances rénales chez la personne âgée, il est recommandé d'utiliser avec précaution ce médicament (posologie <150mg/jour). Enfin, en cas d'insuffisance hépatique même légère à modérée, il est également conseillé de diminuer les posologies [83].

La durée du traitement est de 7 à 9 semaines en terminant le traitement par une décroissance progressive.

L'association du bupropion aux substituts nicotiques améliore la prise en charge et augmente le nombre de sevrage.

4.3.3.3 La varénicline (Champix®)

Il s'agit d'un agoniste sélectif partiel des récepteurs nicotiques de type $\alpha 4\beta 2$. Son site de fixation est identique à la nicotine mais avec une affinité supérieure. Du fait d'une stimulation partielle elle entraîne une réponse réduite de la dopamine ce qui atténue les symptômes de sevrage. Le cercle du renforcement positif procuré par le plaisir de fumer est ainsi rompu.

La varénicline a une faible liaison aux protéines plasmatiques et son absorption n'est pas modifiée par l'alimentation ; il n'y a pas de métabolisation par le cytochrome p450 [70]. Dans une étude de LA Potts et Garwood il n'a pas été montré d'interactions médicamenteuses avec un grand nombre de molécules pharmaceutiques.

Différentes études ont montré la supériorité de la varenicline versus bupropion et substituts nicotiques (étude Stapleton 2007, étude Aubain 2008 et Fiore et coll.). En effet, les taux d'abstinence étaient respectivement de 44%, 30% et 17% à la 12^{ème} semaine. Ces taux diminuent à la 52^{ème} semaine dans les trois catégories mais restent supérieurs pour la varénicline soit respectivement 24%, 15% et 10% [54].

Les principaux effets indésirables sont d'origine gastro-intestinales de type nausées, vomissements, constipation, diarrhée, distension abdominale, gêne gastrique, dyspepsie, flatulence.

D'autres effets étiquetés « affections psychiatriques » comme les rêves anormaux, et l'insomnie ont été relativement fréquents [46].

En revanche, il n'a pas été mis initialement en évidence de dépression et d'infarctus du myocarde (IDM). Pourtant, le 8/07/2008, l'AFSSAPS ajoute une recommandation particulière suite à l'analyse des données de pharmacovigilance. En effet, « des patients sans antécédents psychiatriques connus, ont développé des troubles dépressifs, des idées

et comportements suicidaires et certains patients n'avaient pas arrêté de fumer au moment de l'apparition des symptômes. En conséquence [...], le traitement doit être immédiatement interrompu en cas d'apparition d'un de ces symptômes ou de trouble du comportement. La prudence est aussi recommandée chez les patients présentant des antécédents de maladie psychiatrique sévère, l'efficacité et la sécurité de Champix® n'ayant pas été établies chez ces patients » Une seule étude, l'étude Stapleton 2007, avait un effectif comprenant des patients ayant des antécédents psychiatriques. Elle n'a pas rapporté d'exacerbation des symptômes chez les patients ayant une affection psychiatriques sous-jacente.

En ce qui concerne les IDM, des cas ont été rapportés mais il est difficile de rendre ses affections strictement imputables au Champix®.

Pour le moment, les études réalisées l'ont été chez des patients de moins de 70 ans. Toutefois, l'utilisation du Champix® est autorisée chez les personnes âgées sans modification de la posologie sauf s'il y a une insuffisance rénale sous jacente.

Les recommandations actuelles préconisent donc avant de prescrire de s'assurer qu'il n'existe pas de syndrome dépressif antérieur ou d'idées suicidaires : si c'est le cas, il vaut mieux ne pas prescrire ce médicament. De plus, les recommandations précisent d'informer le patient sur l'éventuelle survenue d'une humeur dépressive soit imputable au sevrage soit au médicament qui devra alors être arrêté.

Ainsi, ces dernières recommandations vont exclure une grande partie des personnes âgées susceptibles de recevoir ce traitement car on compte en effet, beaucoup de personnes âgées dépressives surtout chez les fumeurs.

4.3.4 Prise en charge à long terme

La prise en charge du sevrage tabagique est longue alors que la durée des traitements médicamenteux est relativement brève : la prévention des rechutes est indispensable.

L'objectif est de pérenniser le maintien de l'abstinence. Il faut donc mettre en place un suivi programmé et régulier pour aborder les difficultés avec le patient, surveiller l'état psychique (trouble anxieux ou trouble de l'humeur), surveiller le poids (la prise de poids étant une cause fréquente de rechute), renforcer la confiance en soi (valorisation du maintien de l'arrêt , bonne gestion du sevrage, encouragement à poursuivre, maintien ou renforcement de la motivation avec mise en évidence des bénéfices à l'arrêt)... Cette prise en charge peut parfaitement s'adapter aux personnes âgées car comme nous l'avons vu précédemment, ces personnes compte tenu de leurs polyopathologies sont amenées à consulter très régulièrement.

La prévention des rechutes se réalise en identifiant les situations à risque, en dédramatisant et en aidant à gérer un écart afin d'éviter l'évolution vers une rechute.

S'il y a une rechute, il faut analyser ses causes (moment inopportun, traitement inadéquat, difficultés psychologiques, mésusage de l'alcool ou usage de produits illicites), dédramatiser la situation et encourager à réitérer la démarche.

La prise en charge des personnes âgées est encore plus subtile et nécessite encore plus d'encouragements et de valorisations de leur travail de sevrage. Ce suivi doit être plus rapproché et certaines études conseillent de faire du suivi téléphonique [77].

Au décours de ce suivi et après réussite au sevrage, la satisfaction des deux parties à savoir du patient et du médecin sera très importante. La relation médecin patient sera encore plus forte et pleinement valorisée [77].

5 LES PROBLEMES DE LA PRISE EN CHARGE DES PLUS DE 75 ANS

5.1 DIMENSION ETHIQUE

La prévention du tabagisme pose un certain nombre de questions éthiques.

A-t-on le droit de dicter une conduite ? Est-il réellement permis d'interdire ?

Est-il licite d'interdire le tabac même dans les lieux ouverts ? Doit-on stopper un tabagisme important ou non pour améliorer un état de santé ou le laisser se poursuivre en respectant l'individu et ses choix ?

La nicotine est une substance addictive, par conséquent, si initialement le fait de fumer est un choix personnel que revendiquent les fumeurs, ce choix se transforme rapidement en dépendance. Dans ces conditions, fumer ne reste pas longtemps un libre choix.

Pourtant, la subtilité des entretiens motivationnels pour le sevrage tabagique consiste à amener la personne à décider son attitude vis-à-vis de l'arrêt. Il ne s'agit plus alors de dicter ou d'interdire une conduite, mais au patient lui-même de choisir. Dans ce contexte, il n'y a plus de problème éthique.

Concernant les personnes âgées, certains disent qu'il s'agit de leur dernier plaisir... Et qu'on ne peut pas leur ôter... Ainsi se pose le problème de savoir s'il existe des comportements favorables ou néfastes à la santé en fonction des différents groupes d'âge... Sur quels critères peut-on se baser pour l'affirmer... De plus, comme nous l'avons vu précédemment, il y a toujours de nombreux bénéfices à l'arrêt, même à un âge avancé. Depuis quelques années et notamment avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics, on assiste à une sorte de dénormalisation de la cigarette et à une stigmatisation du fumeur. Le tabagisme est considéré alors comme une pratique anormale voire déviante [71].

Désormais les fumeurs se sentent exclus des non fumeurs. Le fumeur qui ne réussit pas à arrêter est stigmatisé. D'ailleurs, certains non fumeurs ont tendance à prendre plaisir à détruire les fumeurs. Il est important de ne pas confondre la lutte anti-tabac et anti-fumeurs... La nuance protection/répression est délicate. L'accompagnement du fumeur est donc délicat. Il semblerait pourtant, en termes de prévention, que la stigmatisation conduirait à faire arrêter de fumer [71]. Au final le tabac, considéré pour la plupart comme un outil de socialisation peut conduire à l'exclusion sociale.

5.2 DU CÔTÉ DES MÉDECINS

5.2.1 Méconnaissances des bénéfices à l'arrêt et manque de temps

Si l'arrêt du tabac est une mission cruciale pour le médecin généraliste, celle-ci se heurte à de nombreuses barrières chez les professionnels et notamment dans la prise en charge des seniors [17]. La question du tabac devrait nécessairement être abordée au cours de la consultation pour qu'elle puisse prendre de l'importance dans l'esprit du patient. En effet, si le médecin évite le sujet, c'est que cette question ne l'intéresse pas et qu'elle n'a pas d'importance à ses yeux.

La consultation d'une personne âgée, atteinte de multiples pathologies est longue. Il y a déjà beaucoup de choses sur lesquelles on insiste et la compréhension du problème est parfois plus difficile à obtenir chez ces patients. Ainsi certains médecins considèrent que le sevrage tabagique chez les personnes âgées prend beaucoup de temps pour le bénéfice apporté. D'ailleurs, il existe une grande méconnaissance chez les professionnels des

bénéfices à l'arrêt même lors d'un sevrage tardif. La plupart d'entre eux ne sont pas convaincus de l'effet positif du sevrage après 75 ans.

Pourtant, l'âge est-il une raison suffisante pour éviter la problématique du tabac. A l'heure actuelle, le rôle du médecin traitant est surtout basé sur une activité d'éducation thérapeutique et de prévention. Mais il est toujours plus facile d'aborder la question du tabac lorsqu'il y a des conséquences visibles, qui représentent alors le reflet néfaste du tabagisme. Or les personnes âgées qui poursuivent le tabagisme semblent moins concernées par les répercussions somatiques liées au tabagisme. En effet, nous ne sommes pas égaux devant le risque de fumer et le risque de déclencher des maladies.

Le sevrage tabagique nécessite comme nous l'avons vu précédemment une prise en charge longue et régulière sans pour autant obtenir de résultats. Il est donc toujours plus facile d'introduire une statine dans le traitement que d'entreprendre un sevrage.

Comme nous venons de le signifier, la personne âgée présente un certain nombre de pathologies associées et de comorbidités, l'arrêt du tabac peut alors apparaître comme un problème secondaire quand la personne est isolée, dénutrie ou dépressive d'autant plus que la dépression représente la principale contre-indication au sevrage tabagique [73]. De plus, la personne âgée met souvent en avant le fait que fumer lui procure son seul et dernier plaisir. Si le médecin n'est pas convaincu par l'effet bénéfique du sevrage chez les personnes âgées, soit il ne conseille pas le sevrage, soit il le propose mais avec un sentiment voué à l'échec [10].

5.2.2 Représentations des vieux fumeurs

Depuis toujours, la personne âgée bénéficie au sein de la société, d'une reconnaissance implicite de sagesse, et de respect. Les plus âgés ont un rôle de transmission de la mémoire et des différentes traditions. Par conséquent, leur opinion est respectée [62].

La dignité de la personne âgée à laquelle on doit le respect, reste très ancrée dans les représentations collectives actuelles. Mais paradoxalement, cette image stéréotypée peut parfois être remplacée par une représentation de la vieillesse plus négative mettant alors en avant une image de faiblesse, de dépendance, et d'improductivité...

Les différents acteurs de prévention et notamment le médecin généraliste, sont alors confrontés à ce paradoxe qui doit également se concilier avec sa propre représentation. De plus, en fonction de son âge et de son vécu, la relation avec la personne âgée diffère. Ainsi, si le jeune n'a que peu de représentations, l'adulte plus âgé commence à s'identifier à celle-ci en se posant la question de son propre vieillissement. Par conséquent, tous deux aborderont le patient différemment. Souvent en gériatrie, on assiste à une banalisation des plaintes et des symptômes qui remplace facilement le statut de malade par un « statut de vieux ». En ce qui concerne le tabagisme on a alors tendance à laisser cette question de côté, sans s'investir réellement en considérant que le patient fume, qu'il a toujours fumé et que l'on ne peut rien y changer...Il est alors très important mais également très difficile de résister au fatalisme. Ce qui empêchera le sujet âgé de la moindre prise de conscience nécessaire à un potentiel changement. Il faut lutter activement contre cette passivité autoentretenu par le patient lui-même, soutenue par l'entourage et parfois partagée par le médecin généraliste [62].

Le médecin pense également que le fumeur de longue date est très dépendant et qu'il est donc très difficile à sevrer d'autant plus qu'il ne manifeste pas de motivation à l'arrêt. « Ils ont tellement fumé, qu'ils ne pourront jamais s'arrêter. » [10]. Pourtant, plusieurs études

ont montré que les personnes âgées qui continuent sont peu dépendantes et peuvent pour la plupart s'arrêter de fumer sans difficultés... [79].

Le poids des idées reçues ou des fausses certitudes est trop souvent en gériatrie source d'obstacles pour l'identification et la prise en charge de telle ou telle pathologie.

Quand on interroge les gens au sujet du tabagisme des personnes âgées, c'est toujours le même refrain, à savoir : c'est leur dernier plaisir, il faut les laisser tranquilles, ils fument depuis si longtemps et il ne leur est rien arrivé, à quoi bon arrêter maintenant... [28] [39] [48]. Mais ce genre d'argument ne serait pas accepté chez les plus jeunes [73].

Certains affirment que l'on finit toujours par s'arrêter de fumer. En effet, il y a beaucoup de choses qui s'émeussent dans la vie dont l'appétence au tabac avec une diminution du plaisir à fumer et que par conséquent ce n'est pas la peine de prendre du temps pour obtenir au final le même résultat.

D'autres affirment même que l'arrêt du tabac pourrait nuire à leur santé. En effet, ils voient leurs patients en bonne santé du point de vue psychologique et ils l'attribuent au tabac. Ils craignent alors que l'arrêt soit source de déséquilibre psychique [39].

L'Étude de Bergman a cherché à mettre en évidence les freins à la prise en charge du tabagisme des plus vieux. En interrogeant des infirmières travaillant dans des établissements de personnes âgées, on s'est aperçu que ces dernières pensaient de façon très majoritaire (88%) que les personnes âgées n'avaient pas envie d'arrêter de fumer. Elles manquaient de connaissance sur les bénéfices à l'arrêt à cet âge là et pensaient que les seniors ne seraient pas réceptifs à des messages de prévention sur l'arrêt du tabac. Pourtant quand on interroge les patients, 32% souhaitaient arrêter de fumer et 28% d'entre eux avaient fait une tentative de sevrage l'année précédente [39]. D'autres études annoncent des chiffres plus élevés de patients motivés au sevrage autour de 70%. [75]

Souvent, certaines réticences à aborder des sujets de prévention sont liées aux méconnaissances des médecins. En effet, certains continuent à penser que des pathologies de type cancéreuses sont moins agressives chez les personnes âgées, que l'espérance de vie des seniors est franchement limitée et que de toute façon, ils ne pourront pas bénéficier de traitement adapté compte tenu de leur terrain altéré [36]. Par conséquent, ces médecins ne sont pas prêts à délivrer des messages de prévention. On reste donc dans l'idée qu'il faut les laisser en paix alors qu'ils ne sont justement pas toujours en paix.

5.2.3 Peur de perdre des patients ou crainte de se sentir mal à l'aise avec la question du tabagisme

Certains médecins craignent que le fait de parler du tabagisme nuise à la relation médecin/soigné. En effet, ils ont peur que les patients soient sur la défensive et ne veulent pas arrêter de fumer [39].

Ils craignent que le lien de la relation, tissé depuis plusieurs décennies, se rompe à la seule évocation du tabagisme, surtout auprès des patients qui refusent de voir les avantages dont ils pourraient bénéficier s'ils ne fumaient plus. Mais ce sentiment est tout de même moins présent que pour le problème de la consommation d'alcool.

D'autres redoutent simplement de parler des effets néfastes du tabagisme [17].

5.2.4 Manque de confiance en la réussite

Beaucoup de médecins pensent également qu'il est trop tard pour intervenir et ne sont donc pas prêts à aborder le sujet [38]. Ils pensent que ce travail de sevrage est long pour les bénéfices apportés. Surtout, ils pensent que ce travail est voué à l'échec du fait du degré de dépendance des personnes âgées. Pour la plupart d'entre elles, elles ont déjà arrêté à de nombreuses reprises et ont malheureusement rechuté. Les médecins craignent alors un nouvel échec de sevrage et ne préfèrent pas insister. Ils manquent aussi d'expérience et de formation dans ce domaine puisque les personnes âgées ne sont pas spontanément demandeuses d'aides au sevrage. Ils sont donc peu nombreux à avoir suivis des seniors dans ce genre de prise en charge.

Pourtant, une fois le processus enclenché, les personnes âgées réussissent plus facilement à se sevrer et donc quand il y aura réussite, la satisfaction du médecin sera grande et la relation médecin/ patient sera encore plus renforcée [10].

5.2.5 Statut tabagique du médecin

Ce problème du statut tabagique du soignant fumeur ou non fumeur, est souvent soulevé puisqu'il semble engendrer une approche différente du sujet tabagique.

D'après une étude réalisée en 1987 en France auprès de médecins généralistes, 45% des non fumeurs, 39% des ex-fumeurs, 38% des fumeurs occasionnels, et 23% des fumeurs conseillent à leurs patients d'arrêter [80]. Ces résultats doivent être reconsidérés puisque la prévalence du tabagisme a diminué chez les médecins au cours des dernières années. Les médecins fumeurs expliquent naturellement qu'ils ne se sentent pas crédibles et convaincants.

En réalité il n'y a pas de difficulté puisque le patient a toujours tendance à retourner la situation à son avantage. En effet, si le soignant est non fumeur, le patient lui reprochera un manque d'expérience l'empêchant de comprendre la situation. Pourtant, ce n'est pas parce qu'on n'a pas expérimenté une situation que l'on n'est pas à même de comprendre le problème. Dans la situation inverse, le patient demandera à son médecin « Et vous, pourquoi vous n'arrêtez pas ? »

5.2.6 Conseils à l'arrêt délivrés par les médecins généralistes aux plus de 75 ans.

Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, les médecins pensent souvent qu'il est trop tard pour intervenir et donc ne sont pas prêts à aborder le sujet [38]. Les études actuelles montrent que, d'une manière générale, les médecins donnent moins de conseils aux personnes âgées pour arrêter de fumer qu'aux plus jeunes [28] sauf lorsqu'il y a des signes cliniques visibles comme la BPCO [39]. En général, les médecins sont plus susceptibles de donner des conseils chez les personnes souffrant de complications liées au tabac [3]. Pourtant lors d'études réalisées chez des patients hospitalisés pour des infarctus, on s'est rendu compte qu'à pathologie égale, les personnes âgées étaient moins incitées au sevrage [77]. Ainsi dans l'étude de Brown et Houston, chez les plus de 65ans admis à hôpital pour IDM seulement 40% ont reçu des conseils pour arrêter de fumer [21]. Les fumeurs les plus âgés et en moins bonne santé n'ont pas reçu de conseils.

Les différents taux de conseils à arrêt du tabac par les médecins traitants aux personnes âgées varient entre 39 et 71% selon les études [21]. D'autres études demandant aux personnes âgées si on les a déjà incitées au sevrage, montrent que 36% des personnes

interrogées déclarent ne jamais avoir été conseillées [3]. Comme les personnes âgées consultent très régulièrement et que les médecins ont plus de possibilités pour dispenser l'information, ces taux sont assez importants.

Certaines études indiquent également que ce sont surtout les femmes et les personnes de race noire qui sont les plus oubliées des messages de prévention antitabac [21] [68].

Il existe une forte corrélation entre les méfaits du tabac et les conseils à l'arrêt délivrés par les médecins. En effet, les seniors qui ont reçu des messages de prévention pensent davantage qu'il y a un lien entre tabac et maladie. Ils acceptent donc plus aisément que les fumeurs sont plus à risque. Et par conséquent, ces derniers seront plus susceptibles d'envisager le sevrage [67].

Les personnes âgées sont très réceptives aux conseils de leur médecin traitant et elles affirment que leurs conseils influencent de façon positive leurs décisions de cesser de fumer [3].

Ainsi, si les personnes âgées arrivent à se sevrer lors de l'annonce d'une maladie grave, c'est qu'ils ont pleinement conscience des méfaits du tabac. D'où, encore une fois, l'importance de délivrer des messages de prévention [75].

Toujours lors de l'étude chez les patients hospitalisés pour IDM, 67% des personnes qui ont arrêté de fumer ont reçu des conseils et les bénéfiques ont été évalués en termes de mortalité. Ainsi, les taux de mortalité de ceux qui ont reçu des conseils et donc qui arrêtent de fumer sont plus faibles que chez ceux qui n'ont pas reçu de conseils [21].

5.3 DU COTE DES PATIENTS

5.3.1 Représentations culturelles du tabac

Les personnes âgées ont débuté le tabagisme à une époque où la cigarette était presque recommandée...Elle était d'ailleurs initialement distribuée gratuitement par la croix rouge puis par l'armée aux soldats pour vaincre leur peur et pour s'apaiser après les combats...Ainsi, à la moindre contrariété, les hommes utilisaient la cigarette presque comme un remède. Ensuite les femmes ont imité leur mari. Le tabac persiste chez ces individus comme un signe de reconnaissance sociale et de convivialité [77].

Cette image bénéfique du tabac a été entretenue pendant de très nombreuses années par le cinéma et la publicité qui conféraient à la cigarette de nombreuses vertus et vantaient sa sécurité et ses avantages...A cette époque, le tabagisme n'était pas reconnu comme dangereux et par conséquent, les personnes âgées ont été moins sensibilisées aux méfaits du tabac, ce qui pourrait expliquer en partie leur déni [67] [77].

5.3.2 Réticences à l'arrêt et motivations à poursuivre.

Compte tenu de leur histoire tabagique personnelle, les fumeurs de longue date sont plus septiques pour arrêter de fumer. En effet, ils représentent le noyau dur des fumeurs qui ne veut pas cesser de fumer. Certaines études avancent donc l'hypothèse selon laquelle ces fumeurs seraient des fumeurs très dépendants. Par conséquent, ils ne peuvent pas s'arrêter même s'ils l'envisagent car ils ont tellement été habitués à fumer qu'ils ne peuvent en aucun cas s'imaginer vivre sans tabac [3] [10] [39] [67] [79]. Ils ont déjà essayé à plusieurs reprises de se sevrer mais sans succès. Ainsi, ils ont moins confiance et sont plus septiques en leur capacité à pouvoir arrêter et ils n'envisagent donc plus d'arrêter maintenant. Ils craignent un nouvel échec qui contribuera une nouvelle fois à diminuer

leur confiance en soi [10] [38] [69]. De nombreux fumeurs estiment que les dommages sont déjà faits, que les lésions dont ils souffrent sont irréversibles et qu'ils ne peuvent plus en minimiser les risques [10] [67].

Les raisons imposant la poursuite du tabagisme les plus fréquemment rapportées sont la détente (55%), le plaisir (33%), et l'habitude (30%) [38]. D'autres mettent en avant que fumer renforce leur capacité à se concentrer et à mémoriser. Un point important pour les seniors qui craignent d'autant plus d'être atteints de démence [74].

La plupart d'entre eux fument par habitude et n'imagineraient pas une vie sans tabac. L'usage du tabac fait partie intégrante de leur quotidien. Allumer une cigarette est pour certains la chose qu'ils auront le plus fait au cours de leur vie. C'est une sorte d'automatisme, de reflexe qui n'est vraiment pas facile à modifier [10].

Les raisons les plus fréquemment citées pour ne pas cesser de fumer ont été "aucun avantage à cesser de fumer à un âge avancé", "fumer peu" ou "fumer des cigarettes légères ne produit aucune conséquence négative sur la santé", et "fumer ne provoque pas une augmentation du risque ostéoporotique". Ainsi, on se rend compte que ces affirmations sont basées sur des connaissances inexactes [38].

En général, les fumeurs de longue date ont tendance à surestimer les bénéfices liés au tabac en ce qui concerne le contrôle de l'anxiété, et donc de la tension artérielle, ou du poids [67] [79]. De plus, ils sont très optimistes vis à vis de leur propre santé et pensent souvent ne pas être victimes des méfaits du tabac [67]. En l'absence d'affections liées au tabac, les fumeurs âgés semblent moins préoccupés par les risques du tabac sur leur santé [79].

Un des arguments le plus souvent mis en avant dans la poursuite du tabagisme est l'argument du stress. En effet, les fumeurs affirment ne pas pouvoir arrêter de fumer sinon ils seraient encore plus stressés. Ce sont surtout les femmes qui émettent cette idée. Elles ressentent plus intensément les facteurs de stress personnels ou familiaux. (Elles doivent parfois encore s'occuper de leurs enfants et petits enfants... Ce qui provoque régulièrement des conflits qu'elles préfèrent interioriser en fumant) Ainsi, le tabac est utilisé comme un médicament avec des vertus capables de soulager l'anxiété et de leur permettre de faire face aux situations stressantes [77]. Les études ont pourtant mis en évidence que les fumeurs avaient des personnalités plus anxieuses, plus sujettes aux dépressions. Ils sont également plus susceptibles d'être victime d'une autre addiction par exemple celle de l'alcool. En effet, il a été démontré que les fumeurs buvaient plus. C'est également vrai chez les femmes mais ces dernières dissimulent plus facilement leurs consommations [77].

Si les fumeurs pensent que le tabac diminue leur stress, la réalité est en fait différente. En effet, fumer contribue à diminuer l'estime de soi et induit un cercle vicieux qui augmente la dépression. C'est ce qu'on appelle le paradoxe de Nesbitt. La faible estime de soi est également un facteur prédictif négatif de sevrage

Les fumeurs sont plus susceptibles de vivre seuls ou quand ils sont mariés, le plus souvent, leur conjoint fume aussi [69]. Ceci représente alors une difficulté importante pour conduire au sevrage. En effet, soit le fumeur est isolé et donc rien ne l'incite au sevrage, soit au contraire le fumeur évolue dans un environnement de fumeurs : son conjoint et/ou son cercle d'amis fument et donc il n'y a personne qui l'encourage au sevrage. D'ailleurs, les femmes seules fumeraient plus [77].

L'autre argument majeur des femmes pour la poursuite du tabagisme est celui du contrôle du poids [3] [67] [68]. Malgré leur âge, certaines restent obnubilées par leur poids. Elles

pensent d'ailleurs à tort que le tabac est largement moins nocif que dix kilogrammes supplémentaires [67].

5.3.3 Perceptions des risques et méconnaissances

Bien que les fumeurs reconnaissent généralement que le fait de fumer peut être dangereux, les différentes études suggèrent malheureusement que les personnes âgées sous-estiment les méfaits du tabac [10] [28]. Elles sont peu conscientes des risques et se croient en quelque sorte à l'abri des dangers du tabagisme [67]. Même après correction des différents niveaux d'éducation, les fumeurs de plus de 64 ans sont nettement moins susceptibles que les jeunes fumeurs, de reconnaître qu'ils ont un risque accru de développer un cancer ou une maladie cardio-vasculaire. Ils sont mal informés des risques et surtout ont des idées fausses à ce sujet. Ils ont un certain nombre de croyances erronées comme s'ils essayaient de se persuader des bienfaits du tabac [10].

Souvent les fumeurs âgés parce qu'ils fument en faible quantité ou parce qu'ils utilisent des cigarettes légères, ne pensent pas être soumis aux mêmes risques que les grands fumeurs [38].

Ils ont plutôt tendance à mettre en avant les effets positifs du tabagisme [3] [67]. D'ailleurs l'argument des effets négatifs sur la santé dans les motivations à l'arrêt est moins présent. Ceux qui reconnaissent les dangers sont donc plus motivés et ont par conséquent plus de chance de succès lorsqu'ils envisagent un sevrage [67]. De plus, les personnes âgées pensent trop souvent qu'il n'y a plus de bénéfice à attendre d'un sevrage si tardif...Ils pensent que les dommages sont irréversibles [10] [38] [39].

Ils sont également très peu sensibilisés aux méthodes de sevrage tabagique et méconnaissent notamment les moyens de substitution disponibles [10].

Les seniors sont plus réticents à penser que le tabagisme entraîne une dépendance. Une grande majorité d'entre eux pense pouvoir s'arrêter sans difficulté et ne considèrent pas le tabac comme une maladie en tant que telle [10] [77].

5.3.4 Facteurs influençant l'arrêt :

Si certains affirment que les fumeurs les plus vieux sont les plus dépendants et les moins susceptibles de s'arrêter, d'autres études mettent en évidence qu'ils sont au contraire plus motivés à l'arrêt et surtout que leurs chances de réussite au sevrage sont identiques voire supérieures à celles des fumeurs plus jeunes [28] [38] [67]. Comme nous l'avons vu précédemment, plus d'un quart des seniors a fait une tentative de sevrage au cours de l'année précédente [38] et les taux de réussite sont plus importants si les personnes âgées ont été encouragées par leur médecin traitant, ou si elles ont utilisé des TSN que lorsqu'elles ont essayé de cesser de fumer de façon isolée [3] [28] [38] [67]. Pourtant, certaines études montrent que l'arrêt du tabac se fait majoritairement seul et que seulement 11% des personnes qui tentent d'arrêter ont recours à leur médecin traitant [75]. Les taux de réussite au sevrage seraient alors certainement plus importants si les médecins conseillaient leurs patients âgés. De plus, les fumeurs les plus âgés, lorsqu'ils ont réussi à arrêter sont moins susceptibles de rechuter que les plus jeunes [38].

Les motivations à l'arrêt sont nombreuses :

Ceux qui réussissent le plus facilement à se sevrer sont ceux pour qui la première motivation à l'arrêt est le bénéfice en santé apporté par le sevrage. Ceux qui pensent que les fumeurs sont plus enclins à développer des maladies, sont plus susceptibles de dire

qu'ils arrêteraient si c'était facile ou dans les 5 années à venir [67]. Ainsi, une bonne connaissance des méfaits du tabac renforce la motivation des patients mais elle n'est bien sûr pas suffisante. Le problème va bien évidemment au-delà du manque d'information [10]. Comme nous l'avons vu précédemment, désormais, le fumeur se sent plus coupable de fumer. Ainsi certains seniors n'osent pas fumer dans les réunions de famille de peur d'importuner leurs proches ou d'être un mauvais exemple pour leurs petits enfants [28]. Ils ont conscience que le tabac peut nuire à leur entourage [77] [79]. En effet, ils servent de modèle pour les générations futures et on sait d'ailleurs que les enfants des parents et grands parents fumeurs sont plus enclins à fumer [10]. De plus, le tabagisme est parfois très difficile à supporter pour les épouses car ce comportement induit des dépenses et génère des soins du fait de l'invalidité liée aux méfaits du tabac [77]. Ce qui expliquerait que les femmes arrêtent plus facilement par rapport aux hommes car elles sont plus sensibles à leur santé, et craignent plus les méfaits du tabac pour elles même et pour leur entourage [68]. D'autres études montrent au contraire que ce sont les hommes qui ont le plus de succès lors des tentatives de sevrage [69]. Enfin, certaines études mettent en évidence que le sexe n'est pas un facteur prédictif de réussite au sevrage [79].

Les études ont également mis en évidence qu'il y avait plus d'arrêts au moment de l'annonce d'une maladie grave, et que les personnes atteintes d'une maladie chronique s'arrêtaient plus volontiers [48] [69] [75]. Il semblerait qu'elles perçoivent plus l'urgence de l'arrêt et le programment donc dans les prochains mois [28].

Le prix des cigarettes ne semble avoir que peu d'influence chez les personnes âgées, ce sont surtout les femmes qui y sont sensibles [3]. Le fait que les traitements d'aide au sevrage tabagique ne soient pas ou peu remboursés par l'assurance maladie ne constitue pas chez les plus vieux un frein au sevrage [10]. Dans tous les cas, il faut les avertir que la durée du traitement substitutif de 4 semaines pour les patchs est souvent nécessaire mais aussi qu'ils peuvent arrêter sans substitution si l'argent est un problème car en général les seniors arrêtent de leur propre chef dans 90% des cas [77].

Les personnes âgées sont très ouvertes aux programmes ciblés de sevrage comme le montrent les recherches publiées depuis 1990 [3]. Elles sont parfaitement aptes à comprendre les bénéfices/risques si on leur explique correctement et pourront alors décider d'un éventuel sevrage en toute connaissance de cause même si on pense souvent qu'elles sont récalcitrantes au changement.

De même, d'autres facteurs prédictifs de réussite chez les personnes âgées ont été identifiés par Ossip-Klein et Dale et notamment :

- **L'âge** : Plus on vieillit, plus on est susceptible de s'arrêter [75]. Différentes études et notamment celles menées par Hajek et Dale ont montré que l'âge était un facteur prédictif positif de l'arrêt du tabac. En effet, la proportion des fumeurs diminue seulement du fait de l'âge, il y a une diminution de l'appétence pour le tabac avec l'âge [62] [39].
- En ce qui concerne le **sexe**, certains affirment que le fait d'être un homme donne 3 fois plus de chance de réussir [69]. D'autres au contraire disent que les femmes ont plus de facilités [68]. Et enfin D'autres études plus récentes n'ont pas montré de différence significative entre les deux sexes [79].

- **Le haut niveau socioéconomique** est un facteur positif influençant l'arrêt. En effet, les personnes issues d'un niveau socio économique plus faible ont moins recours au système des soins et donc moins accès aux systèmes de prévention [77].
- **Le mariage** ou le fait d'avoir un conjoint non fumeur faciliterait l'arrêt [68].
- Importance de **l'entourage non fumeur** qui va inciter au sevrage et les retrouvailles en famille seront alors non fumeur : il y aura moins d'occasions pour fumer. De plus, la peur de montrer le mauvais exemple peut inciter au sevrage.
- La **plus grande motivation à l'arrêt et la plus grande perception des bénéfices à l'arrêt** [48] favorisent le sevrage. On note même une augmentation du pourcentage de réussite chez ceux qui pensent que fumer entraîne plus de rhumes ou augmente le niveau d'anxiété [79].
- **L'utilisation de médicaments pour le sevrage** (4 fois plus de succès avec)
- La **moindre dépendance** à la nicotine [48].
- **L'envie de faire des économies** 7 fois plus d'arrêts quand on pense qu'arrêter de fumer permet de faire des économies [79].
- **L'augmentation du nombre de contacts avec le médecin généraliste augmente les possibilités de s'arrêter** puisque la probabilité de recevoir des conseils à l'arrêt augmente.
- Le fait de **perdre son autonomie** conduit au sevrage car il devient difficile de se déplacer pour aller s'approvisionner en tabac [48]. Il en est de même pour les problèmes financiers.
- Plus de succès quand on trouve que le tabac sent mauvais et Le fait d'utiliser des médicaments pour le sevrage augmente les chances de réussite au sevrage [69].

ETUDE PERSONNELLE

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif principal :

Evaluer la prévalence du tabagisme des plus de 75 ans au sein d'une population issue d'une maison médicale, regroupant 4 médecins généralistes, située en milieu semi-rural. (Maison médicale du Breuil située à Senones dans les Vosges)

Objectifs secondaires :

Evaluer la perception du risque tabagique chez ces fumeurs âgés
Caractériser le statut tabagique des fumeurs âgés
Observer les attitudes des médecins généralistes face à ces fumeurs âgés.

Pour cela, nous avons séparé notre travail en deux parties.

La première s'intéresse à un échantillon de population de plus de 75 ans et la seconde concerne les médecins généralistes.

Ce travail nous permettra ensuite d'orienter des actions de prévention et de prise en charge plus adaptée au sein de cette population.

ETUDE DE PATIENTS

1 MATERIEL ET METHODES

1.1 METHODES DE SELECTION

1.1.1 Population étudiée

Pour faire un état des lieux du tabagisme chez les seniors, nous avons réalisé une enquête descriptive s'intéressant aux fumeurs et ex-fumeurs de plus de 75 ans. Cette enquête nous permettrait d'étudier l'importance du tabagisme au sein cette population à un moment précis et de définir une prévalence. C'est donc une enquête de prévalence.

Il s'agit alors d'une étude exhaustive au sens statistique puisque tous les patients de plus de 75 ans à l'échelon de la maison médicale ont été étudiés.

1.1.2 Critères d'inclusion et de non inclusion

Nous avons préalablement défini des critères d'inclusion à cette enquête.

Ainsi, les patients sélectionnés devaient être âgés de 75 ans ou plus au 1^{er} janvier 2008. Ils devaient également être suivis régulièrement au sein de la maison médicale c'est-à-dire avoir consulté au moins une fois par an au cours des 5 dernières années.

1.1.3 Taille de l'échantillon

Elle était donc directement corrélée au nombre de patients suivis par les médecins de la maison médicale.

448 patients de plus de 75 ans étaient suivis à la maison médicale au 1^{er} janvier 2008. Cet effectif toutefois limité, est suffisant pour déterminer une prévalence.

1.1.4 Recueil

Pour réaliser cette enquête, nous nous sommes aidés du logiciel AXISANTE utilisé par les quatre médecins de la maison médicale. Ce logiciel nous a permis d'identifier tous les patients de plus de 75 ans ayant un dossier médical au cabinet.

Nous avons exclus les patients ayant un suivi irrégulier ou occasionnel (certains médecins ont des activités de type ostéopathie ou gériatrie et reçoivent alors des patients de façon ponctuelle)

Ensuite, parmi les patients identifiés, nous voulions interroger uniquement les fumeurs et les ex-fumeurs. Au sein du dossier médical informatisé, il existe différents items concernant les addictions et notamment pour le tabac les mentions TABAGISME ou PAS DE TABAGISME

La plupart des dossiers médicaux informatisés étaient bien renseignés c'est-à-dire que les critères TABAGISME ou PAS DE TABAGISME apparaissaient clairement.

Certains dossiers étaient incomplets, en tous cas, ne contenaient pas les mentions TABAGISME ou PAS DE TABAGISME. Ce critère a alors été recueilli soit par téléphone, soit au cours des consultations régulières.

D'une manière générale, nous interrogeons chaque patient de plus de 75 ans lors de sa consultation sur son statut tabagique actuel et initial. L'enquête a été menée sur 3 mois environ. **Au final, 108 patients possédaient le critère TABAGISME+ dans leur dossier médical informatisé ce qui signifiait qu'ils étaient soit fumeurs soit ex-fumeurs**

1.2 METHODES D'OBSERVATION

Nous avons réalisé un questionnaire d'opinion facile d'utilisation, c'est-à-dire avec des questions simples, compréhensibles par les personnes âgées, attendant généralement des réponses de type OUI ou NON. (Cf questionnaire en Annexe 6)

Ces questionnaires permettaient d'identifier le patient, de connaître ses antécédents, son environnement, ses habitudes de vie et son histoire tabagique. Ils permettaient également de déterminer la coexistence d'autres addictions à savoir consommation d'alcool, de médicaments psychotropes et d'autres drogues illicites.

Le repérage d'une consommation d'alcool s'est fait par le test DETA. (Annexe 7)

La quantité d'alcool bue quotidiennement était notifiée. Nous avons considéré les verres de la manière suivante : un verre de vin 10 cl = une flute de champagne = un demi de bière = 3 cl de digestif ou d'alcool fort.

Chez les patients qui poursuivaient le tabagisme, la dépendance était évaluée grâce au test de Fagerström. (Cf Annexe 4) Le questionnaire incluait également la notion de sevrage antérieur en analysant les méthodes utilisées pour y parvenir.

J'ai rempli la plupart de ces questionnaires avec les patients à la fin des consultations médicales dans le cadre du suivi habituel des patients. D'autres questionnaires ont été remplis par leurs médecins traitants toujours lors des consultations.

Avant de remplir le questionnaire, deux questions concernant les connaissances des maladies liées au tabac et les moyens disponibles au sevrage étaient posées aux patients. Ils devaient donc répondre aux questions : Quelles pathologies favorisées par le tabagisme connaissez-vous ?

Et connaissez-vous les moyens disponibles pour entreprendre un sevrage tabagique ?

L'activité physique était définie par rapport à la définition de l'OMS, c'est-à-dire correspondant à "tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au dessus de la dépense énergétique de repos". Ainsi, l'activité physique recouvre un domaine plus large que celui de la seule activité sportive. Nous avons ainsi intégré les situations d'activité physique lors de la vie courante et des activités de loisirs, telles la marche, le jardinage...

Le degré de motivation à l'arrêt a été évalué par une échelle qualitative correspondant aux mentions : Pas du tout – Peu – Modérément – Beaucoup

L'autoévaluation de la réussite était demandée en pourcentage.

1.3 ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi-data.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.1, au service d'Épidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy par le Dr C.Latarche.

L'analyse statistique a comporté :

- Une description des caractéristiques des patients : caractéristiques socio-démographiques, antécédents, consommation tabagique et histoire tabagique, circonstances éventuelles d'arrêt ou de poursuite du tabagisme. Pour cette partie descriptive, les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne et leur écart-type, leur valeur minimale et maximale, les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur fréquence.
- Une comparaison des caractéristiques sociodémographiques, antécédents, consommation tabagique et histoire tabagique selon le statut actuel des patients : fumeurs ou non fumeurs, et une comparaison de consommation tabagique et histoire tabagique selon le sexe chez les fumeurs. Pour cette partie les tests statistiques employés étaient le test t de Student ou le test de Mann et Whitney, le test du Khi-Deux ou test exact de Fisher, selon la nature des variables et les conditions d'application.

Le seuil de signification (p) retenu était de 5 %.

2 RESULTATS

2.1 DESCRIPTION DES PATIENTS

- Effectifs :

D'après le logiciel AXISANTE, 72 personnes parmi les 448 patients de plus de 75 ans, possédaient le critère TABAC + au sein de leur dossier médical. Malheureusement, dans certains dossiers ce critère était absent. Nous avons alors pris soin de le recueillir soit par téléphone, soit au moment d'une consultation.

Après recueil du critère TABAC pour les dossiers incomplets, **108 patients ont été inclus dans l'étude.**

Le tableau 2 présente la population étudiée, en termes d'effectifs :

	Effectifs	Prévalences
Nombre de patients >75 ans suivis à la maison médicale	448	100%
Nombre de patients à interroger (fumeurs ou ex-fumeurs)	108	24%
Nombre de fumeurs actuellement	23	5,1%

Tableau 2 : Population initiale : patients >75 ans issus de la maison médicale du Breuil (Senones)

Avant le début de l'enquête, deux patients sont décédés. Deux patients hospitalisés au sein de l'unité Alzheimer de l'EHPAD de Senones ont été exclus du fait d'un interrogatoire impossible.

Au cours de l'enquête, un seul patient a refusé de répondre aux questions. D'après son médecin généraliste, il ne fumait plus depuis très longtemps.

Nous avons alors **recueillis 103 questionnaires** sur une période de 4 mois environ.

	Effectifs	Prévalences
Nombre de patients interrogés	103	100%
Nombre de fumeurs	23	22,3%

Tableau 3 : Population finalement interrogée

- Profils des patients :

Les patients étaient âgés de 80 ans et demi en moyenne (minimum = 75 ans, maximum = 91 ans ; écart type = 3,9 ans).

67 hommes et 36 femmes ont répondu à cette enquête soit respectivement 65% et 35% de l'effectif total.

Le poids moyen des personnes interrogées était de 72,8 kg (minimum = 39 kg ; maximum = 106 kg ; écart-type = 13,6 kg).

- Perception des risques par les fumeurs et ex-fumeurs de plus de 75 ans et connaissances des aides au sevrage.

Première question concernant les maladies liées au tabac :

Quelles pathologies favorisées par le tabagisme connaissez-vous ?

Sur les 103 patients interrogés, 22 patients n'ont pas été capable de citer une pathologie favorisée par le tabagisme. Parmi ces 22 personnes, 4 patients étaient encore fumeurs.

PATHOLOGIES CITEES	NOMBRE DE REPONSES OBTENUES	POURCENTAGES DE REPONSES parmi l'effectif total soit 103 patients	POURCENTAGES DE REPONSES parmi les personnes ayant répondu soit 81 patients
Cancer	41	39.8%	50,6%
Cancer du poumon	25	24.3%	30,8%
Bronchite	13	12.6%	16%
Cancer de la gorge	5	4.85%	6%
Problèmes cardiaques	3	2.91%	3,7%
Insuffisance respiratoire	3	2.91%	3,7%
Cancer de l'intestin	2	1.94%	2,5%
Ulcère gastroduodéal	2	1.94%	2,5%
AVC	2	1.94%	2,5%
Anévrisme	1	0.97%	1,2%
Embolie pulmonaire - TVP	1	0.97%	1,2%
Nervosité	1	0.97%	1,2%
Infarctus du myocarde	1	0.97%	1,2%
Cancer du sein	1	0.97%	1,2%
Tuberculose	1	0.97%	1,2%

Tableau 4 : Réponses et pourcentages de réponses à la question « Quelles pathologies favorisées par le tabagisme connaissez-vous ? »

PATHOLOGIES CITEES	NOMBRE DE REPONSES OBTENUES	POURCENTAGES DE REPONSES parmi l'effectif total de fumeurs soit 23 patients	POURCENTAGES DE REPONSES parmi les personnes ayant répondu soit 19 patients
Cancer	9	39%	47,4%
Cancer du poumon	5	21,7%	26,3%
Bronchite	3	13%	15,8%
Cancer de la gorge	1	4,3%	5,3%
Problèmes cardiaques	1		5,3%
Insuffisance respiratoire			
Cancer de l'intestin			
Ulcère gastroduodéal			
AVC	1	4,3%	5,3%
Anévrisme	1	4,3%	5,3%
Embolie pulmonaire et TVP			
Nervosité			
Infarctus du myocarde			
Cancer du sein	1	4,3%	5,3%
Tuberculose			

Tableau 5 : Réponses et pourcentages de réponses à la question « Quelles pathologies favorisées par le tabagisme connaissez-vous ? » parmi les fumeurs uniquement.

La deuxième question concernait les méthodes possibles pour le sevrage :

Connaissez-vous les moyens disponibles pour entreprendre un sevrage tabagique ?

57 patients y ont répondu.

REPONSES CITEES	NOMBRE DE REPONSES OBTENUES	POURCENTAGES DE REPONSES parmi l'effectif total (103 patients)	POURCENTAGES DE REPONSES parmi les personnes ayant répondu (57 patients)
Volonté	40	38,8%	70%
Patch	21	20,3%	36,8%
Médicament	5	4,8%	8,8%
Acupuncture	2	1,9%	3,5%
Gommes	1	0,97%	1,75%
Aide du médecin traitant	1	0,97%	1,75%
Maladies	1	0,97%	1,75%

Tableau 6 : Réponses et pourcentages de réponses à la question « Connaissez-vous les moyens disponibles pour entreprendre un sevrage tabagique ? »

Chez les fumeurs : 13 patients ont répondu sur les 23 fumeurs (56,5%)

REPONSES CITEES	NOMBRE DE REPONSES OBTENUES	POURCENTAGES DE REPONSES parmi l'effectif total des fumeurs soit 23 patients	POURCENTAGES DE REPONSES parmi les fumeurs ayant répondu soit 13 patients
Volonté	8	34,8%	61,5%
Patch	7	30,4%	53,8%
Acupuncture	2	8,6%	15,4%
Médicament	1	4,3%	7,7%

Tableau 7 : Réponses et pourcentages de réponses à la question « Connaissez-vous les moyens disponibles pour entreprendre un sevrage tabagique ? » parmi les fumeurs uniquement.

2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

- Statut marital :

55,9% de ces personnes étaient toujours mariées, 33,3% étaient veuves, 6,8% célibataires et 4,9% divorcées.

Chez les fumeurs sur 23 personnes interrogées, on compte 9 mariés (39%), 9 veufs (39%), 4 célibataires (17%) et 1 divorcé (4,3%).

- Catégories socioprofessionnelles :

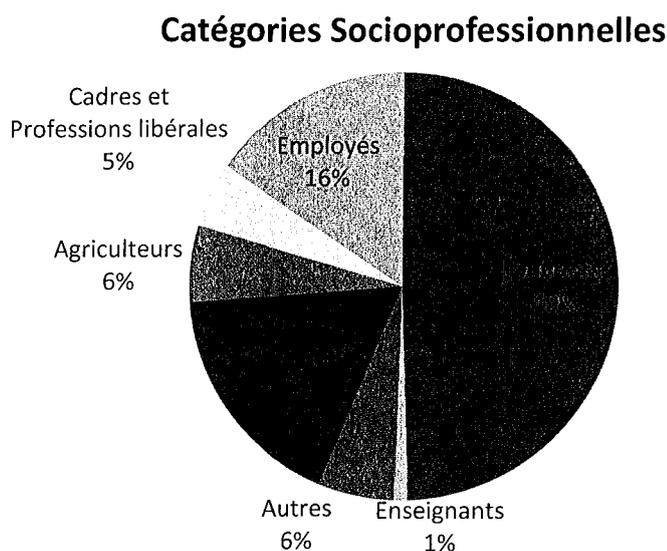


Figure 11 : Répartition des différentes catégories socioprofessionnelles en pourcentages

2.1.2 Antécédents

- Maladies cardiovasculaires :

Les maladies cardiovasculaires se répartissent quasiment de façon identique pour les patients que ce soit pour l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et

l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. En effet, on note une prévalence de respectivement 9,7%, 8,7% et 9,7% pour ces trois maladies.

- Cancers :

Un quart de l'effectif a été atteint d'une pathologie tumorale.

Ces cancers touchent essentiellement la sphère digestive, urinaire, ORL et bronchique, cutanée et gynécologique.

Ainsi, on compte :

TYPE DE CANCERS	NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS
Colon	7
Œsophage	2
Rectum	3
Rein	2
Prostate	6
Vessie	2
Sein	2
Utérus	1
ORL	2
Bronchique	1
EOA	5

Tableau 8 : Types de cancers recensés et nombre de patients atteints

Digestif

■ colon ■ oesophage ■ rectum

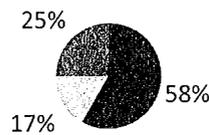


Figure 12 : Pourcentages et répartition des cancers digestifs

Urinaire

■ prostate ■ rein ■ vessie

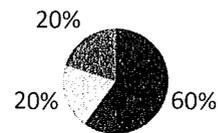


Figure 13 : Pourcentages et répartition des cancers urinaires

- Maladies respiratoires :
70% de la population interrogée en souffre.

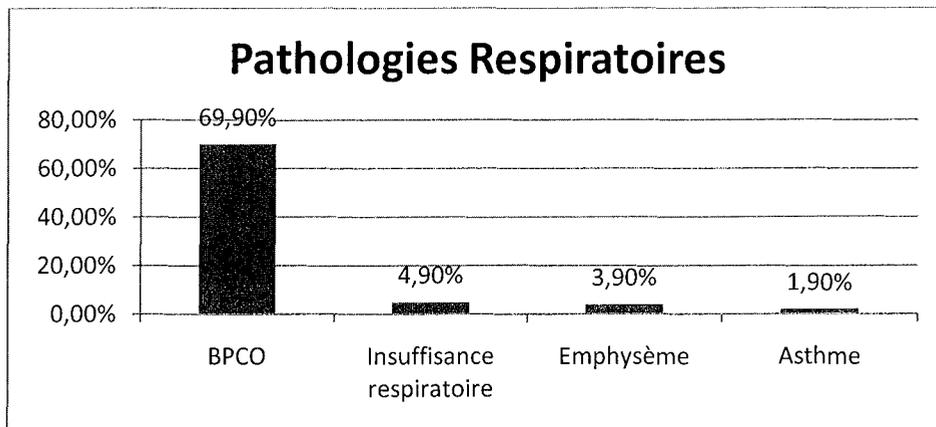


Figure 14 : Répartition et pourcentages des différentes maladies respiratoires

- Maladies neurologiques :
6,8 % de la population en est atteinte. Parmi les pathologies recherchées, on notifiât les personnes souffrant de démence de type Alzheimer et de Parkinson. Ainsi, 6 patients sur 103 étaient déments soit 5,85% et une personne était traitée pour un Parkinson soit 0,97%. Deux personnes avaient été exclues de l'enquête au départ car elles souffraient de démence et le recueil des données était impossible.

- Maladies dermatologiques :
6,9% de l'effectif est atteint d'une pathologie dermatologique invalidante comme le psoriasis, un eczéma de contact ou un problème cutané d'origine allergique

- Autres maladies :
Les patients étaient interrogés sur l'existence d'autres maladies liées au tabagisme telles que l'ostéoporose, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ou de pathologies ulcéreuses.
Ainsi, 12,7% des patients étaient traités pour une ostéoporose, 6,3% souffrait de DMLA et 21.3% d'ulcère gastroduodéal.

- Facteurs de risque cardiovasculaires :
Seulement 10.7% des patients fumeurs ou anciens fumeurs ne sont pas atteints d'autres facteurs de risque cardiovasculaires tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou l'hypercholestérolémie.

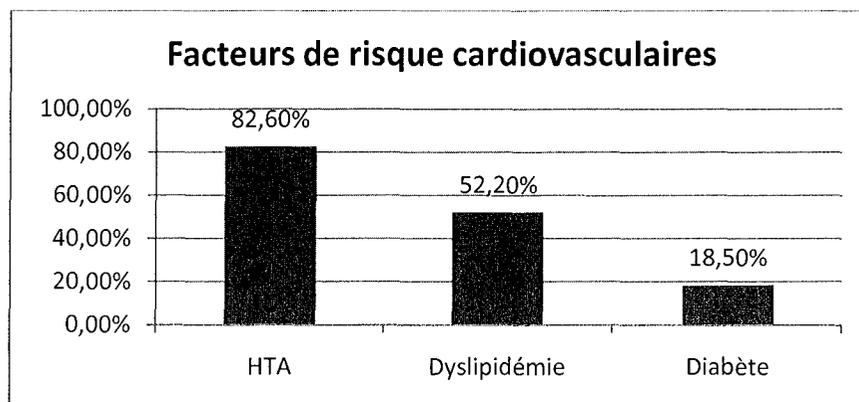


Figure 15 : Répartition et pourcentages des autres facteurs de risque cardiovasculaires.

- Autres antécédents notoires :

Evidemment de nombreuses pathologies ont été recensées chez ces patients âgés souffrant de polyopathologies. Nous avons retenu uniquement celles pour lesquelles un lien avec la pathologie tabagique existe à savoir les thromboses veineuses profondes, les anévrysmes de l'aorte abdominale (AAA), les cataractes, les arythmies par fibrillation auriculaire et les pathologies dégénératives de l'oreille.

Ainsi, 11 patients sont traités pour de l'ACFA, 6 personnes ont fait des phlébites dont deux se sont compliquées d'une embolie pulmonaire et un patient était porteur d'une thrombophilie.

4 patients sont suivis régulièrement pour des AAA, 6 patients ont été opérés de la cataracte et 3 patients sont traités pour un glaucome. 4 patients souffrent de baisse de l'acuité auditive intense liée à une presbycousie et/ou des problèmes d'otospongiose ; on compte également un cas de maladie de Ménière. 2 patients sont très incommodés par une sinusite chronique.

4 patients souffrent de polypose intestinale.

Un cas de rectocolite hémorragique a également été recensé.

- Antécédents psychiatriques :

60,2% de l'effectif avaient une pathologie psychiatrique. Parmi eux, 54,9% se considéraient comme anxieuse, et 30,4% avaient déjà été victime de dépression.

Chez ces personnes ayant des antécédents de pathologies psychiatriques de type dépression ou anxiété, 26,5% étaient en cours de traitement et 30,4% avaient déjà été traité auparavant pour ce genre de symptômes.

2.1.3 Habitudes de vie

- Activité physique :

Seulement 11.7% de l'effectif ne pratique pas d'activité physique régulière

Activité physique par semaine

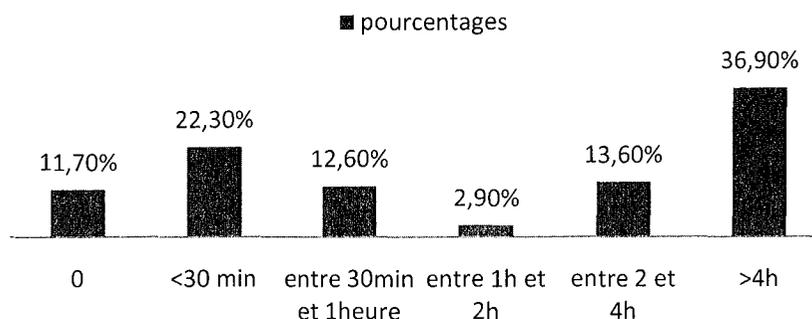


Figure 16 : Pourcentage et répartition de durée de l'activité physique pratiquée par semaine

28,2% des personnes interrogées pratiquaient une activité physique régulièrement dans sa jeunesse. Parmi les disciplines citées, on retrouve des sports extrêmement variés allant du football à la natation, la randonnée, le vélo, la gymnastique...

- Autres usages et mésusages :
 - Alcool :

48.5% des personnes interrogées consomment de l'alcool régulièrement. La grande majorité des patients en consomment **quasiment tous les jours**. (Moyenne 28 jours/mois, minimum 1 jour/mois et maximum 30 jours/mois ; écart-type de 6,6 jours.)

En ce qui concerne le nombre de verres bus par jour, on note une **moyenne de 2,5 verres par jour** (minimum= 0,12 verre/jour et maximum 7 verres/j.)

Au total, il y a une grande disparité entre les patients en ce qui concerne les consommations mensuelles. (Minimum de 4 verres/mois et maximum 210 verres/mois ; moyenne de 62.4 verres/mois avec écart-type de 48,3 verres.)

Consommation quotidienne d'alcool chez les hommes

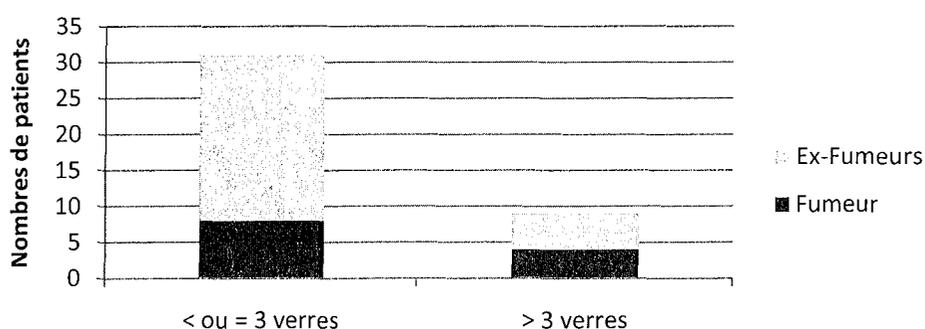


Figure 17 : Consommation quotidienne d'alcool chez les hommes en fonction de leur statut tabagique et par rapport aux seuils de l'OMS

Consommation quotidienne d'alcool chez les femmes

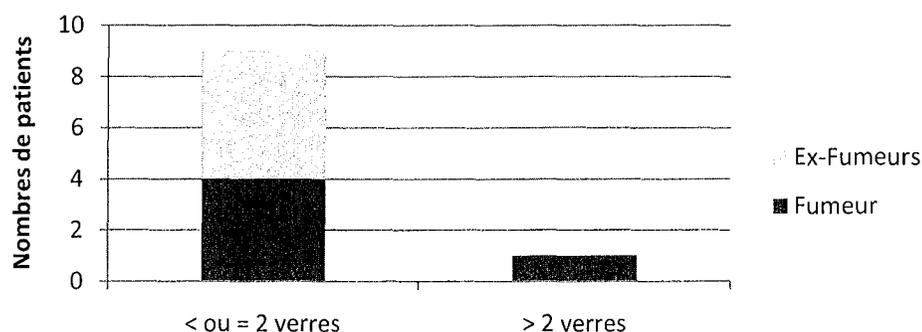


Figure 18 : Consommation quotidienne d'alcool chez les femmes en fonction de leur statut tabagique et par rapport aux seuils de l'OMS

8% des patients qui consomment régulièrement de l'alcool ont un **score au test DETA supérieur à 2** soit 3.9% de l'effectif total. Le mésusage de l'alcool était considéré lorsqu'il la quantité d'alcool avouée était supérieure aux seuils de l'OMS et/ou le score au test DETA était supérieur ou égal à 2. (Annexe 7)

- **Psychotropes :**

Nous avons également essayé de chiffrer l'usage des médicaments psychotropes au sein de cette population. Ainsi, lors du remplissage des questionnaires 41,7% des patients avaient dans leur traitement au moins un médicament psychotrope.

Voici le détail des consommations :

Médicaments	Usage	Mésusage	Seuil de mésusage : (utilisation quotidienne supérieure à)
Benzodiazépines	11.6%	34.9%	12 semaines
Hypnotiques	9.3%	25.6%	4 semaines
Antidépresseurs	51,2%	0%	6 mois après la régression de la symptomatologie et en l'absence de rechute à l'arrêt du traitement
Neuroleptiques	18.6%	0%	6 mois Seuil mal défini dans la littérature
Autres Anxiolytiques	2.4%	2.4%	12 semaines

Tableau 9 : Répartition de l'usage et du mésusage des différents psychotropes en pourcentages

- Autres drogues illicites:

Aucune des personnes interrogées n'utilise actuellement de substances illicites telles que l'héroïne, la cocaïne ou autre. D'ailleurs aucune personne n'a expérimenté ce genre de produits.

2.1.4 Consommation et histoire tabagique

- Age de début :

L'âge moyen d'usage régulier de tabac était de 21,1 ans (minimum : 11 ans ; maximum : 60 ans ; écart-type de 8,4 ans).

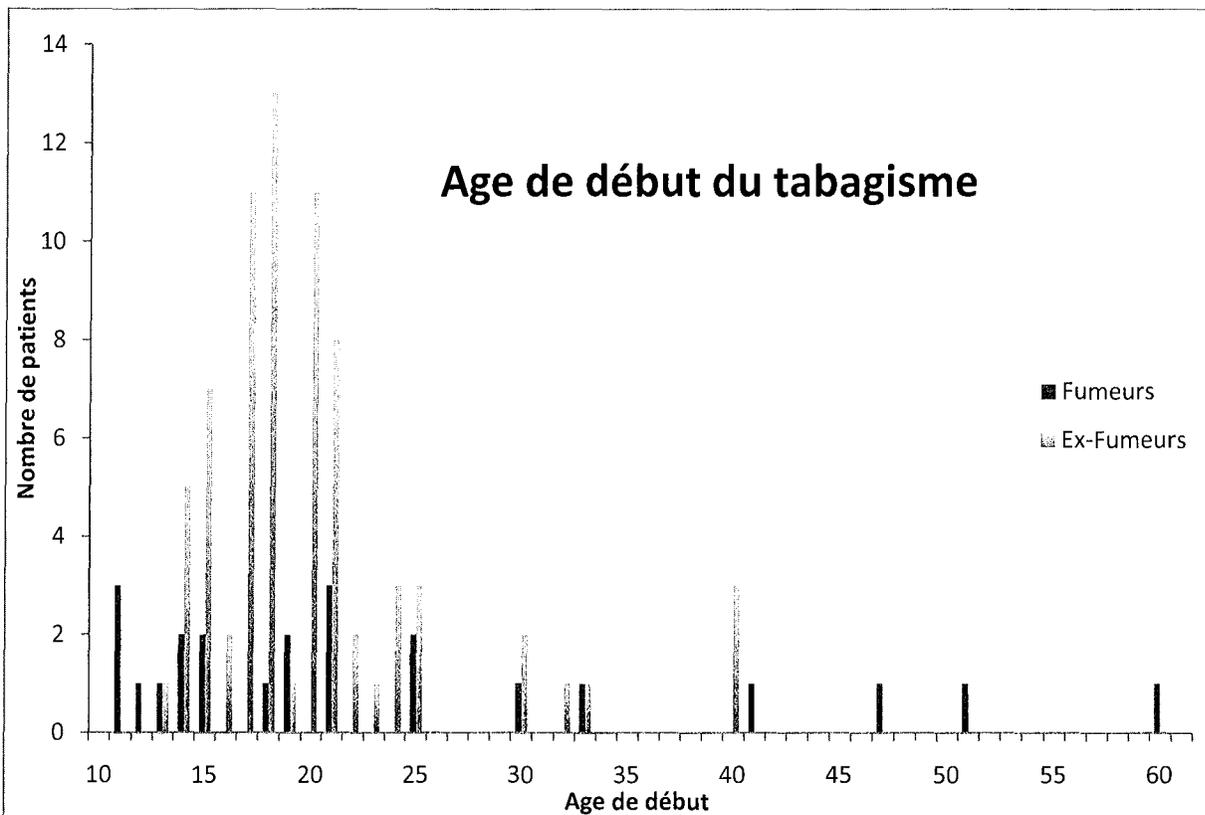


Figure 19 : Age de tabagisme régulier en fonction du statut tabagique actuel (fumeur et ex-fumeur)

- Circonstances de début :

Circonstances d'initiation du tabagisme

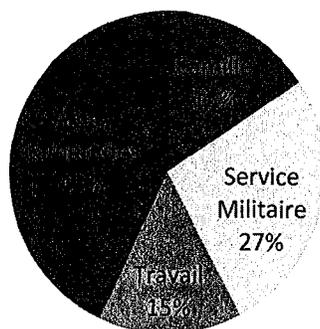


Figure 20 : Circonstances d'initiation au tabagisme en pourcentages

- Types de consommations :

Types de consommations

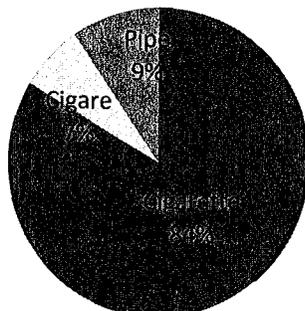


Figure 21 : Différents types de consommations en pourcentage

- Quantifications:

Au moment de l'enquête on comptait 81 ex-fumeurs (78.6%), 19 fumeurs réguliers (18.4%) et 4 fumeurs occasionnels (3.9%). Parmi les 23 fumeurs, on comptait 12 hommes et 11 femmes.

- **Patients sevrés**

Age d'arrêt : La moyenne d'âge à l'arrêt se situe à **64.4 ans**

Minimum= 23 ans, maximum = 86 ans ; écart-type = 15.1 ans.

Quantification : Nous avons estimé la quantité de tabac fumée en paquet-année (PA)

On note alors chez les patients sevrés une moyenne estimée à **35 PA** avec un minimum à 5 PA et un maximum à 165 PA avec un écart-type de 26,3 PA.

Nombre de tentatives :

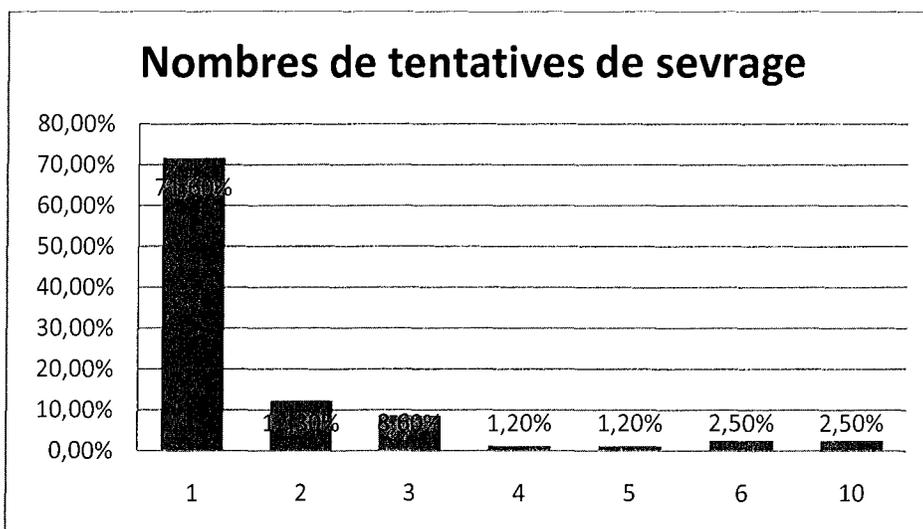


Figure 22 : Nombres de tentatives de sevrage en pourcentages

En moyenne, on compte 1,7 tentative par patient sevré.
(maximum = 10 tentatives ; écart-type = 1,7)

Circonstances d'arrêt :

Circonstances d'arrêt

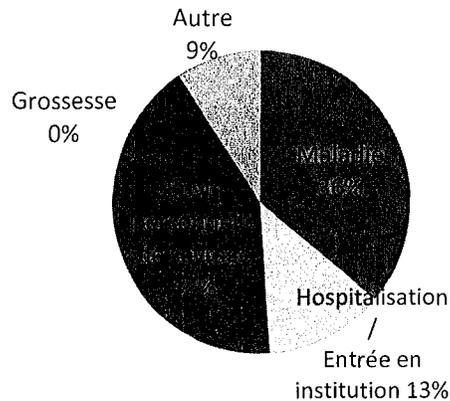


Figure 23 : Différentes circonstances d'arrêt en pourcentages

Aides au sevrage utilisées :

86.4% des patients interrogés n'ont pas eu recours à une aide au sevrage. Ils **se sont arrêtés spontanément sans aide médicale**.

Pour ceux qui ont bénéficié d'aide, 8 personnes sur 18 personnes soit la moitié d'entre eux ont été accompagnés par leur médecin traitant et 4 personnes ont utilisé des substituts nicotiques.

En revanche aucun patient n'a eu recours à une consultation spécialisée, ni reçu de traitement médicamenteux de type bupropion ou varécline et aucun n'a participé à des séances de thérapie cognitivocomportementale.

- **Patients poursuivant l'intoxication tabagique**

19 fumeurs réguliers et 4 occasionnels
11 femmes et 12 hommes

Quantification au moment de l'enquête :

En moyenne, les personnes qui ont poursuivi le tabac fument **4 cigarettes par jour** avec un minimum de moins d'une cigarette par jour à un paquet avec un écart-type de 6.

Tous les fumeurs fument des cigarettes, 2 personnes associent cigarettes et cigarillos et une personne associe les 3 types de consommation soit cigarette, cigare-cigarillos et pipe.

Dépendance –score de Fagerstrom :

Le score de Fagerstrom a été évalué chez les patients qui fumaient toujours au moment de l'enquête.

Voici la répartition des 23 fumeurs.

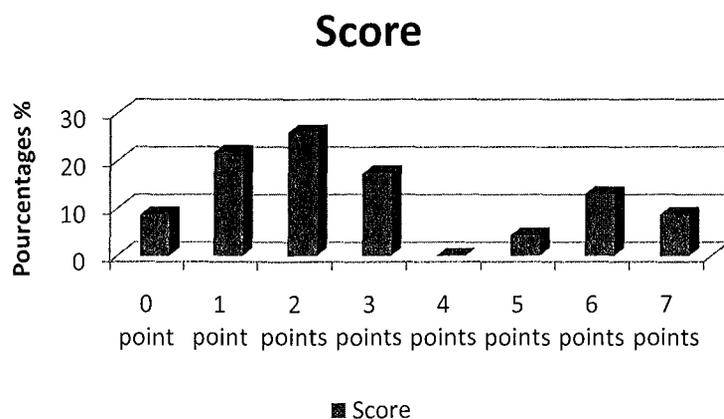


Figure 24 : Scores du test de Fagerström en pourcentages

On identifie deux groupes au sein de notre population. Un premier groupe majoritaire, **17 patients** dont le score est inférieur à 3 donc **peu ou pas dépendant**. Et un second groupe, 6 patients dont le score est compris entre 5 et 7, c'est-à-dire moyennement dépendant. (Moins d'un quart de l'effectif) Aucun patient n'est fortement dépendant avec un score supérieur à 8.

Tentatives d'arrêt :

69,5% des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter et pour la plupart ils ont essayé à plusieurs reprises.

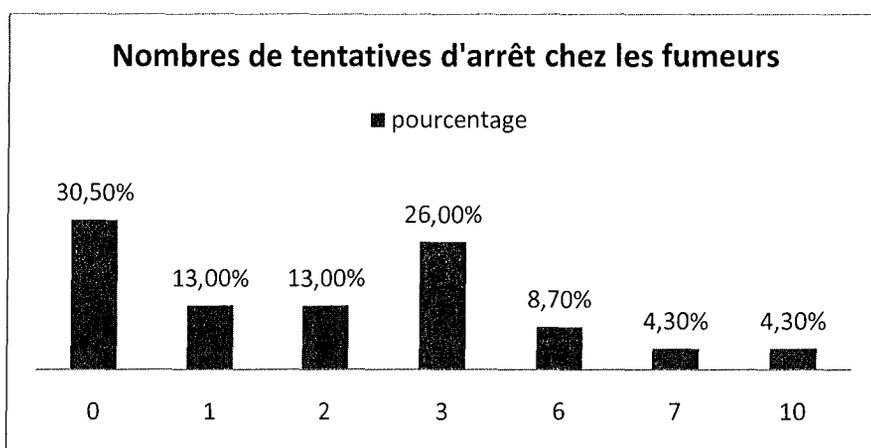


Figure 25 : Nombres de tentatives de sevrage en pourcentages chez les patients fumeurs.

En moyenne, on compte **3,5 tentatives** par patient avec un maximum de 10 avec un écart-type de 2.5 tentatives.

Circonstances d'arrêt et date de la dernière tentative:

Circonstances d'arrêt

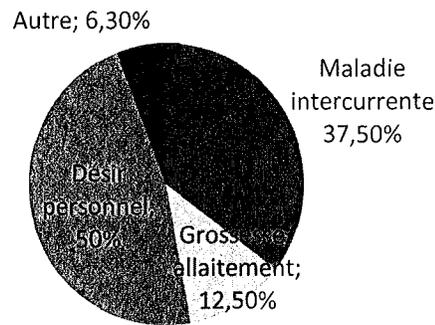


Figure 26 : Circonstances ayant conduit au sevrage tabagique en pourcentage

La dernière tentative d'arrêt remonte en moyenne à **7 ans**.

(Minimum <1 an, maximum > 28 ans ; écart-type = 9,1 ans)

La durée des arrêts a été évaluée en semaines. On trouve alors une moyenne de **11,5 semaines** (minimum = 1 sem; maximum = 30 sem ; écart-type = 9,3 sem).

Conseils à l'arrêt du médecin traitant :

A la question votre médecin aborde t-il régulièrement la question du tabagisme 14 patients soit 60,9% ont répondu OUI. Les 9 patients restants pensent que leur médecin traitant a baissé les bras dans 80% des cas.

Envie d'arrêter de fumer :

14 patients sur les 23 fumeurs soit **60.9% déclarent avoir envie d'arrêter de fumer**.

Degré de Motivation à l'arrêt :

Degré de motivation

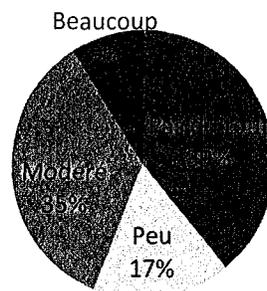


Figure 27 : Degré de motivation à l'arrêt chez les fumeurs en pourcentages

Autoévaluation de réussite en pourcentages :

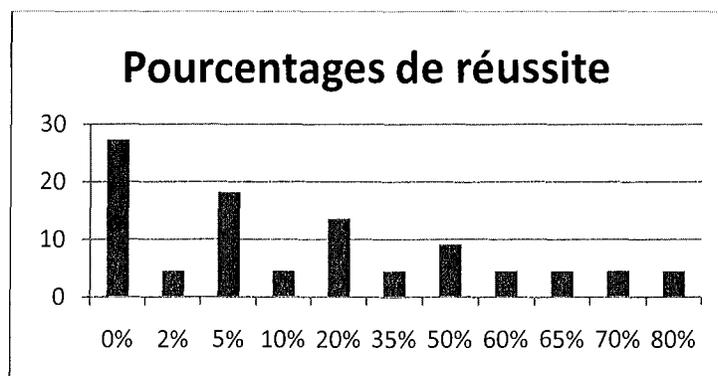


Figure 28 : Estimation par le patient de ses chances de succès au sevrage

Concernant ceux qui souhaitent s'arrêter :

66,7% déclarent en avoir déjà parlé à leur médecin traitant.

22,2% seraient intéressés par un soutien psychologique et 11% par un traitement substitut nicotinique ou médicamenteux.

Concernant ceux qui souhaitent poursuivre le tabac :

De nombreuses raisons sont invoquées. Parmi elles, 92.3% des patients pensent qu'il est **trop tard** pour arrêter et 69.2% qu'il n'y a **plus de bénéfice à arrêter maintenant**.

30.8% pensent qu'il est **trop difficile d'arrêter** et 7.7% ne souhaitent plus essayer d'arrêter car ils ont essayé plusieurs fois sans succès.

Enfin aucune personne interrogée ne pense pouvoir bénéficier d'aide médicamenteuse au sevrage en raison de son traitement en cours.

Demande de l'entourage :

41% des personnes interrogées affirment que leur **entourage** souhaite vivement qu'ils arrêtent de fumer.

2.2 COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES ENTRE FUMEURS ET EX-FUMEURS

Nous avons ensuite voulu comparer les différentes populations fumeuses et ex-fumeurs. Les effectifs étant petits nous ne retrouvons que de très faibles différences.

Tableau 10. Descriptif des caractéristiques sociodémographiques selon le statut tabagique (Fumeurs-Ex-Fumeurs)

	Ex-fumeurs N=80 (77.7%)			Fumeurs N=23 (22.3%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
âge	80	80,8	4,1	23	80,1	3,2	0,48
poids	80	73,2	14,4	23	71,6	10,2	0,63
sexe							0,14
Homme	55	68,8		12	52,2		
Femme	25	31,3		11	47,8		
célibataire	3	3,8		4	17,4		0,04
marié	48	60,8		9	39,1		0,07
divorcé	4	5,1		1	4,3		1
veuf	25	31,6		9	39,1		0,62
catégories socioprofessionnelles							0,65
Ouvrier	38	47,5		13	56,5		
Enseignant	1	1,3		.			
Autre	6	7,5		.			
Artisans/ Commerçants	14	17,5		4	17,4		
Agriculteurs	4	5		2	8,7		
Cadres et Professions libérales	5	6,3		.			
Employés	12	15		4	17,4		

* écart-type

** Test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Contrairement à la population des fumeurs où la répartition est relativement homogène puisqu'on compte 12 hommes et 11 femmes, au sein de l'effectif ex-fumeur, on compte 68,8% d'hommes et 31,3% de femmes.

On ne trouve des différences statistiquement significatives entre ces deux populations qu'au niveau du statut marital des patients. En effet, on compte plus de célibataires au sein du groupe des fumeurs qu'au niveau du groupe des ex-fumeurs.

Pour le reste, il n'y a pas de différence.

Tableau 11 : Descriptif antécédents selon statut tabagique

	Ex-fumeurs N=80 (77.7%)			Fumeurs N=23 (22.3%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
IDM	10	12,5		.			0,11
AVC	7	8,8		2	8,7		1
AOMI	7	8,8		3	13		0,69
Cancer	21	26,3		5	21,7		0,79
Maladies	52	65		20	87		0,07
Respiratoires							
BPCO	52	65		20	87		0,07
IRC	4	5		1	4,3		1
Emphysème	3	3,8		1	4,3		1
Asthme	2	2,5		.			1
Maladies	7	8,8		.			0,34
Neurologiques							
Alzheimer	6	7,5		.			0,33
Parkinson	1	1,3		.			1
Maladies	5	6,4		2	8,7		0,66
dermatologiques							
DMLA	4	8		.			0,57
Ostéoporose	5	10		3	23,1		0,34
Facteurs de risque CV	73	91,3		19	82,6		0,26
HTA	59	80,8		17	89,5		0,51
Dyslipidémies	36	49,3		12	63,2		0,31
Diabète	14	19,2		3	15,8		1
ATCD psychiatriques	47	58,8		15	65,2		0,64
Anxiété	41	51,9		15	65,2		0,34
Dépression	22	27,8		9	39,1		0,31
ttt actuel	20	25,3		7	30,4		0,60
ttt antérieur	23	29,1		8	34,8		0,61

* écart-type

** Test exact de Fisher

En ce qui concerne les différentes maladies et antécédents dont souffrent les patients, on ne note aucune différence significative entre l'effectif fumeur et ex-fumeurs.

Tableau 12 : Descriptif des habitudes de vie selon le statut tabagique

	Ex-Fumeurs N=80 (77.7%)			Fumeurs N=23 (22.3%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Activité physique							0,67
Aucune	11	13,8		1	4,3		
<30min	19	23,8		4	17,4		
30min-1h	9	11,3		4	17,4		
1h-2h	2	2,5		1	4,3		
2h-4h	10	12,5		4	17,4		
>4h	29	36,3		9	39,1		
AP pdt la jeunesse	22	27,5		7	30,4		0,78
Consommation alcool	35	43,8		15	65,2		0,07
nb de jour de consommation	35	27,3	7,8	15	30	0	0,19
nb de verres/jour	35	3,1	4,9	15	3,1	1,5	0,99
nb total de verres/mois	29	47,9	24,1	9	63,3	24	0,59
DETA total							0,03
<2 points	34	97,1		12	80		
>2 points	1	2,9		3	20		
Mésusage de l'alcool	7	8,8		7	30,4		0,01
Psychotropes	31	38,8		12	52,2		0,34
benzodiazépines usage	4	12,9		1	8,3		1
benzodiazépines mésusage	10	32,3		5	41,7		0,72
hypnotiques usage	2	6,5		2	16,7		0,31
hypnotiques mésusage	8	25,8		3	25		1
antidépresseurs usage	15	48,4		7	58,3		0,74
neuroleptiques usage	6	19,4		2	16,7		1
autres usages	1	3,3		.			1
autres mésusages	1	3,3		.			1

* écart-type

** Test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Au niveau des habitudes de vie, on ne retrouve également que peu de différence entre les deux populations. S'il n'y a pas de différence significative au niveau de la consommation de l'alcool, on retrouve une différence statistiquement significative en ce qui concerne le mésusage de l'alcool. En effet, la majorité des personnes ayant un mésusage de l'alcool est toujours fumeuses.

Tableau 13 : Descriptif consommation tabagique et histoire tabagique selon le statut tabagique

	Ex-Fumeurs N=80 (77.7%)			Fumeurs N=23 (22.3%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
âge de début	80	19,9	5,9	23	25,3	13,5	0,01
Initiation familiale	15	18,8		2	8,7		0,35
initiation au service militaire	26	32,5		3	13		0,11
Initiation sur lieu de travail	12	15		4	17,4		0,75
Initiation avec pairs	32	40		15	65,2		0,06
cigarettes	75	93,8		22	95,7		1
cigares	4	5		4	17,4		0,07
pipe	9	11,3		2	8,7		1

* écart type

** Test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

Au niveau des modalités d'initiation, il y avait différents choix possibles ce qui explique le total >100.

Au niveau de l'histoire tabagique et de la consommation tabagique, il y a peu de différence.

La seule variable statistiquement différente entre les fumeurs et les ex-fumeurs est l'âge de début. En effet, la moyenne d'âge d'initiation chez les ex-fumeurs se situe autour de 20 ans tandis que celle des fumeurs persistants est supérieure à 25 ans.

Une autre variable est presque significative : il s'agit de l'initiation avec les pairs. Il semblerait que les patients qui poursuivent l'intoxication tabagique aient plus fréquemment commencé avec des amis que ceux qui sont actuellement sevrés.

Tableau 14 : Descriptif consommation tabagique et histoire tabagique des fumeurs selon le sexe

	Hommes N=12 (52.2%)			Femmes N=11 (47.8%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Age de début	12	19,6	9,7	11	31,5	15	0,018
Initiation familiale	2	16,7		.			0,48
Initiation service militaire	3	25		.			0,22
Initiation sur lieu de travail	2	16,7		2	18,2		1
Initiation avec pairs	6	50		9	81,8		0,19
Cigarettes	11	91,7		11	100		1
Cigares	4	33,3		.			0,09
Pipe	2	16,7		.			0,48
grammes	11	9,5	6,1	9	7,6	6,6	0,49

* écart-type

** Test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student ou de Mann et Whitney pour les variables quantitatives

On a cherché à savoir s'il y avait des différences entre les hommes et les femmes qui poursuivaient le tabagisme. En fait, la seule différence significative se retrouve à nouveau au niveau de l'âge de début.

Les hommes ont commencé aux alentours de 20 ans en moyenne alors que les femmes ont débuté leur tabagisme beaucoup plus tardivement à 31 ans et demi en moyenne.

3 DISCUSSION

Notre travail avait pour objectif de faire un état des lieux du tabagisme des plus de 75 ans au sein d'une patientèle d'une maison médicale située à Senones dans les Vosges.

Notre enquête étant limitée à un cabinet médical, la population peut difficilement être représentative. Il existe de nombreux biais et notamment des biais de sélection et de classification. On distingue des biais de recrutement liés à la localisation géographique: tous les patients sont domiciliés à Senones ou dans ses alentours. La ville de Senones est une cité vosgienne, située dans la vallée du Rabodeau à 20 km de Saint Dié qui compte actuellement moins de 2800 habitants. Le paysage démographique y est assez vieillissant et comprend plus de 14% de personnes de plus de 75 ans (vs 7,7% en France). Cette ville a un passé industriel très marqué, et largement dominé par la filière textile. Actuellement, Senones conserve une population ouvrière très importante avec des taux de chômage atteignant plus de 20% en 2006. On sait que le tabagisme n'est pas réparti de façon uniforme sur le territoire français et la Lorraine est l'une des régions les plus consommatrices de tabac [46].

De plus, l'enquête a été réalisée au sein d'une seule maison médicale regroupant quatre médecins. Deux ont créé la structure et se sont installés depuis presque 30 ans et les deux autres, plus jeunes se sont installés plus récemment. On compte trois hommes et une femme âgés de 57 à 35 ans. La majorité de la patientèle âgée est suivie par les deux médecins installés initialement. L'attitude de ces médecins et leur pratique concernant la patientèle âgée ne peut pas être similaire.

Il y a également des biais de non réponse et perdus de vue. Dans notre enquête, nous avons essayé d'interroger de façon systématique tous les patients de plus de 75 ans. Cinq patients ont tout de même été exclus avant l'enquête pour cause de décès, d'interrogatoire impossible ou de refus de participation.

Notre recueil de données s'est basé sur le système informatique du cabinet. Nous avons considéré que les patients fumaient ou avaient fumé s'ils possédaient le critère Tabagisme positif. Peut être qu'une partie des dossiers contenant la mention PAS DE TABAGISME correspondait en réalité à des patients qui ne fumaient plus au moment de la mise en place du logiciel informatique. L'installation du logiciel date d'une dizaine d'année. Ainsi, il se peut que certains médecins aient coché « pas de tabagisme » alors qu'en réalité il y avait eu une consommation il y a un certain nombre d'années. De même certains patients, lorsqu'on les a interrogés sur leurs consommations, compte tenu d'une intoxication très ancienne ou minime, n'ont peut-être pas cru bon de la mentionner. Notre enquête était finalement très à risque de biais de mémorisation et biais de déclaration. En effet, il peut être difficile pour les patients de dater et de préciser les circonstances d'initiation du tabagisme puisqu'elles remontent parfois à plus de 60 ans. De même, comme le nombre de cigarettes fumées varie au cours de l'intoxication, la quantification précise est plus que délicate. Enfin, certains patients ont oublié les circonstances pendant lesquelles ils se sont arrêtés et d'autres auront tendance à sous estimer leur consommation surtout en ce qui concerne l'alcool.

L'autre problème d'une telle enquête est lié au fait que certaines réponses peuvent être suggérées inconsciemment par l'enquêteur et ses convictions.

Quand on analyse les résultats, on se rend compte qu'il reste un nombre non négligeable de fumeurs. En effet, 448 dossiers ont été examinés et 103 patients étaient alors soit

fumeur soit ex-fumeur. Au moment de l'enquête parmi ces patients, 23 fumaient toujours : 19 de façon régulière et 4 de façon occasionnelle.

La prévalence ainsi calculée est de 22,3% parmi les fumeurs et ex-fumeur et de 5,1% parmi l'effectif total.

Ainsi, un peu moins d'un quart de la population déclare donc avoir été fumeur à un moment de sa vie ce qui est largement moins que les chiffres annoncés par l'INSEE [6]. En effet, d'après des chiffres publiés en 2001, seulement 35% des hommes de plus de 75 ans n'aurait jamais fumé contre 90% des femmes, 58% des hommes seraient sevrés et donc 7% poursuivraient l'intoxication tabagique. Chez les femmes, 6% auraient arrêté et 4% continueraient. En revanche, en ce qui concerne la prévalence du tabagisme au sein de notre échantillon, les données correspondent aux chiffres de l'INSEE.

La prévalence calculée est probablement un peu sous estimée mais il faut rappeler que parmi les 448 dossiers initiaux examinés, les deux tiers (301 dossiers) étaient représentés par des femmes. Ce qui est logique puisque leur espérance de vie est supérieure. Or on sait très bien que les femmes nées dans les années 1920, étaient majoritairement non fumeuses. De plus, la mortalité au sein de l'effectif fumeur est plus précoce et plus importante, ce qui explique également la faible proportion d'hommes dans notre effectif initial. On peut supposer qu'une majorité des hommes décédés était initialement fumeurs, ce qui expliquerait en partie nos résultats. De plus, il faut prendre en considération les biais de classement explicités ci-dessus. Ainsi, certains ex-fumeurs ont pu échapper à notre recrutement, même si nous avons demandé aux quatre médecins de la maison médicale de réinterroger systématiquement les patients de plus de 75 ans sur leur passé tabagique, lors de leur venue en consultation.

Au final, en ce qui concerne les personnes interrogées, on retrouve une majorité d'hommes fumeurs ou ex-fumeurs (65%). Le plus intéressant à noter, c'est que parmi les fumeurs restants, les femmes sont quasiment aussi représentées que les hommes. Ainsi on peut donc dire que si initialement, elles étaient moins nombreuses à fumer, après 75 ans on ne trouve plus de différence significative entre les deux sexes. Ceci correspond un peu à la tendance actuelle du tabagisme qui est un comportement qui se féminise mais sans pour autant devenir majoritaire. Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature et notamment celle de Donzé qui a étudié spécifiquement les femmes âgées face au tabac [38].

De plus, certains avancent comme facteur prédictif négatif de sevrage le fait d'être une femme, ce qui expliquerait ces chiffres. Pourtant, d'autres au contraire, décrivent une plus grande facilité de sevrage chez les femmes les plus âgées [69].

CONNAISSANCES DES PERSONNES AGEES

Pour évaluer les connaissances sur les maladies liées au tabac nous avons donc posé 2 questions ouvertes.

A la première question concernant les connaissances sur les maladies liées au tabac, la majorité des patients ont répondu (88,7%). Pourtant, on constate que les réponses sont assez imprécises. La moitié des patients ont cité le cancer mais de façon non spécifique, 30,8% ont cité le cancer bronchique et 6% le cancer de la gorge.

Seulement 16% des personnes interrogées ont évoqué la bronchite chronique alors que 70% en souffrent. De même que pour les problèmes d'ulcères gastroduodénaux : 2 personnes le citent alors qu'en réalité, plus de 20% en sont atteintes et sont traitées pour cette pathologie.

On se rend alors compte que les personnes âgées sont très imprécises pour répondre à cette première question. Elles se focalisent essentiellement sur les pathologies cancéreuses mais sans grande précision. Il est frappant de voir que seulement 7 personnes aient cité une maladie cardiovasculaire.

On ne peut pourtant pas affirmer qu'elles ne connaissent pas ces pathologies liées au tabac et notamment les maladies cardiovasculaires. En tous cas, elles ne les évoquent pas spontanément. De plus, parmi les pathologies citées il y a aussi quelques erreurs comme la tuberculose ou le cancer du sein.

Enfin, les personnes qui fument toujours sont celles qui sont les plus discrètes quand on les interroge comme si elles n'osaient pas avouer l'existence de ces pathologies ou si elles culpabilisaient trop de toujours fumer en toutes connaissances de causes. Elles ont tendance à minimiser les effets du tabac. Ou peut être qu'au contraire, elles sont dans le déni et ne prennent pas cette question au sérieux.

A la seconde question concernant les différents moyens disponibles au sevrage, seulement 55% des patients y ont répondu. Parmi eux, il est intéressant de noter, que 70% citent la volonté comme moyen essentiel de réussite au sevrage. Un patient déclare d'ailleurs qu'il n'y a pas de remède miracle. Ensuite, quasiment la moitié d'entre eux évoquent une méthode médicamenteuse avec majoritairement le patch, puis les médicaments et enfin les gommes. Une seule personne cite le médecin traitant. De façon plus marginale également, 2 personnes évoquent l'acupuncture.

Chez les fumeurs, on trouve le même taux de participation que pour l'effectif total (environ 55%). Mais, ils sont moins nombreux à évoquer la volonté. Ce résultat paraît logique puisqu'il s'agit des personnes qui n'ont pas réussi à arrêter malgré de nombreuses tentatives. Les ex-fumeurs, sont eux au contraire très fiers de pouvoir dire qu'ils se sont sevrés sans aucune aide et que c'est grâce à une grande volonté qu'ils ont réussi. Les fumeurs sont également moins nombreux que les ex-fumeurs à évoquer les méthodes médicamenteuses telles que le patch ou les médicaments. Sont-ils moins informés des méthodes existantes ? Ou refusent-ils de les citer car ils n'y ont pas eu recours ?

- Statut marital :

Les personnes isolées, célibataires, veuves ou séparées sont en principe les plus nombreuses à fumer [62].

Dans notre étude, une majorité des personnes interrogées est toujours mariée (56%), un tiers est veuf, moins de 7% sont célibataires et moins de 5% sont divorcés. Quand on s'intéresse uniquement aux fumeurs, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les personnes mariées, veuves ou divorcées. Pourtant, on remarque une plus grande proportion de célibataires chez les fumeurs. Il faut tout de même rester vigilant compte tenu de la petite taille de notre effectif de fumeurs et également du fait du problème de classification dans la catégorie célibataire. En effet, certaines personnes séparées et initialement non mariées peuvent se ranger dans la catégorie divorcé plutôt que dans la catégorie célibataire.

Nos résultats confirment donc la tendance selon laquelle les personnes seules et isolées seraient plus longtemps fumeuses.

- Catégories socioprofessionnelles :

La moitié des patients étaient ouvriers. Il est vrai que le tabagisme est corrélé à cette catégorie socioprofessionnelle mais compte tenu de la grande activité textile de la vallée, il n'est pas étonnant de retrouver une grande majorité d'ouvriers dans notre étude.

- Maladies liées au tabac :

D'une manière générale, on ne retrouve que de faibles pourcentages de pathologies chez ces patients fumeurs ou ex fumeurs. Sont-ils épargnés par ce genre de maladies ? En effet, tout le monde n'est pas égal devant les méfaits du tabac, il existe une grande variabilité individuelle du fait de certains facteurs génétiques. On pourrait supposer que les personnes qui ont survécu seraient moins vulnérables au tabac, ce qui expliquerait qu'elles soient toujours en vie. A contrario, la majorité des fumeurs ou ex-fumeurs qui aurait déjà présenté une complication fatale du tabagisme ne serait alors plus comptabilisée dans notre effectif.

Les différentes prévalences des pathologies cardiovasculaires n'atteignent pas 10% que ce soit pour les IDM, les AVC et l'AOMI. Ces chiffres sont donc relativement faibles pour des patients ayant de tels facteurs de risques.

En effet, une étude menée au Canada a essayé de déterminer l'incidence cumulative de la maladie cardiaque chez les fumeurs âgés de 60 ans. Elle est de 16% pour les hommes et 12% pour les femmes. Chez les non fumeurs, elle est inférieure à 6% [26].

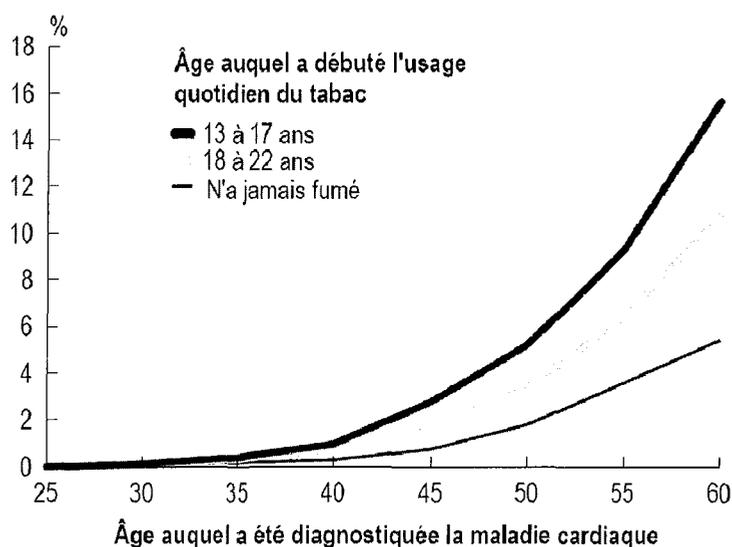


Figure 29 : Incidence cumulative des maladies cardiaques chez les patients en fonction de leur initiation au tabac

On peut donc d'après l'allure de ces courbes estimer le pourcentage de maladies cardiaques qui devrait alors atteindre plus de 30% chez les fumeurs contre 10% chez les non fumeurs environ. De plus, on peut noter que cette étude ne s'est pas intéressée aux ex-fumeurs contrairement à notre enquête.

Pour l'AOMI, on sait pertinemment qu'il existe une sous évaluation de cette pathologie car on compte jusqu'à 80% de patients asymptomatiques [64]. En revanche pour les IDM et les AVC, ces faibles pourcentages sont peut-être liés au fait que ces patients seraient déjà décédés des complications de ces maladies. On peut également supposer que ces pathologies les ont incités à se sevrer il y a peut-être longtemps et qu'ils font partie des personnes qui ont échappé à notre recrutement.

En ce qui concerne la pathologie tumorale, un quart de l'effectif en a été victime. Ces chiffres correspondent aux données de la CNAM qui recensent 26% de patients en ALD pour une pathologie tumorale [59]. La majorité des cancers incriminés se situe au niveau de la sphère digestive et urinaire. Paradoxalement, les cancers des voies aériennes supérieures et bronchiques sont très peu nombreux alors que ces cancers touchent préférentiellement les fumeurs. En réalité, la majorité de ces cancers ont un pronostic très péjoratif. Par conséquent, les sujets qui en sont atteints sont très probablement déjà décédés. Le tabac constitue la première cause de décès par cancer. La fraction attribuable au tabac est de 27% dans l'incidence des cancers chez l'homme et de 33% des décès, et de respectivement 6,1 % et 9,6 % chez la femme.

Actuellement, 30% des cancers sont diagnostiqués après 75 ans [76]. La prévalence chez les seniors augmente non seulement du fait de l'âge mais aussi par l'augmentation de l'exposition à certains cancérigènes. C'est d'ailleurs la première cause de décès dans cette tranche d'âge devant les maladies cardiovasculaires.

Pour les pathologies pulmonaires, la grande majorité des fumeurs et ex-fumeurs soit 70% en est victime. Ces chiffres sont très supérieurs aux données de la littérature. En effet, une étude suédoise avait mis en évidence que 45% des fumeurs de plus de 75 ans avaient une BPCO contre 15 à 20% chez les patients du même âge non fumeurs. [59]

Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas de différence significative dans notre échantillon en ce qui concerne les maladies pulmonaires chez les fumeurs et chez les ex-fumeurs. Comme nous l'avons vu précédemment, la bronchite chronique est une des maladies liées au tabac face à laquelle les médecins insistent plus pour un sevrage. Par conséquent, on peut supposer que les bronchiteux chroniques ont été plus encouragés au sevrage. De même, les effets du sevrage sont très rapidement ressentis chez ces patients avec une amélioration des capacités respiratoires, ce qui les encourage à poursuivre l'abstinence, même si certaines lésions seront irréversibles. Peut-être également qu'avec échantillon plus important, des différences entre les deux groupes fumeurs et non fumeurs seraient apparues.

- Facteurs de risque cardiovasculaires :

Le tabagisme reste un facteur de risque cardiovasculaire important jusqu'à 3 ans après le sevrage. Chez les patients interrogés, 90% avaient au moins un autre facteur de risque vasculaire soit HTA, diabète ou dyslipidémie associé à leur âge et leur sexe. Ce qui signifie que la quasi-totalité des patients possède au moins deux facteurs de risque cardiovasculaire du fait de leur âge avancé. Les patients souffrent d'abord majoritairement d'hypertension puis de dyslipidémie et enfin de diabète.

- Autres antécédents notoires :

Devant la multitude de maladies rencontrées chez ces patients âgés nous avons noté les pathologies pour lesquelles le tabac pouvait être une des étiologies. Pourtant rien ne permet de conclure à l'exclusivité de ce facteur. En effet, il existe de nombreux facteurs de confusion. Il faut donc rester très prudent dans l'analyse de ces résultats, c'est pourquoi nous ne nous y attarderons pas.

- Antécédents psychiatriques :

Notre étude a montré une corrélation entre le fait de fumer ou d'avoir fumé et l'existence d'affections psychiatriques telles que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Ce constat est en accord avec les données de la littérature.

Ainsi, 55% des patients se considèrent anxieux et 30% ont déjà souffert de dépression. On compte ainsi le double de dépressifs par rapport aux chiffres présentés par l'OMS qui annoncent 15% de « dépression vie entière » au niveau mondial. Ces résultats accrus de dépressions sont certainement liés au fait que notre enquête s'intéresse uniquement aux plus de 75 ans. Or on sait que les états dépressifs augmentent également avec l'âge, non seulement parce qu'on vieillit mais parce qu'on souffre de maladies associant une composante dépressive comme le cancer par exemple. En effet, la prévalence de la dépression de la personne âgée varie entre 15 et 40% suivant son lieu de domicile (maison de retraite, hôpital...) [47]. Les données de la CNAM recensent 13% d'admission en ALD pour troubles mentaux chez les plus de 75 ans. [31]

Contrairement à ce que l'on attendait, la comparaison des effectifs fumeurs et ex-fumeurs n'a pas mis en évidence de différence significative entre ces deux populations en ce qui concerne les troubles de l'humeur et l'anxiété. Par conséquent, on pourrait conclure que le sevrage est possible quelque soit l'état psychologique sous-jacent. Ainsi, même les patients qui se disent anxieux ou dépressifs sont parvenus à se sevrer. Il est évidemment difficile de connaître leur état précis au moment du sevrage et de pouvoir conclure.

Une conférence d'experts s'est réunie récemment pour statuer des recommandations concernant l'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques [66]. Malheureusement beaucoup de recommandations n'ont que peu de valeur scientifique car les données de littérature sont insuffisantes. Ainsi, la prévalence du tabagisme est augmentée chez les sujets souffrant de trouble anxieux. Réciproquement, le tabagisme est associé à un risque accru de développer certains troubles anxieux. Les troubles anxieux ne sont pas une contre-indication au sevrage et n'empêchent pas l'utilisation des traitements pharmacologiques de la dépendance tabagique.

Il existe une forte relation entre le tabagisme et les troubles de l'humeur et la symptomatologie dépressive est plus sévère chez les fumeurs dépendants. Chez les malades atteints de troubles de l'humeur, l'arrêt du tabac est de préférence envisagé à distance des épisodes aigus. En phase aiguë, une réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est, à défaut d'arrêt, systématiquement envisagée, en particulier quand il y a des pathologies associées, liées au tabagisme [66].

Dans notre questionnaire, le patient a jugé lui-même de son état psychologique.

Pour caractériser la dépression chez les personnes âgées, il aurait été intéressant d'utiliser l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) afin d'être moins subjectif. (cf Annexe 8)

- Activité physique :

A nouveau, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne l'activité physique des patients fumeurs et anciens fumeurs.

Chez les fumeurs, on ne s'attendait pas à trouver des patients très limités dans leurs déplacements puisqu'ils sont suffisamment autonomes pour sortir fumer ou aller acheter du tabac. Chez les ex-fumeurs, comme les patients venaient pour la majorité d'entre eux consulter au cabinet, on ne s'attendait pas non plus à les voir très dépendants.

Au départ on avait imaginé réaliser des grilles de dépendance de type AGGIR mais on s'est aperçu rapidement que c'était long et inutile. En effet, les patients avaient une majorité de réponses A ce qui les classait systématiquement en groupe iso-ressources 6 c'est-à-dire parmi ceux n'ayant pas perdu leur autonomie. (Cf Annexe 9)

Quant à l'activité physique ancienne, on peut difficilement conclure qu'il y a une corrélation entre le tabagisme et l'activité. De même, il n'y a pas de lien entre ceux qui avaient une activité physique importante dans leur jeunesse et l'état de santé actuel. A nouveau, il faudrait pouvoir comparer notre cohorte à une cohorte de patients n'ayant jamais fumé. En effet, des études montrent que les fumeurs ont une endurance physique moindre que les non fumeurs [3]. Mais notre enquête ne permet pas de répondre à cette question.

- Alcool

La moitié des personnes interrogées consomment de l'alcool quotidiennement (28 jours par mois) en moyenne 2,5 verres par jour. Pour la majorité des consommateurs, ils boivent du vin rouge, un verre par repas en moyenne. Ils consomment ainsi depuis leur jeunesse et ne sont pas prêts à diminuer leurs consommations d'autant qu'ils pensent en majorité que c'est bon à leur santé...

13% des patients qui consomment régulièrement de l'alcool ont un mésusage de ce produit. Ces résultats ont été évalués par le test DETA et par la quantité d'alcool avouée. On peut penser que ces chiffres sont un peu sous estimés. En effet, il est bien connu que les buveurs ont toujours tendance à sous évaluer leur consommation. En ce qui concerne le test DETA il est très facile de répondre Non à l'ensemble des items alors que la clinique et la connaissance de la consommation de ces patients inciterait à les classer dépendants à l'alcool. Pour ma part, je ne connaissais pas assez ces patients pour pouvoir juger de leur consommation et j'ai donc respecté leurs propos.

Il apparaît ainsi une différence significative entre les fumeurs et les ex-fumeurs. Ainsi, les personnes dépendantes à l'alcool sont majoritairement fumeuses.

- Psychotropes :

Plus de 40% des patients interrogés possédaient un traitement par psychotropes au moment de l'enquête. Parmi ceux-ci, la moitié était sous antidépresseurs. Moins de 12% des patients avaient un traitement à base de benzodiazépines mais ce qui est intéressant de noter c'est que parmi eux, plus du tiers mésusaient ce traitement c'est-à-dire qu'ils le consommaient depuis plus de 12 semaines consécutives. De même pour les hypnotiques, on comptait un peu moins de 10% de consommateurs réguliers dont un quart avait un

mésusage à ce type de produit et en consommait quotidiennement depuis plus de 4 semaines.

La France est réputée l'un des pays d'Europe où la consommation de psychotropes et notamment de benzodiazépines est la plus élevée. Un quart des personnes âgées vivant à domicile consommeraient des psychotropes de façon régulière.

Ces chiffres sont donc très inférieurs à ceux que l'on a constaté mais notre public était particulier puisqu'il concernait les fumeurs et ex-fumeurs, catégorie plus à risque de consommer ce genre de produit. De plus, comme nous avons accès au dossier et donc aux ordonnances il était facile de les recenser. La majorité des patients étudiés sont en fait en cours de traitement antidépresseurs. Certaines études ont d'ailleurs montré que parmi les médicaments psychotropes, cette classe était la mieux utilisée et très rarement détournée. Une étude menée par Lechevallier et al. [58] montre que 23% des sujets de 60 à 70 ans consommeraient des benzodiazépines depuis au moins deux ans. L'utilisation augmente avec l'âge, elle est trois fois plus importante chez les plus de 65 ans. Elle est d'ailleurs plus importante chez la femme que chez l'homme. Seulement 11,6% des patients interrogés usaient des benzodiazépines. Ces résultats sont donc inférieurs aux chiffres décrits ci-dessus, mais ces prescriptions dépendent des habitudes des médecins. Ainsi, on peut constater que les médecins de la maison médicale en prescrivent de façon raisonnable. Il faut tout de même noter que parmi les consommateurs réguliers de benzodiazépines, un tiers en consomme depuis plus de 12 semaines.

L'usage des psychotropes est un vrai problème surtout chez les personnes âgées dont le métabolisme d'élimination est altéré les rendant alors plus vulnérables avec une prolongation des effets et potentiellement une augmentation du risque d'effets indésirables [62].

On attribue souvent au tabac une fonction anxiolytique, pourtant, les fumeurs de notre étude ne consomment pas moins d'anxiolytiques que les ex-fumeurs. Les consommations de psychotropes se répartissent de façon identique dans les deux populations.

- Drogues illicites

Concernant les drogues illicites, aucune personne interrogée ne déclare avoir consommé régulièrement ni même expérimenté ce genre de produit. D'après les chiffres du National Institute of Drug Abuse, l'usage de substances illégales diminuerait avec l'âge et concernerait en 2001, 0,6% des personnes de plus de 60ans contre 1,4% des 55-59 ans. Il faut rappeler que nos patients habitent en zone semi rurale et sont issus pour la plupart du monde ouvrier, milieu peu exposé à l'époque aux consommations illicites.

Afin d'établir un plus grand nombre de conclusions, il aurait fallu comparer cette cohorte de fumeurs et ex-fumeurs à une cohorte de non fumeurs en appariant les deux populations. Malheureusement, nous n'avons pas eu le temps de le faire. Cela pourrait être l'objet d'un autre travail.

CONSOMMATION ET HISTOIRE TABAGIQUE :

L'âge de début de consommation régulière de notre échantillon est de 21 ans ce qui est tardif par rapport aux données actuelles. Nous n'avons pas de chiffres pour les personnes

qui sont aujourd'hui âgées de plus de 55-75 ans et pour lesquelles l'âge moyen d'initiation se situait autour de 18 ans. Ainsi, cela correspondait à la période du service militaire. Plus d'un quart des personnes interrogées a d'ailleurs débuté le tabagisme à ce moment là. Quand on les interroge, les hommes évoquent rapidement le temps du service où la distribution des cigarettes faisait partie du kit de survie du soldat. Les patients les plus âgés évoquent également la libération en 1944 comme période d'initiation du tabagisme : l'arrivée des américains est associée à l'arrivée du tabagisme. Certaines patientes évoquent la cigarette comme moyen de séduction. Je me souviens particulièrement d'une patiente qui m'a dit « j'ai fumé ma première cigarette le jour où j'ai embrassé un homme pour la première fois. Cette amourette n'a pas duré, en revanche, je n'ai plus jamais quitté la cigarette. »

Moins classique, une patiente avoue avoir commencé à fumer dans un sanatorium.

Un peu moins d'un tiers a débuté sa consommation avec son entourage proche, soit ses pairs, soit sa famille et enfin 15% sur son lieu de travail. Hormis le service militaire, les modalités d'initiation même si elles sont plus précoces n'ont pas vraiment changé en 60 ans. En ce qui concerne le type de consommation, 95% des patients consommaient des cigarettes (87,8% d'après les chiffres de la littérature). Initialement, il s'agissait de cigarettes sans filtre, brunes ou tabac à rouler, puis les types de consommations se sont un peu modifiés et la majorité s'est tournée vers la cigarette blonde avec filtre voire la consommation de cigarettes légères. Nous avons choisi de ne pas différencier les tabacs bruns, blonds, cigarettes avec filtre, tabac à rouler compte tenu de la petite taille de l'effectif.

On note que l'usage de la pipe est plus important que chez les jeunes générations et reflète effectivement un mode de consommation spécifique de cette tranche d'âge. Toutefois, nos chiffres sont de 10% en moyenne et donc largement plus faibles que ceux annoncés par l'Observatoire Régional de la Santé d'Île de France : 37% chez les 55-75 ans [62].

L'âge à l'arrêt chez les patients sevrés de notre étude se situe aux alentours de 65 ans. Ainsi pour la plupart des patients, il s'agit d'un sevrage relativement récent comparativement à la durée de l'intoxication qui avoisine alors 44 ans. Il y a toutefois une grosse disparité parmi les patients : on note un minimum d'âge à 23 ans et un maximum à 86 ans et un écart-type relativement important de 15 ans. On se rend compte alors que l'arrêt est tardif dans la majorité des cas et qu'il est donc important de cibler les populations de plus de 65 ans qui fument toujours car il est toujours possible de s'arrêter.

Comme pour la durée du tabagisme, on note une grande disparité pour la quantité fumée. Ainsi, on trouve une moyenne de 35 paquets-années (PA) avec un maximum à 165 PA. Ces résultats confirment alors qu'il est possible de se sevrer même si l'on a un usage important et ancien. Tout n'est pas qu'une question de quantité et de durée !

Ces estimations de quantité sont très difficiles à faire. En effet, elles se basent sur les souvenirs des patients qui peuvent être très imprécis surtout que les consommations se sont nettement modifiées au cours des années. La plupart des patients fumaient beaucoup au départ, puis les quantités ont diminué très progressivement parfois jusqu'à l'arrêt. Les consommations ont donc tendance à se réduire spontanément au cours des années. Certains évoquent une diminution de l'appétence pour la tabac voire l'apparition progressive d'un dégoût jusqu'à en être complètement écoeuré. D'autres patients auront tendance à minimiser volontairement leurs consommations.

Chez les patients sevrés, 70% d'entre eux se sont arrêtés dès la première tentative. Cependant, on compte aussi des réussites après 10 tentatives. En effet, il ne faudrait surtout pas conclure que si l'on a essayé une première fois et que l'on a échoué, les chances de réussite diminuent. Un grand nombre d'études montre que le nombre de tentatives de sevrage est un facteur prédictif de réussite à l'arrêt. Quasiment la moitié des arrêts (49%) a eu lieu au décours d'un problème de santé ou au moment d'une hospitalisation. C'est-à-dire que l'arrêt du tabac survient probablement au moment de la découverte d'une complication du tabac et on peut également imaginer que les conseils à l'arrêt ont été renforcés au cours de ces périodes. De plus, l'hospitalisation facilite l'arrêt puisqu'il y est interdit de fumer. En effet, certains se souviennent de cette contrainte au cours d'une hospitalisation sans lien avec une complication du tabagisme mais imposant une immobilisation comme une fracture de hanche ou un accident de travail.

A l'interrogatoire, les circonstances d'arrêt sont nombreuses et parfois insolites. Certains se rappellent parfaitement un épisode violent de bronchite qui les a contraints à arrêter, d'autres évoquent un infarctus ou un accident vasculaire cérébral, la majoration d'une dyspnée ou encore une extinction de voix faisant craindre de ne plus jamais pouvoir chanter... Certains se souviennent d'un arrêt suite à une naissance, un déménagement, après avoir vu leur radiographie pulmonaire, suite à la mise en place de l'oxygénothérapie longue durée à domicile, lors de la fermeture du bureau de tabac du village, ou encore récemment avec l'augmentation des prix du tabac... Certains disent avoir arrêté à la demande de leur entourage, ou lorsque des amis ou parents ont été touchés par des complications du tabagisme.

On remarque par ailleurs que 86% des patients sevrés déclarent ne pas avoir eu recours à des aides au sevrage. Seulement 8 personnes (10%) des personnes sevrées se sont faites aider par leur médecin traitant et 4 (5%) ont eu recours à des substituts nicotiques. Aucun patient n'a bénéficié de consultation spécialisée ou de médicaments type Bupropion ou Varénicline. Quelques uns racontent s'être arrêtés très progressivement jusqu'à oublier de fumer une journée puis deux... D'autres utilisent des moyens plus personnels... En effet, une personne me raconte avoir chiqué des grains de poivre pendant plus d'un an comme moyen de substitution. Enfin, d'autres, évoquent au contraire une tentation toujours très présente même plusieurs années après le sevrage.

Parmi les patients toujours fumeurs, nous avons été surpris, au moment de l'enquête de compter autant de femmes. En effet, nous avons plutôt en tête l'image de vieillards fumeurs et non pas celles de femmes.

Hormis l'âge de début de l'initiation du tabagisme, notre enquête n'a pas mis en évidence de différence significative entre les hommes et les femmes. En effet, l'âge de début est situé aux alentours de 20 ans chez les hommes tandis que les femmes ont débuté en moyenne vers 31,5 ans. Toutefois, on note un écart-type très important et la petite taille de notre échantillon ne nous permet pas de conclure que les femmes qui initient le tabagisme tardivement sont plus sujettes à poursuivre longtemps leur intoxication. En tous cas, cela va complètement à l'encontre de ce qui est décrit à savoir que le début précoce est un facteur prédictif négatif de réussite au sevrage. C'est donc assez surprenant et il faudrait vérifier à plus grande échelle. D'ailleurs la figure n°19, montre bien une répartition

d'allure gaussienne chez les ex-fumeurs où l'effectif est plus important, alors que chez les fumeurs actuels, la répartition est plus aléatoire.

Comme l'âge de début du tabagisme chez les fumeuses est beaucoup plus tardif, ce chiffre se répercute au niveau de la comparaison entre les fumeurs et ex-fumeurs. Ainsi, l'âge de début est plus élevé chez les fumeurs.

Quand on analyse le tabagisme des plus de 75 ans, on se rend compte que ceux-ci sont désormais de petits fumeurs. Ils fument en moyenne 4 cigarettes par jour. D'ailleurs les scores du test de Fagerström sont également en faveur d'une faible dépendance physique voire nulle puisque 70% des patients interrogés ont un score inférieur ou égal à 3. Aucun patient n'a un score supérieur à 8 soit synonyme de dépendance forte. La majorité des patients interrogés déclare en effet fumer une cigarette par jour et même parfois moins. Elles peuvent s'arrêter sans aucune difficulté. La plupart raconte que durant des périodes d'hospitalisations ou de vacances dans leurs familles, elles peuvent ne pas fumer pendant plusieurs jours sans ressentir de signes de manque. En revanche, dès qu'elles sont de retour à domicile elles fument de nouveau, plus par ennui et habitude que par réel besoin ou plaisir.

Le test de Fagerström possède des limites et il est important de confronter les résultats à la clinique. Dans cette enquête, nous avons plutôt l'impression que les patients n'étaient pas dépendants du fait des faibles consommations et de la facilité à se sevrer à tout moment. Ce qui conforte nos résultats.

Il aurait été intéressant de faire une mesure de CO pour refléter plus exactement le degré d'inhalation des patients. Même s'il est vrai que chez les personnes âgées, l'usage de cet appareil peut être délicat.

En ce qui concerne le type de consommations, les personnes âgées fument majoritairement des cigarettes, et certains associent la pipe ou le cigare. Ils fument tous depuis très longtemps mais seulement 68% d'entre eux ont fait une tentative de sevrage. Ces chiffres sont comparables aux données de la littérature 68% en moyenne [67], 79% chez les femmes et 67% chez les hommes [38]. Finalement ce pourcentage est assez faible puisqu'au vu du nombre d'années passées à fumer, le nombre d'occasions pour essayer d'arrêter est beaucoup plus important. Pour ceux qui ont fait des tentatives de sevrage, celles-ci surviennent pour la moitié d'entre elles spontanément par désir personnel. Pour les autres causes, on retrouve dans 37,5% des cas la maladie et 12,5% des cas au moment d'une grossesse ou d'un allaitement. En ce qui concerne les occasions au moment de la grossesse, nous avons été surpris. En effet, parmi les patients sevrés aucun n'a évoqué cette période comme circonstance d'arrêt. D'ailleurs, les connaissances sur les méfaits du tabac pendant la grossesse et les campagnes de prévention ne sont que très récentes et n'ont pas concerné cette tranche de la population.

De plus, on se rend compte que la dernière tentative de sevrage est très lointaine en moyenne 7 ans, comme si passé un certain âge il était trop tard pour s'arrêter et que l'on ne faisait plus l'effort de le faire ou qu'on n'était plus suffisamment incité à le faire.

Les patients évoquent ces périodes de sevrage avec encore des émotions très marquées. C'est pour eux une expérience très difficile. D'un côté, ils ont une certaine fierté de pouvoir dire qu'ils ont réussi à s'abstenir ; d'un autre côté, le sentiment d'échec est encore très présent. Un patient me raconte d'ailleurs qu'il a repris le tabagisme le jour du mariage de son fils alors que cela faisait 5 ans qu'il était sevré. Depuis il n'a plus jamais fait d'autres tentatives de sevrage.

Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes âgées consultent très fréquemment leurs médecins généralistes. Et, les fumeurs consultent d'ailleurs plus que les autres patients. Ils sont donc très souvent en contact avec leur médecin généraliste, véritable pilier de la prise en charge du sevrage tabagique et les opportunités d'aborder ce sujet sont alors très nombreuses.

14 patients (63,6%) déclarent que leur médecin aborde régulièrement la question du tabagisme. Les 9 autres patients pensent dans 80% des cas que leur médecin a baissé les bras. Les médecins sont donc pleinement conscients du problème du tabagisme des plus vieux mais ils auraient tendance à lâcher prise au fur et à mesure des années devant des patients plus que récalcitrants. En effet, certains patients racontent que leur médecin s'acharne à parler du tabagisme, alors qu'il sait pertinemment que ce n'est pas la peine d'insister car ils ne changeront plus d'avis. D'autres disent, « le médecin a tout essayé avec moi, maintenant, il n'ose plus en parler, il sait qu'il a déjà assez perdu de temps... ».

60,8% des fumeurs interrogés déclarent avoir envie d'arrêter.

Quand on les interroge sur leur degré de motivation à arrêter, 40% d'entre eux ne sont donc pas du tout motivés et seulement 9% se considèrent très motivés. Les autres sont donc un peu motivés... L'enjeu va donc être de renforcer leurs motivations à l'arrêt.

Parmi les personnes interrogées, plusieurs disent qu'il est trop tard ; « si j'avais 20 ans de moins, je ferais un effort mais là c'est trop tard, ça ne vaut plus le coup de se sevrer ».

Nos résultats sont alors semblables aux données de la littérature puisque les différentes études annoncent des chiffres variant entre 30 et 76% de motivés à l'arrêt même si parmi ceux-ci la plupart n'ont pas de réels projet.

Certaines études mettent également en évidence que 28% de personnes âgées ayant fait des tentatives de sevrage l'ont fait l'année précédente [39]. Ce qui est loin d'être le cas de nos patients.

En ce qui concerne l'estimation du pourcentage de réussite, il est assez difficile de conclure car l'analyse des résultats montre que la majorité d'entre eux ne croit pas du tout en la réussite. En effet, 70% pensent avoir moins de 20% de chance de réussir une tentative de sevrage. D'où l'importance de les encourager vivement à l'arrêt.

Parmi ceux qui envisagent de s'arrêter, quasiment 70% déclarent en avoir déjà parlé à leur médecin traitant. 22% seraient intéressés par un soutien psychologique et 11% par un traitement substitutif ou médicamenteux. Evidemment ces chiffres peuvent paraître élevés mais en réalité vu la petite taille de notre échantillon, cela ne concerne qu'une ou deux personnes.

Parmi ceux qui n'envisagent pas d'arrêter, la quasi-totalité des patients pense qu'il est trop tard pour se sevrer et 70% pensent qu'il n'y a pas de bénéfice à arrêter maintenant. 30% pensent qu'il est trop difficile d'arrêter et seulement 7% ne souhaitent plus essayer car ils ont déjà essayé à de nombreuses reprises. Ces réponses sont certainement influencées par le questionnaire puisque le nombre d'items était relativement limité.

L'entourage est un facteur prédictif de réussite au sevrage mais évidemment il n'est pas le seul facteur en cause. En effet, 41% des personnes interrogées affirment que leur entourage souhaite qu'ils arrêtent. La encore en tant que médecin de famille on pourra peut-être également renforcer la motivation du patient par ce biais.

ETUDE DES MEDECINS GENERALISTES

Au décours de l'enquête de prévalence, nous avons voulu connaître le point de vue des médecins généralistes sur le tabagisme des plus de 75 ans. Nous voulions avoir des informations plus précises concernant leurs connaissances sur les bénéfices de l'arrêt chez les personnes âgées et leurs habitudes vis-à-vis du tabagisme des seniors. Pour cela, nous avons donc réalisé une enquête de pratique auprès des médecins généralistes du secteur de Senones.

1 MATERIEL ET METHODES

1.1 METHODES DE SELECTION

1.1.1 Population étudiée

Nous avons alors envisagé de réaliser une enquête descriptive au moyen d'un questionnaire de type Connaissances-Attitudes et Pratique. Ce questionnaire a été envoyé à 37 médecins généralistes du secteur de Senones et de Saint-Dié.

1.1.2 Critères d'inclusion et de non inclusion

Les médecins ont donc été sélectionnés en fonction de leur localisation géographique grâce à l'annuaire téléphonique et indépendamment de leur sexe, leur mode d'exercice... Les questionnaires ont été envoyés à tous les médecins de la vallée du Rabodeau, d'Etival-Clairefontaine, de Saint Michel sur Meurthe et de Raon l'Etape. Enfin, quelques questionnaires ont été envoyés à des médecins exerçant à St Dié.

1.1.3 Taille de l'échantillon

Nous voulions obtenir une trentaine de questionnaires, nous en avons envoyé 37 au final.

1.1.4 Recueil

Le questionnaire a été envoyé aux médecins avec une enveloppe timbrée libellée à mon adresse pour faciliter les retours du questionnaire. Les questionnaires reçus étaient alors anonyme.

Cf Annexe 10

1.2 METHODES D'OBSERVATION

Nous avons alors élaboré un questionnaire spécialement pour les médecins généralistes. Les premières questions permettaient de définir en quelque sorte le profil des médecins. En effet, les questions portaient sur l'âge, le sexe, le statut tabagique, la formation dans le domaine de la tabacologie, les modalités d'exercice et sur l'âge de leur patientèle.

Ensuite, une série de trois questions auxquelles il fallait répondre par Vrai ou Faux nous permettrait de tester les connaissances de ces médecins.

Les médecins étaient également interrogés sur les réticences de la part du corps médical face au tabagisme des plus âgés ainsi que sur les éventuels freins à la prise en charge du côté des patients.

Enfin la dernière partie du questionnaire concernait essentiellement leur pratique du sevrage tabagique d'abord dans l'ensemble de la population puis spécifiquement chez les plus de 75 ans.

1.3 ANALYSE STATISTIQUE

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi-data.

- L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.1, au service d'Épidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy par le Dr C. Latarche.
- L'analyse statistique a alors comporté une description des Connaissances - Attitudes - Pratiques des médecins vis-à-vis de la consommation tabagiques des plus de 75 ans. Pour cette partie descriptive, les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne et leur écart-type, leur valeur minimale et maximale, les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur fréquence.

Le seuil de signification (p) retenu était de 5 %.

2 RÉSULTATS

Au total, nous avons reçu et saisi 29 questionnaires. Le taux de participation était alors de 78,4%.

2.1 DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS

- Profil des médecins :

19 hommes et 10 femmes ont répondu soit deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes. Ils étaient âgés de 30 à 65 ans. (Moyenne d'âge= 47,6 ans ; écart-type= 9,6 ans)

Les médecins étaient questionnés sur leur statut tabagique. On comptait alors **4 fumeurs, 10 ex-fumeurs et 15 non fumeurs.**

Statut Tabagique

■ Fumeur ◐ Non Fumeur ▒ Ex-Fumeur

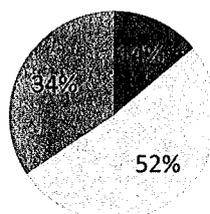


Figure 30 : Statut tabagique des médecins généralistes en pourcentages

En ce qui concerne les ex-fumeurs, le sevrage date de 9 ans en moyenne (minimum= 1 an, maximum = 25 ans ; écart-type = 8,1 ans).

80% d'entre eux expliquent ne pas avoir eu recours à une méthode de sevrage particulière mais déclarent s'être **arrêté seul et spontanément**. Pour les deux autres médecins, l'un déclare avoir utilisé des patchs pendant plusieurs semaines et l'autre a bénéficié du traitement par Varénicline.

45% des médecins interrogés déclarent ne pas avoir bénéficié de formation spécifique concernant le sevrage tabagique. Pour les autres, 3 d'entre eux ont suivi le diplôme interuniversitaire (DIU) de tabacologie, en 2000 et 2008 ; 9 d'entre eux ont suivi une formation dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) et 5 d'entre eux soit un tiers ont reçu des informations dans le cadre de la formation médicale initiale (FMI) de leur cursus universitaire.

Pour la FMC, elle date en moyenne d'un peu plus de quatre ans.

- Modalités d'exercice :

Modalités d'Exercice

■ Association ■ Maison médicale ■ Activité isolée

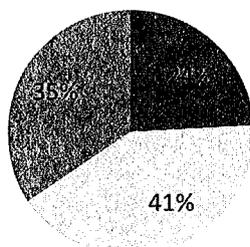


Figure 31 : Modalités d'exercice des médecins généralistes en pourcentages

5 médecins effectuent une activité mixte, c'est-à-dire qu'ils ont une autre activité de médecine soit hospitalière, soit en maison de convalescence ou encore au sein d'une EHPAD.

- Age de la patientèle :

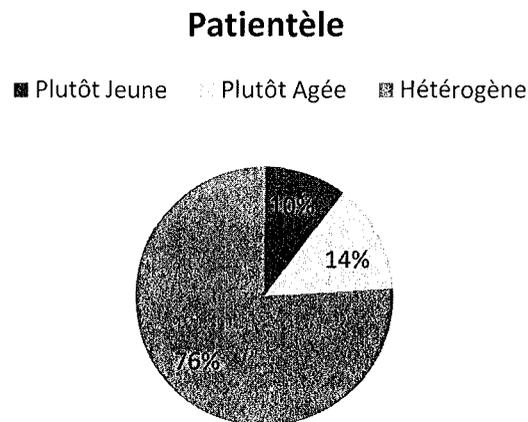


Figure 32 : Age de la patientèle des médecins généralistes en pourcentages

2.2 CONNAISSANCES SUR LES BÉNÉFICES À L'ARRÊT (Q2)

Les médecins généralistes étaient interrogés sur leurs connaissances des bénéfices à l'arrêt chez les plus de 75 ans par l'intermédiaire de trois questions pour lesquelles il fallait répondre par Vrai ou Faux.

A la première question portant sur la différence d'espérance de vie entre les fumeurs et les non fumeurs de plus de 70 ans, 79,3% des médecins interrogés ont répondu qu'elle était supérieure à 10 ans.

A la seconde question portant sur le gain d'espérance de vie suite à un sevrage après 65 ans, 93% des médecins ont répondu qu'il était supérieur à 5 ans.

Enfin, la troisième question, concernait les bénéfices sur l'ostéoporose induits par l'arrêt du tabac. 89,7% des médecins ont répondu que les bénéfices à l'arrêt du tabac n'étaient observés qu'après 10 années de sevrage.

2.3 RETICENCES DU CORPS MEDICAL (Q3)

Seulement 2 médecins interrogés soit 7% de l'effectif total **pensent qu'il n'y a pas de réticence de la part du corps médical pour la prise en charge du sevrage tabagique** des plus de 75 ans. Ils pensent d'ailleurs tous les deux que les patients de plus de 75 ans finissent par arrêter d'eux-mêmes le tabac et que la prise en charge est donc plus facile. De plus, ils pensent également que la prise en charge doit être identique chez tous les patients et que l'âge ne doit pas être un critère pour s'intéresser ou non au sevrage.

Les autres médecins, sont donc ceux qui pensent qu'il existe des freins à la prise en charge du sevrage tabagique du côté du corps médical.

Différents items étaient proposés, voici les résultats :

Propositions	Pourcentages de réponses
Rapport temps investi – bénéfice en santé	89%
Les PA fument en faible quantité et cela ne représente pas de risque pour leur santé	40%
Problèmes liés à l'état souvent dépressif des patients contre indiquant le sevrage	85%
Méconnaissance des bénéfices à l'arrêt même à un âge avancé	85%
Bénéfices à l'arrêt sont nombreux mais il faut en moyenne 10 années de sevrage pour rejoindre un niveau de risque équivalent à la population générale	85%
L'espérance de vie des plus de 75ans est limitée, il ne faut donc pas s'acharner	85%

Tableau 15 : Pourcentages de réponses aux items concernant les freins à la prise en charge du sevrage du point de vue médical.

2.4 RETICENCES DES PATIENTS (Q4)

Les médecins généralistes étaient également interrogés sur les freins à la prise en charge du coté des patients. Voici les réponses aux différentes propositions

Propositions	Pourcentages de réponses
Les plus de 75 ans ne sont pas demandeurs d'aide au sevrage	97%
Compte tenu de leur espérance de vie limitée, les plus de 75 ans considèrent les soins relativement inutiles, surtout s'ils demandent des efforts particuliers	80%
Réticence importante à l'arrêt car se sont des fumeurs de longue date	86%
Attitude au changement des seniors est minime même s'ils ont pleinement confiance en leur médecin	69%
Les motivations à l'arrêt chez les personnes âgées sont minimales	69%
Les personnes âgées méconnaissent les risques encourus pour leur santé par le tabagisme	52%

Tableau 16 : Pourcentages de réponses aux différents items concernant les réticences à la prise en charge du côté des patients.

2.5 IDEES REÇUES : (Q5)

- 45% des médecins pensent que la cigarette est l'un des derniers plaisirs de la personne âgée et que l'on ne peut donc pas leur interdire de fumer.
- 38% des médecins sont convaincus que les patients qui poursuivent leur intoxication tabagique sont en quelque sorte « immunisés ». En effet, s'ils avaient du faire une complication du tabagisme, cela ferait longtemps qu'ils seraient décédés et donc par conséquent, on peut les laisser tranquilles à ce sujet.

2.6 ATTITUDES ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES (Q6)

Les médecins étaient ensuite interrogés sur leurs habitudes de travail vis-à-vis du sevrage tabagique au sein de leur patientèle.

21 médecins soit 72,4% d'entre eux déclarent **suivre régulièrement des patients pour des sevrages tabagiques**.

Pour aider les patients au sevrage, **tous ont recours aux méthodes médicamenteuses** et notamment aux substituts nicotiniques. En ce qui concerne le Zyban® ou le Champix®, seulement 2 médecins ne les utilisent pas soit 9,5% d'entre eux.

En ce qui concerne les méthodes non médicamenteuses 16 médecins soit 76,1% les utilisent.

La répartition se fait alors ainsi :

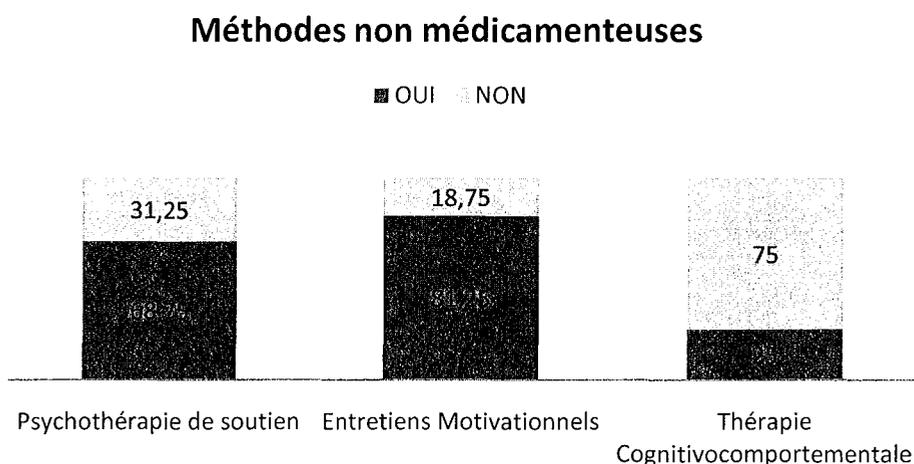


Figure 33 : Utilisation des méthodes non médicamenteuses par les médecins généralistes en pourcentages

Ainsi, 8 médecins n'ont pas l'habitude de suivre des patients pour sevrage tabagique.

- Par manque de temps dans 100% des cas
- Par manque de formation dans 100% des cas
- Par manque d'intérêt dans 75 % des.

2.7 DEMANDE DE SEVRAGE CHEZ LES PATIENTS :

Seulement, 7 médecins soit 24% des personnes interrogées déclarent qu'il y a une demande de sevrage chez les patients de plus de 75 ans.

2.8 ATTITUDE VIS-A-VIS DU SEVRAGE CHEZ LES PLUS DE 75 ANS : (Q7-8)

62% déclarent aborder la question du sevrage tabagique avec les plus de 75 ans.

Parmi ceux qui ont répondu OUI, 72,2% l'abordent de façon systématique dans le cadre du conseil minimal et 27,8% de façon ciblée au décours d'une pathologie liée au tabac.

Les autres déclarent ne pas s'y intéresser

- par manque de temps dans 63,6% des cas,
- par manque de formation dans 72,7% des cas
- par manque d'intérêt dans 81,8% des cas.

Une personne précise d'ailleurs dans la case « autre » que les personnes âgées sont des fumeurs irréductibles et qu'ils ne changeront en aucun cas d'avis sur la question.

2.9 CRITERES POUR S'INTERESSER AU TABAGISME DES PLUS VIEUX : (Q9)

On voulait également évaluer si certains critères de tabagisme amenaient les médecins à être plus incisifs. Un certain nombre de propositions étaient alors suggérées.

Certaines portaient sur la quantité, la durée, l'ancienneté du tabagisme, la forte dépendance ou sur les différentes complications du tabagisme.

Ainsi, 12 médecins soit 41,4% déclaraient n'avoir aucun critère pour s'intéresser au tabagisme et agir de façon systématique.

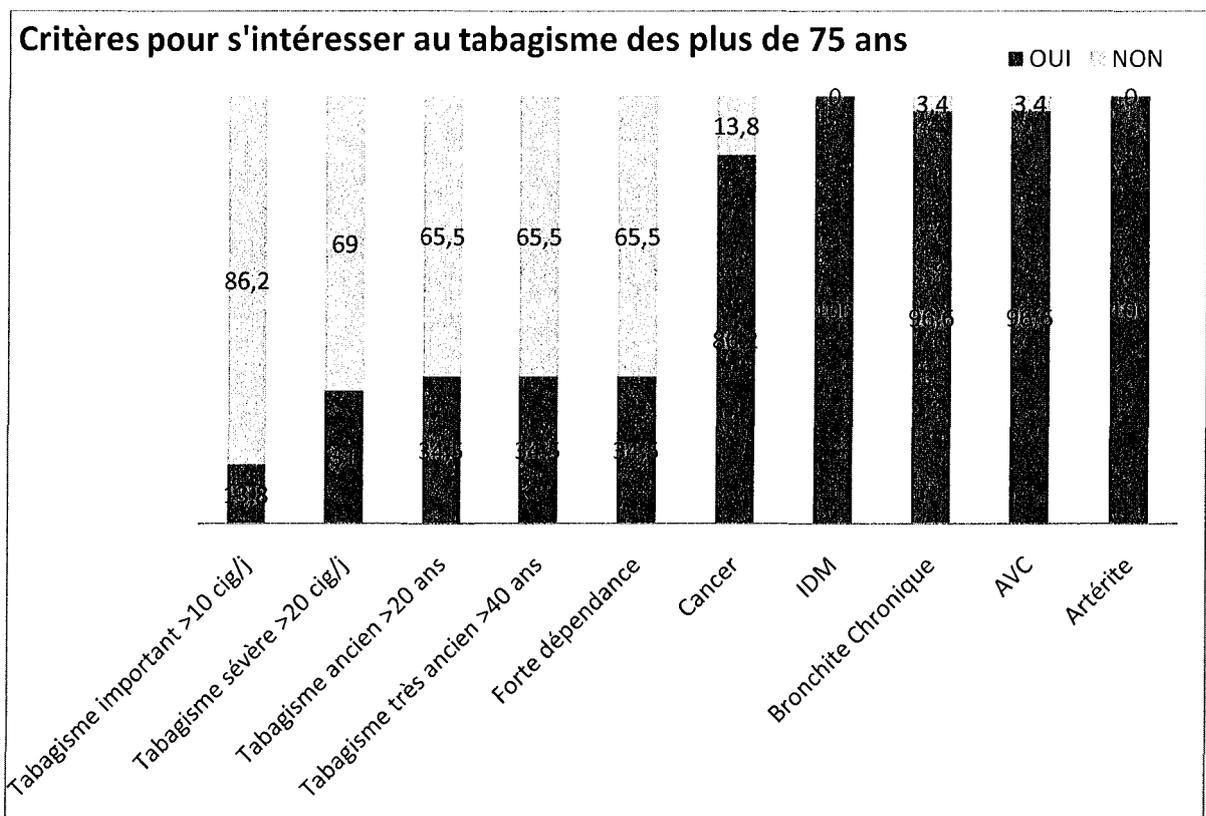


Figure 34 : Critères retenant l'attention des médecins généralistes pour aborder la question du tabagisme en pourcentages

2.10 ARGUMENTS A METTRE EN AVANT POUR ENCOURAGER AU SEVRAGE : (Q10)

Propositions	Pourcentage de réponses
Bénéfice quel que soit l'âge	90%
Amélioration de la qualité de vie et notamment sur le sentiment de bien être	80%
Augmentation de l'espérance de vie	2%
Interaction tabac – polymédication	31%
Amélioration de l'état nutritionnel	24%

Tableau n°17 : Pourcentages de réponses aux items concernant les arguments à mettre en avant pour inciter au sevrage.

2.11 OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE : (Q11)

En ce qui concerne les objectifs attendus pour le sevrage, un seul médecin préconise uniquement la diminution des quantités fumées. Un grand nombre a précisé en notes qu'effectivement l'objectif final est l'arrêt complet et définitif mais que dans un premier temps on peut au moins essayer de diminuer les quantités...

2.12 MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LE SEVRAGE CHEZ LES PLUS DE 75 ANS : (Q12)

48,3% déclarent avoir recours à des méthodes non médicamenteuses et 45% à des méthodes médicamenteuses.

Pour les méthodes non médicamenteuses

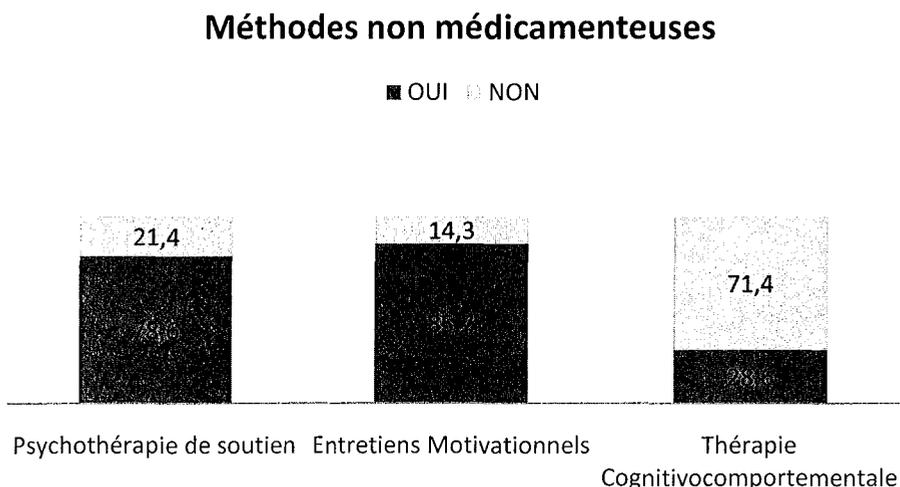


Figure 35 : Utilisation des méthodes non médicamenteuses chez les plus de 75 ans en pourcentages

En ce qui concerne les méthodes médicamenteuses, 92,3% des médecins y ayant recours utilisent des substituts nicotiques et 38,5% utilisent des médicaments tels le Champix® ou le Zyban®.

3 DISCUSSION

La principale tendance mise en évidence par notre enquête est que la majorité des médecins pensent qu'il y a des réticences importantes de la part du personnel médical vis-à-vis du sevrage tabagique des seniors. Le principal obstacle à cette prise en charge est le temps investi par rapport aux bénéfices potentiels d'un sevrage chez un octogénaire.

Comme notre enquête se faisait par l'intermédiaire d'un envoi postal, il était difficile d'avoir des retours sur ce questionnaire. Afin d'obtenir quelques critiques sur celui-ci, j'ai participé à une réunion de groupe de pairs qui se déroulait à Senones où se trouvaient alors une partie des médecins ayant participé à mon travail.

J'ai ainsi récolté quelques impressions. Ce soir là, 9 médecins étaient réunis. La plupart d'entre eux m'a avoué être surpris de ce travail. En effet, pour eux la question du tabagisme des aînés leur semblait marginale voire sans intérêt.

Des médecins m'ont confié qu'ils avaient trouvé le questionnaire un peu compliqué mais que ce travail suscitait chez eux des interrogations. Ils ont reconnu n'avoir que très peu de connaissances sur les bénéfices à l'arrêt chez les plus de 75 ans et avoir eu des difficultés pour répondre aux questions sur les connaissances à ce sujet. Certains ont avoué s'être lassés auprès de patients réfractaires au sevrage et donc faisaient en sorte d'éviter la question du tabagisme des plus vieux, d'autres évoquaient quasiment systématiquement la question sur un ton parfois ironique mais voyaient que cela n'avait que peu de répercussion sur le sevrage en tant que tel.

Tous s'accordaient à dire au final que c'était un sujet délicat et laborieux avec une dimension éthique importante. Ils disent avoir des difficultés pour aborder ce sujet spécifiquement avec les personnes âgées contrairement aux consultations avec des plus jeunes.

Enfin, ils ont l'impression de ne pas avoir eu d'influence lorsque certains seniors se sont arrêtés car, en général, ils le font seuls et sans aide. Les patients se présentent alors à la consultation en leur disant « Ça y est, j'ai arrêté de fumer ! ». Ils ne se sentent pas vraiment responsables de cette réussite puisqu'ils n'y participent pas directement.

Nous ne reviendrons pas en détail sur les différents biais. On retrouve en effet, des biais de recrutement liés à la localisation géographique. Ensuite, il y a les biais de non réponses. Sur 37 questionnaires envoyés 8 n'ont pas été retournés. Evidemment, le fait d'interroger les médecins sous forme de questionnaires induit des biais d'interrogation et de subjectivité de l'enquêteur. Certains médecins interrogés auront tendance à dire qu'ils ont un grand intérêt pour le sevrage tabagique mais en réalité ils ne s'en préoccupent pas...

29 questionnaires m'ont été retournés. Le taux de participation de notre enquête était donc de 78,4%. La répartition des médecins se faisait en 2/3 d'hommes et 1/3 de femmes. Ce qui correspond à la démographie médicale des Vosges au 1^{er} janvier 2006 où l'on comptait 65% d'hommes et 35% de femmes (H : 349 ; F : 187). La moyenne d'âge de notre effectif était de 47,6 ans soit comparable aux données du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui annoncent un âge moyen de 48,3 ans [27].

Notre échantillon retrouve un pourcentage de fumeur autour de 14% soit inférieur aux chiffres du baromètre santé 2003 [44] qui se situent autour de 29%. Pourtant, depuis une quinzaine d'années, la prévalence du tabagisme diminue chez les médecins et les étudiants en médecine [61]. Elle a d'ailleurs diminué de 11% en 10 ans (38% en 1993 vs 29% en

2003) [44]. De plus, ces données concernent également les fumeurs occasionnels, ce qui n'est pas le cas de nos chiffres. La tendance actuelle chez les médecins est donc une baisse franche de la prévalence du tabagisme sans pour autant atteindre celle des médecins anglais se situant autour de 6% [37]. Il est donc difficile de comparer nos chiffres d'autant que notre échantillon est petit.

Pour la plupart des médecins généralistes sevrés, cet arrêt date de 9 ans en moyenne. Ils se sont arrêtés seuls pour 80% d'entre eux. Les médecins sont les premiers informés des méfaits du tabac et comme nous l'avons vu précédemment le fait d'être informé sur les éventuelles complications néfastes du tabagisme est directement corrélé aux taux de sevrage. Malgré les différentes aides médicamenteuses disponibles sur le marché, très peu y ont eu recours (20%).

45% des médecins ont bénéficié de formations sur le sevrage tabagique. Parmi ceux-ci, 73% des non fumeurs en ont bénéficié, contre seulement 40% des ex-fumeurs et 25% des fumeurs. Par conséquent, ce sont les non-fumeurs, les plus formés au sevrage et qui apparemment ont le plus grand intérêt pour ce genre de formations. Peut-être en effet, souhaitent-ils se former car ils manquent de connaissances et d'expérience dans ce domaine puisqu'ils ne fument pas. Ou au contraire, ces derniers étant convaincus des méfaits du tabac, ils souhaitent être plus performants dans ce domaine afin de susciter plus d'arrêts. On aurait pu imaginer également que les ex-fumeurs se sont arrêtés seuls grâce à des formations qu'ils auraient suivies. En réalité, 60% d'entre eux n'ont pas été formés.

Plus de la moitié des médecins déclarent ne pas avoir suivi de formation : en effet, jusqu'à ces dernières années, la formation initiale en tabacologie dans le cursus de médecine générale était quasi inexistante, les formations médicales continues sont actuellement plus nombreuses mais n'attirent pas forcément les médecins. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils ne sont pas capables de prendre en charge cette problématique.

Quand on interroge les médecins sur leurs pratiques, on remarque que 72,4% d'entre eux ont l'habitude de suivre des patients pour des sevrages tabagiques. Ce qui est tout de même inférieur aux chiffres publiés par l'INSERM en 2004 qui exposent 90% de prise en charge isolée par les médecins généralistes. En pratique, avec une moyenne de 23 actes par jour, les médecins ne rencontrent que 2 patients par semaine en vue d'un sevrage [52].

Concernant les connaissances des médecins trois questions leurs étaient posées pour essayer de les évaluer.

La première question portait sur la perte d'espérance de vie chez les fumeurs comparativement aux non fumeurs. La différence est effectivement de 10 ans en moyenne. Il fallait donc répondre VRAI. 80% des médecins sont plutôt conscients des bénéfices certains.

La seconde question abordait elle, au contraire le gain d'espérance de vie suite à un sevrage tardif après 65 ans. La réponse attendue était FAUX car le nombre d'années gagnées est inférieur à 3 ans.

Les résultats montrent que quasiment la totalité des médecins a surestimé ce bénéfice puisque 93% d'entre eux pensent qu'il est supérieur à 5 ans.

Malheureusement, ce résultat en termes d'espérance de vie ne va certainement pas convaincre d'avantage les médecins d'inciter les plus vieux au sevrage. En effet, la majorité d'entre eux n'était déjà pas complètement convaincue des bénéfices à l'arrêt...

La troisième question concernait les bénéfices apportés par le sevrage sur l'ostéoporose. La réponse attendue était effectivement la réponse VRAI puisque les bénéfices observés ne sont effectivement visibles qu'après 10 ans de sevrage en moyenne. 90% des médecins interrogés ont répondu par la bonne réponse.

Aux questions 1 et 3, plus de 80% répondent correctement et à la question 2, 90% répondent de façon incorrecte.

Il est difficile de conclure sur les connaissances des médecins généralistes puisque nous n'avons posé que trois questions. Nous ne voulions pas non plus trop alourdir ce questionnaire afin d'obtenir un taux de participation relativement important. De plus, on aurait dû ajouter pour chaque question une case « Ne sait pas » car nos résultats ont pu être faussés par des personnes qui ont répondu au hasard.

Les médecins sont conscients pour la plupart de leur manque de connaissance dans ce domaine. Il aurait été pertinent de leur demander s'ils étaient intéressés par d'éventuelles formations sur le sujet. Les médecins que j'ai pu rencontré m'ont dit qu'ils avaient eu des difficultés pour répondre.

En ce qui concerne les méthodes de sevrage, tous les médecins ont régulièrement recours aux traitements par substituts nicotiques. Pour ce qui est des médicaments, tels le bupropion et la varénicline, 90% des médecins les utilisent régulièrement. Paradoxalement, les médecins sont un peu moins nombreux à utiliser les méthodes non médicamenteuses. Lorsqu'ils y ont recours, ils privilégient les entretiens motivationnels. Les techniques de thérapie cognitivocomportementale sont celles qui sont le moins utilisées. Ceci est certainement lié au fait que ce sont celles qui requièrent le plus de formation, de compétence et de temps.

Cette observation met en quelque sorte en évidence que certains médecins cherchent à être plus efficaces en prescrivant des médicaments. La prescription de médicaments est largement moins chronophage que la psychothérapie. De plus, elle demande moins d'investissement personnel, ce qui pourrait expliquer qu'elle soit plus utilisée.

Pourtant la majorité des études montre que l'association d'une psychothérapie et d'un traitement médicamenteux est le meilleur remède pour vaincre le tabagisme. Certains mettent d'ailleurs en avant que c'est essentiellement cet aspect qu'il faut renforcer pour augmenter les chances de réussite au sevrage et non pas uniquement la substitution. En effet, l'addiction à la nicotine n'est pas la seule problématique du tabagisme sinon la substitution serait largement plus efficace.

Ceux qui disent ne pas avoir une pratique régulière du sevrage tabagique c'est-à-dire 8 médecins, invoquent tous un manque de formation pour le faire. 75% d'entre eux disent que c'est également par manque de temps et d'intérêt qu'ils ne pratiquent pas cette activité.

Quand on observe le statut tabagique des médecins, on se rend compte que, parmi les fumeurs, trois médecins sur quatre disent ne pas avoir l'habitude d'avoir recours au sevrage tabagique au sein de leur patientèle. Chez les non fumeurs et les ex-fumeurs, les effectifs sont beaucoup plus faibles : 2 sur 15 chez les non fumeurs et 3 sur 10 chez les ex-fumeurs.

Bien entendu nos effectifs sont trop faibles pour établir de véritables corrélations. Dans tous les cas, on ne peut tout de même que constater que les fumeurs s'impliquent moins dans la prise en charge du sevrage.

La quasi-totalité des médecins interrogés pense qu'il y a des réticences de la part du corps médical pour la prise en charge du sevrage tabagique des plus âgés. La plupart pense que le temps investi par rapport aux bénéfices apportés au patient par un sevrage tardif constitue le frein essentiel de la prise en charge. La diminution de l'espérance de vie ne les incite à ne pas s'acharner. De plus, ils sont persuadés que les bénéfices, s'ils existent, ne sont pas visibles immédiatement et que de toutes façons il persistera systématiquement des séquelles. Avant que les risques se superposent à ceux des non fumeurs, il faudra plusieurs années...

Nous sommes bien conscients que le sevrage tabagique chez des personnes âgées non motivées et parfois récalcitrantes est plus que difficile. Mais il ne faudrait surtout pas que cela devienne un prétexte à ne pas s'engager dans ce défi. Ce serait alors une perte de chance pour le patient.

Les patients qui se sont sevrés tardivement mettent souvent en avant des arguments d'amélioration de leur qualité de vie en comparaison avec leur vie antérieure [69]. Ceci constitue donc un point essentiel à mettre en avant pour la prise en charge. De plus, concernant l'espérance de vie, on sait qu'elle augmente. A 75 ans, l'espérance de vie est de 10 ans pour les hommes et de 13 ans pour les femmes (Données de l'INSEE 2005). Chez les femmes, l'enjeu est vraiment très important. On a vu qu'elles étaient de plus en plus nombreuses à fumer et que justement le sevrage était encore plus difficile chez elles [39]. On constate de façon encore plus surprenante que plus des deux tiers des médecins pensent que, si les personnes âgées fument en faible quantité, cela ne représente qu'un faible risque pour leur santé. On sait pourtant depuis de nombreuses années qu'il n'y a pas de seuil délétère pour l'usage du tabac et que, plus que la quantité, c'est la durée du tabagisme qui est néfaste. Encore une fois, le tabagisme est sous estimé, même par le corps médical, au niveau de ses méfaits. Comment des médecins (45% dans notre enquête) qui sont persuadés que le tabac est le dernier plaisir de la personne âgée ou qui sont convaincus que les patients qui poursuivent le tabagisme après 75 ans sont « immunisés » des méfaits du tabac (38%) vont-ils pouvoir inciter les seniors au sevrage ? Ces arguments concernant le plaisir et « l'immunité potentielle » exposés dans ce questionnaire pouvaient pourtant apparaître comme des évidences mais les médecins ne les ont pas rejetés.

De même, les médecins s'accordent à dire que l'un des principaux dilemmes de la prise en charge des seniors et du tabagisme est le problème de l'humeur dépressive sous jacente. Comme nous l'avons vu précédemment, le sevrage doit être reporté à distance de l'épisode aigu. Mais cela ne doit pas pour autant empêcher d'aborder le sujet afin de faire germer l'idée d'un potentiel sevrage.

Evidemment, les freins à la prise en charge des fumeurs âgés ne sont pas uniquement dus aux médecins qui d'ailleurs s'accordent tous à dire que le problème est également lié au patient. En fait, quasiment tous pensent que les patients ne sont pas demandeurs de sevrage et le trouvent inutile compte tenu de leur espérance de vie. Ainsi les freins du côté des médecins et des patients se rejoignent. Les mentalités et les ressentis de chacun vont donc difficilement évoluer pour modifier des comportements que ce soit dans le tabagisme pour les patients ou l'incitation au sevrage du côté des médecins. Beaucoup de médecins pensent que les personnes âgées ne sont pas motivées au sevrage et qu'elles sont récalcitrantes au changement. Pourtant, même si les résultats de notre enquête sont très relatifs en ce qui concerne les motivations à l'arrêt, plusieurs études ont mis en évidence que les degrés de motivations étaient identiques voire supérieurs aux plus jeunes [39] [38]

[79]. De même, les études ont montré que les personnes âgées étaient moins dépendantes [38], et que les taux de réussite au sevrage pouvaient être supérieurs à ceux des plus jeunes [38] [39]. Ces résultats mettent alors en évidence le manque de connaissances des médecins dans ce domaine. D'ailleurs, de nombreux médecins reconnaissent que cela influe sur leurs pratiques mais il s'agit d'un problème plus complexe qu'un simple manque de connaissance. En effet, la dimension personnelle intervient pour une grande part. C'est le médecin lui-même qui juge si cela lui paraît intéressant d'évoquer le sevrage et ce, quel que soit l'âge. En effet, c'est lui qui peut intervenir sur ce facteur et de façon très incisive. Chez les personnes âgées, comme il n'existe pas de campagnes de prévention en parallèle, si le médecin n'envisage pas le sevrage, personne ne le fera à sa place. C'est donc au médecin, possédant les connaissances, d'évoquer de façon systématique le sevrage. Ce n'est pas à lui de décider si cela lui paraît intéressant d'initier un sevrage. En réalité, il n'y a aucune raison d'être plus tolérant avec les seniors qu'avec les autres adultes. Les risques encourus sont d'ailleurs supérieurs chez les plus vieux puisque la durée de l'intoxication est largement plus ancienne.

La totalité des médecins avait insisté sur le fait que les personnes âgées n'étaient pas demandeuses de sevrage. Or, quand on leur pose explicitement la question de savoir si dans leur patientèle, les personnes âgées sont demandeuses de sevrage, 7 médecins (soit 24%) affirment avoir des demandes. Il est donc difficile pour nous de conclure à cette question. Mais on ne peut que constater que les plus de 75 ans ne sont pas complètement récalcitrants aux changements et au sevrage. Ces différences sont probablement liées aux biais d'interrogation et de subjectivité du questionnaire.

En ce qui concerne leurs pratiques du sevrage tabagique spécifiquement avec les personnes âgées, on se rend compte qu'elles sont un peu différentes des pratiques abordées avec le reste de la population. La majorité des médecins (62%) dit s'intéresser au tabagisme des seniors. La plupart d'entre eux dit aborder cette question de façon systématique dans le cadre du conseil minimal. Pourtant lorsqu'on leur demande si certaines situations les amènent à être plus incisifs, ils sont moins nombreux à déclarer, agir de façon systématique sans critère. En tous cas, quasiment tous insistent d'avantage lorsqu'il y a des complications directes du tabagisme comme dans le cadre de maladies cardiovasculaires (IDM, AVC et AOMI) ou chez les patients atteints de bronchite chronique. En effet, les complications sont le reflet des méfaits du tabac. Il est alors plus facile d'intervenir puisque les lésions sont concrètes à la fois pour le médecin et le patient. Pour autant, lors de la découverte d'un cancer, ils sont un peu moins nombreux à renforcer leur demande de sevrage. Le cancer peut évoquer chez certains médecins une réduction de l'espérance de vie et alors ils n'inciteront pas au sevrage à ce moment là. A contrario dans le cas de la bronchite ou de l'artériopathie, l'arrêt du tabac aura des bénéfices rapidement palpables par le patient et le médecin. L'impact sera alors beaucoup plus important et incitera d'avantage au sevrage. De plus, ces pathologies sont très à risque de récurrence et donc la diminution des facteurs de risque peut minimiser la survenue des rechutes. Pour ce qui est de la quantité, de la durée ou de la dépendance au tabagisme, les médecins n'ont pas vraiment l'air de s'en préoccuper.

Comme on pouvait s'y attendre, les médecins sont moins nombreux à réaliser des sevrages tabagiques chez les plus de 75 ans (48% vs 72%). En ce qui concerne, les moyens mis en œuvre, on retrouve une inversion des répartitions entre les méthodes non

médicamenteuses et médicamenteuses. En effet, si auprès des populations adultes les médecins ont plus recours aux médicaments, la tendance chez les personnes âgées est plutôt en faveur des méthodes non médicamenteuses. Dans tous les cas, ils sont très peu nombreux à avoir déjà utilisé le bupropion ou la varénicline chez les seniors. Ce sont surtout les substituts nicotiques qui sont utilisés. Le manque d'habitude d'utilisation ou la crainte d'ajouter une nouvelle molécule à des traitements déjà lourds doivent être les causes des sous utilisations de ces thérapeutiques. De plus, les études même chez les personnes âgées ont mis en évidence des réussites plus nombreuses lorsque l'on utilisait des traitements pharmacologiques. Il faudrait donc insister sur l'utilisation possible de ces molécules pour cette tranche de la population.

Pour aborder et encourager le sevrage chez les personnes âgées, l'argument des bénéfices quels que soit l'âge remporte quasiment la majorité des voix des médecins généralistes. C'est en effet, un très bon argument facilement recevable par la majorité des patients, de plus, il existe un certain nombre d'exemples illustrant les bénéfices. Certaines plaquettes de prévention à l'étranger visent spécifiquement ces patients et ont montré leur efficacité auprès des plus vieux. (cf Annexe 11). On peut imaginer que ce type de support apparaisse également en France pour faciliter la prise en charge des seniors. En effet, le support visuel permet surtout à cet âge où commencent à apparaître des déficits cognitifs de pouvoir relire pour mémoriser plus aisément ces messages de prévention. Toujours dans la même lignée, l'argument de l'amélioration de la qualité de vie et du sentiment de bien être des patients serait souvent mis en avant pour encourager au sevrage. En revanche, seulement la moitié des médecins argumenterait sur l'augmentation de l'espérance de vie. Il est vrai que l'on rencontre souvent dans notre pratique des personnes âgées souffrant de solitude et de lassitude face à une vie qu'elles trouvent souvent trop longue. Enfin, les arguments du type interactions médicamenteuses et amélioration de l'état nutritionnel ne semblent pas retenir l'attention des médecins. Il faut dire que ce type d'argument est plus difficile à expliquer et moins concret pour les patients, surtout pour les personnes âgées. Enfin, tous préconisent un arrêt complet et définitif. Mais si cet objectif est trop difficile à atteindre, les médecins sont d'accord pour commencer une diminution progressive des consommations tout en sachant pertinemment que l'objectif final et idéal est l'arrêt complet des consommations.

PERSPECTIVES

Comme nous l'avons vu en première partie, il y a toujours des bénéfiques à arrêter le tabac et ce, quel que soit l'âge. Des études menées à l'étranger ont montré des taux de réussite dans cette tranche de la population non négligeables du moment qu'on les incitait à se sevrer [28][39]. Par conséquent, la prise en charge du tabagisme chez les personnes âgées est donc nécessaire et ne doit pas être laissée de côté. Mais la question de la réduction tabagique chez les seniors devrait être approfondie. Peut-être que cet objectif pourrait être satisfaisant et suffisant.

S'il existe des consultations de prévention spécifique à tout âge de la vie comme en milieu scolaire ou dans la sphère du travail, il n'en est rien chez les plus âgés après cessation d'activité. En effet, « une consultation de prévention spécifique aux seniors pourrait permettre une sorte de rééquilibrage social » [24]. Cette consultation de prévention et de dépistage serait idéale pour aborder la question du tabagisme. Pourtant une initiative de ce genre avait été proposée en 2006 par Philippe Bas à l'époque ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Elle n'a finalement pas vu le jour faute de moyens alors que la prévention est potentiellement source d'économies.

L'arrêt du tabac des seniors est donc une priorité de santé publique puisque, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie le nombre de fumeurs âgés va s'accroître. Ainsi, seule une action de prévention de grande ampleur ciblant spécifiquement cette population pourra avoir un réel impact. Afin d'obtenir une intervention efficace permettant une amélioration de la santé des patients et donc une diminution des dépenses de santé, les stratégies devront alors être particulièrement adaptées aux croyances spécifiques et aux préjugés des populations âgées.

En effet, la prise en charge devra être subtile et globale avec notamment une bonne connaissance des comorbidités des patients. Malheureusement, il n'existe pas de recette miracle et la prise en charge devra être personnalisée à chaque patient en fonction de ses croyances médicales et de son histoire culturelle du tabac.

D'après Prochaska, le passage du stade de contemplation au stade d'action, va impliquer une augmentation de la perception des risques et une diminution de la perception des avantages. Les stratégies de référence devraient donc essayer de nuire à l'optimisme des personnes âgées et favoriser la diffusion des avantages à l'arrêt à court et à long terme... Le patient doit parvenir à trouver les bénéfiques de l'arrêt du tabac même après un long passé tabagique. Il doit se sentir responsable et c'est donc à lui de décider en toutes connaissances. L'avenir des campagnes de prévention devraient chercher à cibler les idées reçues sur les risques du tabac pour tenter de les corriger.

Par conséquent le rôle du médecin généraliste va consister comme pour le reste de la population générale à intervenir de façon systématique dans le cadre du conseil minimal et d'encourager les patients au sevrage indépendamment de leur âge. Les différentes études ont montré que la prise en charge du tabagisme des plus de 75 ans apportait des résultats plus que satisfaisants dans la mesure où on les incitait dans cette voie. La prise en charge est donc quasiment similaire aux plus jeunes. Il ne faut pas hésiter à avoir recours aux méthodes non médicamenteuses ou médicamenteuses auprès de cette population. En

effet, il y a au final que très peu de contre-indication à l'utilisation de ces méthodes chez des personnes âgées. Elles apportent pourtant de meilleurs résultats en termes de réussite et restent largement sous utilisées par les patients eux-mêmes et peu prescrites par les médecins [39] [79]. Il faut donc encourager les personnes âgées à utiliser les TSN et les médecins à en prescrire. De plus, les études ont montré que la réussite du sevrage chez les plus vieux nécessite encore plus d'encouragements et de valorisations de leurs efforts. Le suivi doit être encore plus rapproché et certaines études conseillent même de faire du suivi téléphonique [77].

Toutefois, il reste des difficultés à surmonter. En effet, nous avons vu que les personnes âgées sont souvent peu dépendantes physiquement. Les traitements substitutifs ne sont alors pas indiqués chez ces personnes. En ce qui concerne les méthodes non médicamenteuses, les personnes âgées ne semblent pas s'y opposer. On peut toutefois ajouter qu'elles semblent moins intéressées par les prises en charge collectives [74].

Afin de responsabiliser le patient et pour l'aider dans la prise en charge, l'arsenal disponible devrait lui être exposé afin qu'il puisse lui même choisir la méthode la plus adaptée. Ainsi, différents supports ciblant très spécifiquement les plus de 75 ans devraient voir le jour. En effet, certaines études ont mis en évidence l'attrait des personnes âgées pour ce genre d'outils [69]. Il faut continuer à informer les personnes âgées sur les risques et méfaits du tabac puisqu'elles manquent d'informations précises. Cela pourrait ainsi les affecter et les encourager dans leur volonté d'arrêter de fumer et permettrait ainsi d'assurer le succès de futures tentatives de sevrage. En effet, les principales motivations à l'arrêt sont les bénéfices à l'arrêt et la notion des méfaits du tabac. Il a été clairement mis en évidence que ceux qui sont les plus concernés par le lien entre maladies et tabac sont plus susceptibles de penser à arrêter de fumer [67].

Des exemples concrets et adaptés aux personnes âgées permettraient ainsi de les convaincre à l'arrêt. Ainsi, on pourrait les sensibiliser aux symptômes qui vont rapidement évoluer comme la toux, les sibilants, ou la dyspnée. On pourrait également évoquer avec l'aide de nutritionnistes, les règles hygiéno-diététiques pour éviter la prise de poids puisque ce point semble constituer même à cet âge là, un argument important pour la poursuite du tabagisme. De même, on pourrait insister sur des complications un peu plus méconnues comme la maladie d'Alzheimer puisque beaucoup la craignent. Cela pourrait peut-être constituer pour certains un élément supplémentaire de motivation.

Afin de promouvoir cette prise en charge, il faut également que les médecins soient pleinement conscients de l'intérêt du sevrage au-delà de 75 ans. Pour cela, il faudra mettre en place une formation adaptée à tous les étudiants et ce dès le début des études médicales. De plus, des formations supplémentaires dans le cadre de la formation continue devront également s'intéresser à cette tranche spécifique de la population. On pourra également encourager les médecins à participer au DIU de tabacologie. Pour les médecins également, il est nécessaire d'insister sur ces formations afin de renforcer leurs connaissances.

CONCLUSION

Même à un âge avancé, le tabagisme reste un enjeu de santé publique.

Ce n'est finalement pas un problème marginal et isolé puisqu'il concerne actuellement entre 5 et 10% des plus de 75 ans. De plus, du fait de l'accroissement de l'espérance de vie, ce phénomène ne pourra que s'accroître si l'on n'intervient pas de façon systématique.

De toute évidence, il y a un réel intérêt au sevrage tabagique puisqu'il existe des bénéfices à l'arrêt quel que soit l'âge tant sur le plan de la qualité de vie que de la quantité de vie.

Par conséquent, l'objectif est de sensibiliser à la fois le corps médical et les patients concernés par l'intérêt d'un sevrage, même à un âge avancé.

Pour cela, il faudrait développer des campagnes de sensibilisation aux méfaits du tabac et surtout aux bénéfices à l'arrêt.

En effet, les personnes âgées ont tendance à sous estimer les inconvénients du tabac et à être très optimistes vis-à-vis de leur propre santé. Les seniors ne semblent finalement pas s'opposer au sevrage, il faut donc les y encourager et renforcer leurs motivations. La plupart d'entre eux ne sont pas dépendants physiquement et il va alors falloir développer des stratégies adaptées à leur histoire tabagique et à leurs croyances personnelles pour parvenir au sevrage. L'arsenal thérapeutique disponible est similaire à celui utilisé chez les plus jeunes, il conviendra alors de leur expliquer les différentes formules envisageables et de les laisser libre de décider de la meilleure thérapeutique.

Du côté des médecins, on note encore une certaine réticence à vouloir s'engager dans ce défi du sevrage tabagique. Chacun doit donc dépasser ses idées reçues et encourager au sevrage. La dimension éthique ne devrait pas intervenir dans ce débat puisque la bonne attitude est inexorablement celle du sevrage. Il n'y a aucune raison valable justifiant une plus grande tolérance chez les personnes âgées.

Le médecin devrait alors systématiquement évoquer le tabagisme avec ses patients, y compris avec les plus âgés, dans le cadre du conseil minimal. Les personnes âgées ont pleinement confiance en leur médecin traitant, à lui donc de les encourager dans cette quête.

D'une manière générale, le champ de la prévention au grand âge a encore de grands progrès à faire et de nombreux champs à explorer. Concernant le tabagisme chez les plus vieux, il convient de développer des outils adaptés aux médecins et aux patients.

Les médecins reconnaissent notamment un réel manque de connaissances dans cette discipline. Il faudrait à l'avenir développer des formations ciblant spécifiquement cette tranche de la population.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ABDENDI K. *L'arrêt du tabac chez le coronarien*. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, 2002, 51, 6, 357-366.
- [2] ABELA G. S. *Peripheral Vascular Disease-Basic Diagnostic and Therapeutic Approaches*. Lippincott Williams& Wilkins 370-371 – 2004, 527p.
- [3] AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE CANADA. *Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés*, atelier sur le vieillissement en santé, 2001. Disponible sur : www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/workshop_healthyaging/tobacco.htm consulté le 14/11/2007
- [4] Afssaps. *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*. Mise à jour : 28 mai 2003. Disponible sur : <http://www.agmed.sante.gouv.fr/htm/10/tabac/sommaire.htm> consulté le 14/08/2008.
- [5] ALIAGA C. *Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation*, INSEE Première. 2001, n° 808, 1-4.
- [6] ALIAGA C. *Les relations au tabac sont multiples*, INSEE Première, 2002; n°852, 1-4.
- [7] ANAES. *Conférence de consensus Arrêt de la consommation du tabac*, textes de recommandations professionnelles, 1998.
- [8] ANAES. *Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles : Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique*, 2004.
- [9] ANKRI J. *Prévention des maladies après 75 ans : intérêt d'agir sur les facteurs de risques*. In : Prévenir les maladies et promouvoir la santé Gérontologie et société, fondation nationale de gérontologie, 2008, 125,-236p.
- [10] APPEL D., ALDRICH T K. *Smoking cessation in the elderly*. Clin Geriatr Med 2003, 19, 77-100.
- [11] BARBERGER GATEAU P., LETENNEUR RL., PERES K. *Résultats de l'étude PAQUID*, 2004. Disponible sur : www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/paquid/2004_Resultats_PAQUID.pdf consulté le 20/03/2009
- [12] BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A., *Baromètre Santé 2005, Attitudes et comportements de santé* – INPES, 77-110.
- [13] BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P. *Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors. Les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans*. Tendances, 2001, n°16.
- [14] BEH. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire Thématique*, 2008, 21-22.

Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/beh/index.html>

Consulté le 11/12/2008

- [15] BERDAH J. *Intérêt d'une bonne hygiène de vie à la ménopause : rôle du gynécologue*. Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2007, 35, 9, 785-790.
- [16] BERLIN I. *Traitement des pharmacodépendances : aides médicamenteuses à l'arrêt du tabac*. Annales Médico Psychologiques 2003, 161, 563-567.
- [17] BERLIN I. *Sevrage tabagique : une mission cruciale pour les médecins généralistes*. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2008, 22, 805, 16.
- [18] BLAIN H., VUILLEMIN A., BLAIN A., JEANDEL C. *Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées*. La Presse Médicale, 2000, 29, 22, 1240-1248.
- [19] BONNET A., FERNANDEZ L., MARPEAUX V, et al. *Stress, tabagisme et autres conduites addictives dans le milieu policier*. Alcoologie et Addictologie, 2004, 26, 3, 215-225.
- [20] BOUR-GUICHENEZ G et al. *Peau et Tabagisme*. Alcoologie et addictologie, 2000, 22, 43-50.
- [21] BROWN David W., CROFT Janet B., SCHENCK Anna P., et al. *Inpatient Smoking-Cessation Counseling and All- Cause Mortality Among the Elderly*. Am J Prev Med, 2004, 26, 2, 112-118
- [22] BRUCKER G. *Tabagisme on peut être efficace*. Monographie de la revue du praticien, 2004, 17, 54, 1865-1922.
- [23] CALANCA L., HAYOZ D. *Quoi de neuf dans la prévention de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs ?*. Médecine et Hygiène, 2004, 62, 2470, 377-384.
- [24] CASSOU B. *Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées*. In : Prévenir les maladies et promouvoir la santé, Gérontologie et société, fondation nationale de gérontologie, 2008, 125,-236p.
- [25] CHAINE G., ROHART C. *Epidémiologie et facteurs de risque de la DMLA*. Journal Français d'Ophtalmologie, 2007, 30, 5-10
- [26] CHEN J. *Age au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac*. Rapports sur la santé, 2003, 14, 9-20
- [27] CNOM, *Évolution des effectifs ayant une activité régulière par discipline et par département entre 2004 et 2005*. La démographie médicale au 1er janvier 2006. Site Conseil National de l'Ordre des Médecins
Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr/ consulté le 25/06/2009
- [28] CONNOLLY MJ. *Smoking Cessation in old age: closing the stable door ?* Age and Ageing, 2000, 29, 193-195.

- [29] CORNUZ J., FESKANICH D., WILLET W. C., COLDITZ G. A. *Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women*. The American Journal of Medicine 1999, 106, 3, 311-4.
- [30] COWPPLI-BONY P., DARTIGUES JF, ORGOGOZO JM. *Facteurs de risque vasculaire et risque de maladie d'Alzheimer revue d'études épidémiologiques*. Psychol NeuroPsychiatr Vieil 2006, 4, 1, 47-60
- [31] CPAM. *La santé des personnes de 75 ans et plus*, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, 2004.
Disponible sur:
www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/LSO/LSOstnaz33.pdf
Consulté le 23/08/2009.
- [32] DAUTZENBERG B. *Le Tabagisme*. Ed. Privat. Toulouse : 1996, 159p.
- [33] DAVER J., BIERME R. *Bénéfices à court et à long termes de l'arrêt de la consommation de tabac*. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, 2001, 50, 224-8.
- [34] DAVER J., DUROS J-L., GUALDONI S. *Fiche pratique : le repérage du statut tabagique et le conseil minimal*. Pôle Ressource National médecine générale et conduites addictives, 2007.
Disponible sur : www.prn-addictions.org Consulté le 3/10/2008.
- [35] DE JAEGER C. *Les antioxydants, Prévention du vieillissement physiologique*. In : TRIVALLE C., DI PALMA M., JASMIN C. *Gérontologie préventive, élément de prévention du vieillissement pathologique*, Abrégé Masson, 2002, -473p.
- [36] DI PALMA M, JASMIN C. *Prévention et dépistage des cancers chez les personnes âgées*. In : TRIVALLE C., DI PALMA M., JASMIN C. *Gérontologie préventive, élément de prévention du vieillissement pathologique*, Abrégé Masson, 2002, -473p.
- [37] DOLL R et al. *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. BMJ, 2004, 328, 1519–1527.
- [38] DONZE J., RUFFIEUX C., CORNUZ J. *Determinants of smoking and cessation in older women*. Age and Ageing, 2007, 36, 1, 53-57.
- [39] DOOLAN D. *Smoking cessation interventions and older adults*. Progress in Cardiovascular Nursing, 2008, 119-127.
- [40] DUBOIS G. *Réduction du risque tabagique : quelles propositions ?* Revue toxibase, 2002, 5, 8-9.
- [41] DUQUESNOIS A. *Tabagisme en EHPAD de la liberté de fumer en institution, quelles solutions apporter face aux problèmes de sécurité, de santé, de respect et de budget*. Mémoire, DIU médecin coordonnateur, 2005, 51p
- [42] FEHILY A.M., COLES R.J, EVANS W.D., ELWOOD P.C. *Factors affecting bone density in young adults*. The American journal of clinical nutrition, 1992, 56, 3, 579-586.

- [43] GAILLY J. *Recommandations De bonne Pratique : Arrêter de Fumer*. Société Scientifique de Médecine Générale, 2005.
- [44] GAUTIER A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Collection Baromètres, 271p.
- [45] GIROLAMI B., BERNARDI E., PRINS M.H., TEN CATE J.W., HETTIARACHCHI R., PRANDONI P., GIROLAMI A. BÜLLER H.R. *Treatment of Intermittent Claudication With Physical Training, Smoking Cessation, Pentoxifylline, or Nafronyl. A Meta-analysis*. Archives of Internal Medicine, 1999, 159, 4, 337-345.
- [46] HAS. *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique*, document Ministère de la Santé et des Solidarités, Haute Autorité de Santé, 2007.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515
Consulté le 22/09/2009.
- [47] HAZIF-THOMAS C., THOMAS Ph. *L'importance de la dépression et les moyens de dépister chez les sujets âgés*, 2008.
Disponible sur :
http://www.chu-poitiers.fr/pole-info/vieillessement_cerebral/depress.htm
Consulté le 22/06/2009.
- [48] HEATHER E. Whitson, MD, MITCHELL T. HEFLIN MD., and BURCHETT Bruce M. *Patterns and Predictors of Smoking Cessation in an Elderly Cohort*. JAGS, 2006, 54, 3, 466-471.
- [49] InCA. Fiche repère Cancers et tabac. Cadre général. État des connaissances en date du 31 mai 2009. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer (InCA), 2009, 4p.
Disponible sur www.e-cancer.fr rubrique Tabac et Cancer Consulté le 7/07/2009
- [50] IARC. International Agency for Research on Cancer: World Health Organization (WHO). *IARC Handbooks of cancer prevention – tobacco control reversal of risk after quitting smoking*, 2007, Tobacco control. Vol 11.
- [51] INPES. *Les seniors et la cigarette*. Actualités Tabac 77 – (mai 2007), INPES
Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/TA/ta77/actu_scienc2.htm consulté le 5/08/08.
- [52] INSERM. Expertise Collective "Tabac. Comprendre la dépendance pour agir". 2004, 473p.
- [53] JAMIN C. *Hygiène de vie à la ménopause : Rôle du tabac et de l'alcool*. Congrès Journées de l'AFEM, Paris, Reproduction Humaine et Hormones, 2005, 18, 5, 246-250.
- [54] JORENBY D.E. et al. *Efficacité de la Varénicline, un agoniste partiel des récepteurs $\alpha 4\beta 2$ de l'acétylcholine nicotinique vs placebo ou bupropion à libération prolongée dans la cessation du tabagisme*. JAMA, 2006, 296, 56-63.

- [55] LACUBE N., BERTHOU Y. *L'interdiction de fumer gagne la sphère privée*, La Croix, 02 juin 2008.
- [56] LAGRUE G., *Traitement de la dépendance tabagique*. EMC Cardiologie Angiologie, 2004, 1, 443-455.
- [57] LEBARGY F., *Epidémiologie et aide à l'arrêt du tabac*, EMC-Médecine, 2005, 2, 171-190.
- [58] LECHEVALLIER N, FOURNIER A, BERR C. *Utilisation des benzodiazépines chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA*. Rev Epide Sant Publ, 2003, 51, 3, 317-326.
- [59] LUNDBACK B, LINDBERG A, LINDSTROM M? et al. *En Suède, 45% des fumeurs de plus de 75 ans avaient une BPCO*, Respir Med, 2003, 97, 115-22.
- [60] LUTTE CONTRE LE TABAGISME , 2009.
Disponible sur www.legifrance.gouv.fr Consulté le 05/10/2008.
- [61] MARTINET Y., BOHADANA A. *Le Tabac : un sevrage difficile. Bénéfices et effets secondaires du sevrage tabagique*. In : Le tabagisme, de la prévention au sevrage.- 3ième Edition. Paris : Masson, 2004.-340p.
- [62] MIZRAHI Andrée., MIZRAHI Arié. *Consommation d'alcool et de tabac*. In : Alcoolisme, Tabagisme et autres dépendances, Gériologie et société, fondation nationale de gérontologie, 2003, 105, 203p.
- [63] MORLOCK G. *Retentissement osseux du tabagisme*. Revue du Rhumatisme, 2001, 68, 8, 756-758.
- [64] MOUNIER-VEHIER C. Entretien, Revue du praticien Médecine Générale 2008, 22, 802,494-495.
- [65] NOLLET D, THOMAS J. Dictionnaire de Psychothérapie cognitive et comportementale. Paris : Ellipses, 2001.
- [66] OFT. Office Français de prévention du Tabagisme et Fédération française de psychiatrie (FFP), *Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques*, recommandations janvier 2009.
Disponible sur www.oft-asso.fr/pdf/Reco_ATMP_Texte_long.pdf consulté le 15/07/2009
- [67] ORLEANS Tracy C. *Quitting Motives and Barriers among Older Smokers*. CANCER Supplement, 1994, 1, 74, 7, 2055-2061.
- [68] ORLEANS Tracy C. *Reducing tobacco harms among older adults : a critical agenda for tobacco control*. Tobacco Control, 1997, 6, 161-163.
- [69] OSSIP-KLEIN DJ., CAROSELLA AM ., KRUSCH DA. *Self-help interventions for olders smokers*, Tobacco. Control, 1997, 6, 188-193.
- [70] PEIFFER G. *Nouveaux traitements du tabagisme*. La Revue du Praticien Médecine

Générale, 2008, 22, 798, 302-303.

- [71] PERETTI-WATEL P., MOATTI JP. *La stigmatisation des fumeurs en débat : que nous dit la littérature scientifique ?* Tabac actualités, 2008, 88.
- [72] PETO, DOLL. *Smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies.* BMJ 2000, 321, 323-329.
- [73] PIN S. *Consommation de tabac et d'alcool des personnes âgées en France.* Dépendances, 2005, .24-28.
- [74] ROCHE J. *Tabagisme de la personne âgée.* NPG Neurologie-Psychiatrie-Gérontologie, 2008, 1-6.
- [75] SALIVE Marcel E., CONONI-HUNTLEY J., LACROVI Andrea Z., et al. *Predictors of Smoking Cessation and Relapse in Older Adults.* Am J Public Health, 1992; 82, 1268-1271.
- [76] SIMPERE F, Brochure Vieillesse et cancer, un défi pour la vie,
Disponible sur www.ligue-cancer.net rubrique Personnes Agées, sept 2007.
Consulté le 12/06/2009.
- [77] SHARON L. *How to help older adults quit smoking.* The nurse Practitioner, 2002, 27, 12, 27-33.
- [78] TABAC et LOI
Brochure Le tabac et la loi
Disponible sur [tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)
<http://www.tabac-info-service.fr/tabac-loi> consulté le 12/01/2009.
- [79] TAIT R.J., HULSE G.K., WATERREUS A., FLICKER L., LAUTENSCHLAGER N.T., JAMROZIK K., ALMEIDA O.P. *Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults.* Addiction, 2006, 102, 148-155.
- [80] TREDANIEL J., KARSENTY S., CHASTANG C., SLAMA K, HIRSCH A. *Les habitudes tabagiques des médecins généralistes français.* Revue des maladies respiratoires 1993, 10, 35-8.
- [81] UNDERNER M., INGRAND P., ALLOUCH A. et al. *Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac.* Revue des maladies respiratoires, 2006, 23, 426-9.
- [82] VEYSSIER BELOT C. *Tabagisme et risque cardiovasculaire.* Sang Thrombose Vaisseaux, 1995, 7, 5, 297-304.
- [83] VIDAL, Dictionnaire édition 2007, p2513.

ANNEXES

Annexe 1:

Test de Fagerström

1) Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

dans les 5 min (3)

de 6 à 30 min (2)

de 31 à 60 min (1)

après 60 min (0)

2) Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui (1)

Non (0)

3) À quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

La première (1)

N'importe qu'elle autre (0)

4) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins (0)

11 à 20 (1)

21 à 30 (2)

31 ou plus (3)

5) Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

Oui (1)

Non (0)

6) Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit presque toute la journée ?

Oui (1)

Non (0)

Interprétation du test

Score entre 0 et 2 : pas de dépendance

Score entre 3 et 4 : dépendance physique faible

Score entre 5 et 6 : dépendance physique moyenne

Score entre 7 et 8 : dépendance physique forte

Score entre 9 et 10 : dépendance physique très forte

Le Mini Fagerström consiste à répondre uniquement à 2 questions concernant la durée entre le réveil et la première cigarette, et la consommation quotidienne. Elle est considérée comme forte si la première cigarette est fumée dans la première demi heure suivant le réveil et si la quantité est supérieure à 20 cigarettes par jour.

Annexe : 2

PROFIL DE SANTE DE DUKE

Il s'agit d'un ensemble de questions destiné à l'exploration de la qualité de vie : dimensions physiques, mentales et sociales avec pour chacune 5 items. Les modalités de réponses (pas du tout, un peu, beaucoup) sont codées de 0 à 2, et multipliées par 10. La somme des de chaque item permet d'obtenir le score pour chaque dimension. (Total sur 100)

Questions

Réponses possibles

Oui c'est C'est à Non, ce n'est
tout à fait peu à pas mon cas
mon cas près
mon
cas

1. Je me trouve bien comme je suis
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre
3. Au fond, je suis bien portant
4. Je me décourage trop facilement
5. J'ai du mal à me concentrer
6. Je suis content de ma vie de famille
7. Je suis à l'aise avec les autres

AUJOURD'HUI

Pas du tout Un peu Beaucoup

8. Vous auriez du mal à monter un étage
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS

Pas du tout Un peu Beaucoup

10. Vous avez eu des problèmes de sommeil
11. Vous avez eu des douleurs quelque part
12. Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)
15. Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite...)

16. Vous avez des activités de groupes (réunions, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)

Annexe 3 :

MODELE DE PROCHASKA ET DI CLEMENTE [57]

Selon Prochaska et DiClemente, les personnes en prise avec une problématique de dépendance passeraient par une série de stades de changement : Précontemplation/Indetermination, Détermination/Préparation, Contemplation/Intention, Action, Maintien/Consolidation, Rechute. Ce modèle décrit la psychologie du fumeur et son aptitude à changer de comportement. En fait, il décrit les différents degrés de motivation par lesquels l'individu passe, nécessaires au changement de comportement. Ainsi, les différents passages d'un stade à l'autre permettront de faire mûrir une réflexion et d'envisager un sevrage tabagique.

1. Le stade de pré-contemplation (ou de pré-intention). La personne est dans le déni. Elle ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation et n'envisage pas de changer de comportement, dont elle ressent essentiellement les bénéfices. Il est rare à ce stade de voir la personne se présenter d'elle-même pour un traitement.

2. Le stade de contemplation (ou d'intention).

L'ambivalence caractérise essentiellement cette phase. A ce stade, la personne prend plus ou moins conscience du problème, mais hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle et donc au changement. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel. Aller et venir entre les raisons pour changer et les raisons pour rester dans la même situation, tel est l'enjeu à ce niveau.

3. Le stade de détermination (ou de préparation).

La personne a la volonté de changer un comportement devenu nuisible pour elle. La balance penche en faveur du changement. Une action devient alors possible. C'est un stade particulièrement instable, avec une possibilité de passage au stade d'action ou de retour au stade de contemplation. Il s'agit ici de trouver les meilleures stratégies pour mener à bien le changement visé.

4. le stade d'action

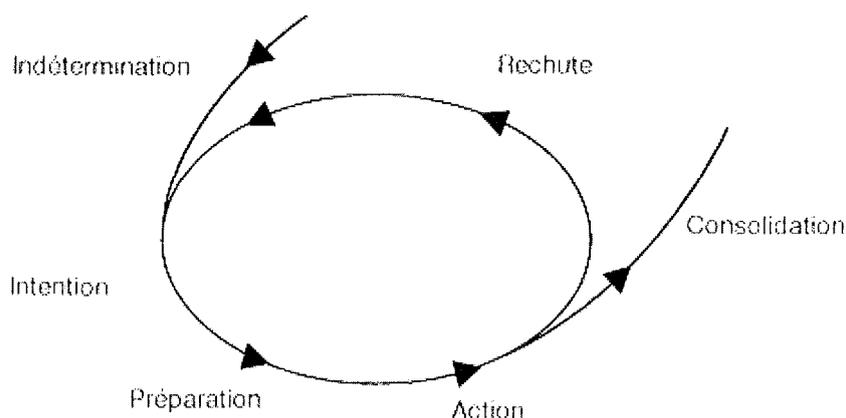
Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires.

5. Le stade de maintien d'action (ou consolidation).

Le changement commence à s'installer dans la durée. On parle de maintien après trois mois d'abstinence ou de changement de consommation. Il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

6. Le stade de rechute.

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps peut-être nécessaire à la réussite finale du processus. Elle correspond à un changement de décision. La rechute est souvent due à l'ambivalence encore présente et reflète le fait que la rupture et le deuil de la substance et du comportement ne sont pas encore complets.



Dans cette approche, à chaque stade le thérapeute devrait donc adapter son discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de façon à induire un passage au stade suivant.

Cette description des processus de changement a connu un grand succès, mais a été peu validée et tend à laisser la place à l'approche plus spécifiquement motivationnelle sur changement, qui s'appuie sur le renforcement de la motivation par un travail conscient de l'intervenant pour faire émerger puis renforcer le "discours-changement", qui est l'étape préparant sa mise en œuvre.

Stratégies de motivation et Indications pour l'entretien

Stade de changement de PROCHASKA et DI CLEMENTE	Stratégies de motivation Indications pour l'entretien
1- Pré contemplation	Donner de l'information et du feed-back pour augmenter la conscience du problème et la possibilité de changer. Créer le doute.
2- Contemplation	Encourager la réflexion. Faire l'inventaire des expériences passées. Explorer l'ambivalence et faire pencher la balance décisionnelle en faveur du changement.
3- Détermination	Aider à trouver la meilleure stratégie de changement qui soit à la fois acceptable, accessible, appropriée et efficace.
4- Action	Produire un changement concret dans la zone de problème. Soutenir par des conseils pratiques et maintenir la motivation.

5- Maintien d'action	Le challenge consiste à maintenir le changement par un travail de prévention de la rechute.
6- Rechute	Dédramatiser la situation pour éviter le découragement. Encourager à continuer à désirer le changement, pour renouer avec la détermination

Annexe : 4

Le **DSM-IV** (*Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4*) est un outil de classification pour définir plus précisément les troubles mentaux. Il a été publié par l'Association américaine de psychiatrie en 1994. Il s'agit de la 4^e version du DSM.

DEFINITIONS DU DSM IV.

I - ABSTINENCE PRIMAIRE

Patient n'ayant jamais consommé

II - CONSOMMATION MODÉRÉE ET CONTRÔLÉE

III - ABUS D'UNE SUBSTANCE

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

① Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

② Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

③ Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

④ Utilisation de la substance malgré des problèmes inter-personnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance.

IV - DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

(a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

(b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes

(a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique).

(b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

(4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

(5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.

(6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

(7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c'est à dire des items 1 ou 2).

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c'est à dire tant de l'item 1 que de l'item 2).

V - SEVRAGE A UNE SUBSTANCE

A. Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance.

B. Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Annexe 5 :

Test de dépendance psychologique [19]

Le test de dépendance psychologique et comportementale au tabac- T.D.P.C.comporte 17 items, pour évaluer la dépendance psychologique et comportementale au tabac regroupés en 6 catégories : addiction psychologique, habitude, manipulation, réduction de la tension, stimulation, relaxation, plaisir.

Quatre modalités de réponses sont proposées au sujet (toujours 5, souvent 4, à l'occasion 3, rarement 2, jamais 1).

Le score total indique un degré ou une intensité de dépendance

*de 1 à 27 : faible dépendance psychologique et comportementale au tabac

*de 28 à 56 : dépendance psychologique et comportementale au tabac moyenne

*de 57 à 85 : forte dépendance psychologique et comportementale au tabac

- 1) Je suis plus efficace dans mon travail, je réfléchis mieux quand je fume.
- 2) J'aime manipuler une cigarette.
- 3) Fumer me calme, me détend, me décontracte.
- 4) Lorsque je suis mal à l'aise ou perturbé, j'allume une cigarette.
- 5) Lorsque je n'ai plus de cigarettes, il faut absolument que je m'en procure.
- 6) Je fume automatiquement sans y penser.
- 7) Saisir la cigarette, la tenir, la tapoter entre ses doigts fait partie du plaisir de la manipuler.
- 8) Je fume même quand je suis bien et détendu
- 9) J'augmente ma consommation de cigarettes quand des difficultés personnelles apparaissent.
- 10) Quand je n'ai pas fumé depuis un moment, j'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette.
- 11) J'allume une cigarette sans réaliser qu'une autre brûle inachevée dans le cendrier.
- 12) Fumer me permet de me mettre au travail.
- 13) Prendre un paquet de cigarettes, sortir une cigarette, l'allumer, la fumer fait partie du plaisir de fumer.
- 14) Quand je me relaxe, j'ai du plaisir à fumer.
- 15) Lorsque j'ai le cafard et que je ne veux pas penser, je fume.
- 16) Dès que je ne fume pas, j'en suis très conscient et je ne peux pas contrôler le désir de fumer.
- 17) Il m'arrive de me rendre compte que j'ai une cigarette à la bouche sans me rappeler de l'y avoir mise.

Annexe 6 :

EVALUATION DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE CHEZ LES PLUS DE 75 ANS

PROFIL : NOM Prénom Age Poids Sexe : M F

Célibataire marié(e) divorcé (e) veuf/veuve

Catégorie socioprofessionnelle initiale

Ouvrier Enseignant Autre

Artisans, commerçant Agriculteur

Cadres et Profession libérale Employé

MALADIES et TRAITEMENTS

Pathologies favorisées par le tabac :

Sur le plan cardiovasculaire :

IDM AVC AOMI

Cancers O N Si oui lequel :

Maladies respiratoires :

Bronchite chronique IRC emphysème asthme

Maladies neurologiques

Maladie d'Alzheimer Maladie de Parkinson

Maladies dermatologiques O N si oui :

Autres Maladies : DMLA Ostéoporose

Facteurs de risque cardiovasculaire :

Hypertension artérielle Dyslipidémie, cholestérol Diabète

Autres ATCD majeurs

Médicaux

Chirurgicaux

Psychiatriques : Anxiété O N Dépression : O N

Traitement : Actuel O N Antérieur O N

HABITUDE DE VIE

Activité physique par semaine

Aucune <30 min 30min à 1h 1à 2h 2 à 4h >4h

Activité sportive dans votre jeunesse en dehors de votre activité professionnelle ? OUI NON

si oui laquelle ?

Consommations associées : alcool OUI NON

Nb de jour de consommation par mois

Nb de verres par jour de consommation

Total

TEST DETA	OUI	NON
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool		
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques à ce sujet		
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?		
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?		

Total (1 point par réponse « Oui ») : _____

Mésusage OUI NON

Médicaments psychotropes OUI NON

Médicaments :	Usage	Mésusage
Benzodiazépines		
Hypnotiques		
Antidépresseurs		
Neuroleptiques		
Autres anxiolytiques		

Autre drogue illicite ? OUI NON

CONSOMMATION TABAGIQUE ET HISTOIRE TABAGIQUE :

Age de début

Circonstances de début : Famille Service militaire Travail
 Camarades, amis Autre

Type de consommation : Cigarettes O N

 Cigares, cigarillos O N

 Pipe O N

Actuellement fumez-vous encore ? O N Occasionnellement

Si oui combien de grammes/jour ? (cigarettes=1g, cigare=2g, pipe=3g)

Si vous avez arrêté définitivement :

A quel âge avez- vous arrêté ?

Quantification en gramme

Au bout de combien de tentatives ?

Dans quelles circonstances : Maladie Hospitalisation/ Entrée en institution

 Grossesse/allaitement Envie Personnelle de sevrage Autre

Avez-vous bénéficié d'aides au sevrage tabagique ? O N

Si oui de quel type ? Accompagnement par votre médecin traitant

 Consultations spécialisées à l'hôpital

 Thérapie cognitivo-comportementale

 Substituts nicotiques (patch, gommes)

 Autres médicaments (Bupropion : Zyban, Varénicline : Champix)

 Autres approches (acupuncture, homéopathie...)

Si vous continuez à fumer

Avez-vous déjà essayé d'arrêter O N

Si oui combien de fois ?

et dans quelles circonstances ?

Maladies intercurrentes Grossesse/allaitement Désir personnel Autre

Pour une durée maximale de (en semaines)

Date de votre dernière tentative :

DEPENDANCE AU TABAC

Test de Fagerström :

Votre médecin aborde t-il régulièrement la question du tabac avec vous? O N

Si non pensez-vous qu'il ait baissé les bras ? O N

Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? O N

Degré de Motivation pour arrêter

Pas du tout peu modérément beaucoup

Si vous décidez d'arrêter complètement de fumer, quelles seront à votre avis vos chances de réussite ? Autoévaluation de réussite :.....%

Si vous souhaitez arrêter :

En avez-vous déjà parlé à votre médecin traitant? O N

Seriez-vous intéressé par un soutien psychologique O N

Souhaitez-vous bénéficier d'aides médicamenteuses : O N Substituts nicotiniques

Médicaments

Si non quelles sont vos raisons ?

Vous pensez qu'il est trop tard

Vous pensez qu'il n'y a pas de bénéfice à arrêter maintenant

C'est trop difficile d'arrêter

Vous avez déjà essayé de nombreuses et fois et vous avez repris

Vous pensez que vous ne pouvez pas bénéficier des aides au sevrage à cause de votre traitement actuel ?

Votre entourage souhaite t-il que vous arrêtiez ? O N

Annexe 7 :

Questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool)

Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) permet à partir de quatre questions simples d'identifier un mésusage de l'alcool lorsque l'interrogatoire révèle l'existence d'une consommation excessive.

A partir de 2 réponses positives, la probabilité d'une consommation excessive et d'une alcoolo-dépendance est très élevée.

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques à ce sujet ?

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Annexe 8 :

Test HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

1) Je me suis senti tendu(e), énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2) J'ai pris plaisir aux mêmes choses qu'habituellement

- Tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

3) J'ai eu une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

4) J'ai ri facilement et j'ai vu le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Moins qu'avant
- Nettement moins qu'avant
- Plus du tout

5) Je me suis fait du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6) J'ai été de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7) J'ai pu rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8) J'ai eu l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9) J'ai éprouvé des sensations de peur (boule dans la gorge, estomac noué)

- Très souvent
- Assez souvent
- Parfois
- Jamais

10) Je ne me suis pas intéressé(e) à mon apparence

- Aucun intérêt pour mon apparence
- Moins d'intérêt qu'avant
- Un peu moins d'intérêt qu'avant
- Autant d'intérêt qu'avant

11) J'ai eu la bougeotte et n'arrivais pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12) Je me suis réjoui(e) d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13) J'ai éprouvé des sensations soudaines de panique

- Très Souvent
- Assez souvent
- Rarement
- Jamais

14) J'ai pu prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision

- Souvent
- Assez souvent
- Rarement
- Pratiquement

Interprétation du test

Anxiété : somme Score Questions 1-3-5-7-9-11-13 si >12 = Anxiété

Score : Dépression : Questions 2-4-6-8-10-12-14 si >8 = Etat dépressif.

Annexe 9 :

LA GRILLE AGGIR

LA GRILLE AGGIR CLASSE LES PERSONNES EN 6 NIVEAUX DE DEPENDANCE

- GIR 1
- le **groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- GIR 2
- le **groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

- GIR 3
- le **groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

- GIR 4
- le **groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

- GIR 5
- le **groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

- GIR 6
- le **groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

EVALUATION

A : fait seul(e), totalement, habituellement, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES

COHERENCE :

Converser et/ou se comporter de façon sensée

ORIENTATION :

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

TOILETTE DU HAUT DU CORPS :

Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains.

TOILETTE DU BAS DU CORPS :

Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds.

HABILLAGE HAUT :

Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras.

HABILLAGE MOYEN :

Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles.

HABILLAGE BAS :

Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures.

ALIMENTATION : SE SERVIR

Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre.

ALIMENTATION : MANGER

Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler

ELIMINATION URINAIRE :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire.

ELIMINATION FECALE :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale.

TRANSFERTS :

Se lever, se coucher, s'asseoir.

DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :

Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.

DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR :

A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.

COMMUNICATION A DISTANCE :

Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme.

VARIABLES ILLUSTRATIVES

GESTION :

Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens

CUISINE :

Préparer ses repas et les conditionner pour être servis

MENAGE :

Effectuer l'ensemble des travaux ménagers

TRANSPORT :

Prendre et/ou commander un moyen de transport

ACHATS :

Acquisition directe ou par correspondance

SUIVI DU TRAITEMENT :

Se conformer à l'ordonnance du médecin

ACTIVITES DE TEMPS LIBRE :

Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps

Pour chaque activité examinée quatre adverbes seront à utiliser :

S = Spontanément,

T = Totalement

C = Correctement

H = Habituellement

Il faut retenir qu'en général, une réponse ...

positive pour les quatre adverbes conduit au code A,

une réponse négative aux quatre adverbes conduit au code C.

une réponse négative à certains adverbes seulement conduit au code B.

Annexe : 10

Questionnaires médecins généralistes

Le sevrage tabagique est une priorité de santé publique. Pourtant, la prise en charge des sujets tabagiques de plus de 75 ans est moins courante. Cette enquête, réalisée dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale sous la direction du Dr HEID (Senones) et du Professeur Paille, a pour objectif de décrire les connaissances et attitudes des médecins vis-à-vis les fumeurs de plus de 75 ans. Ce travail permettra ensuite d'offrir de nouvelles perspectives de travail et de propositions de formation sur cette thématique.

Merci de bien vouloir répondre à cette enquête. Il vous faudra environ dix minutes pour répondre...

Caroline Valdenaire, interne de médecine générale.

1) Profil des médecins :

Homme/femme

Age :

Êtes-vous ? Fumeur /ancien fumeur/non fumeur

Si vous êtes un ancien fumeur vous avez arrêté depuis _____ années

Quelle méthode de sevrage avez-vous utilisée ?

Avez-vous une formation en tabacologie Oui Non

Si oui DIU : Oui Non année d'obtention du diplôme ? :

FMC : Oui Non datant de ? ans

FMI : Oui Non

Modalités d'exercice :

Association Oui Non

Maison médicale Oui Non

Activité isolée Oui Non

Activité mixte (libérale et hospitalière) Oui Non

Age de la patientèle

plutôt hétérogène

Plutôt jeune (<50 ans majoritairement)

Plutôt âgée (>50 ans majoritairement)

Oui Non

Oui Non

Oui Non

2) Connaissances sur les bénéfices à l'arrêt du tabagisme chez les plus de 75ans

Répondez par Vrai ou Faux :

Chez les plus de 70 ans persiste en moyenne une perte d'espérance de vie de 10 ans entre les fumeurs et les non fumeurs

Vrai Faux

Arrêter de fumer après 65 ans peut aboutir à un gain d'espérance de vie supérieure à 5 ans

Vrai Faux

Les nouvelles recommandations pour la prévention de l'ostéoporose insistent sur l'arrêt du tabac mais les bénéfices ne sont observés qu'après 10 ans d'arrêt en moyenne

Vrai Faux

3) Pensez-vous qu'il y ait des réticences de la part du corps médical pour la prise en charge du sevrage tabagique chez les plus de 75ans ? Oui Non

Si oui, quels sont selon vous les freins à la prise en charge du sevrage tabagique du point de vue médical ?

Rapport temps investi – bénéfice en santé	Oui	Non
Les PA fument en faible quantité et cela ne représente pas de risque pour leur santé	Oui	Non
Problèmes liés à l'état souvent dépressif des patients contre indiquant le sevrage	Oui	Non
Méconnaissance des bénéfices à l'arrêt même à un âge avancé	Oui	Non
Bénéfices à l'arrêt sont nombreux mais il faut en moyenne 10 années de sevrage pour rejoindre un niveau de risque équivalent à la population générale	Oui	Non
L'espérance de vie des plus de 75ans est limitée, il ne faut donc pas s'acharner	Oui	Non

Si non ?

Les plus de 75ans s'arrêtent en général seuls et la prise en charge est plus aisée
Oui Non

Vous considérez que la prise en charge doit être identique chez tous les patients quelque soit l'âge ?
Oui Non

Autre, préciser :

4) Quels sont selon vous les freins à la prise en charge du sevrage tabagique du côté des patients ?

Les plus de 75 ans ne sont pas demandeurs d'aide au sevrage	Oui	Non
Compte tenu de leur espérance de vie limitée, les plus de 75 ans considèrent les soins relativement inutiles, surtout s'ils demandent des efforts particuliers	Oui	Non
Réticence importante à l'arrêt car se sont des fumeurs de longue date	Oui	Non
Attitude au changement des seniors est minime même s'ils ont pleinement confiance en leur médecin	Oui	Non
Les motivations à l'arrêt chez les personnes âgées sont minimales	Oui	Non
Les personnes âgées méconnaissent les risques encourus pour leur santé par le tabagisme	Oui	Non

Autre, préciser :

5) Les arguments de ce type sont ils pour vous recevables ?

La cigarette reste pour eux un des derniers plaisirs, et on ne peut donc pas les interdire de fumer Oui Non

S'ils avaient dû faire une complication liée au tabagisme cela ferait longtemps qu'ils seraient décédés. Ils sont en quelque sorte « immunisés » et à ce titre on peut les laisser tranquilles à ce sujet Oui Non

6) Dans votre exercice, suivez-vous régulièrement des patients pour l'aide au sevrage tabagique ? Oui Non

Si oui, quelles méthodes utilisez-vous ?

Méthodes non médicamenteuses Oui Non

Psychothérapie de soutien Oui Non

Entretiens motivationnels Oui Non

Thérapie Cognitivocomportementale Oui Non

Méthodes médicamenteuses : Oui Non

Substituts nicotiniques Oui Non

Médicaments (Zyban®, Champix®) Oui Non

Si non pourquoi ?

Manque de temps Oui Non

Manque de formation Oui Non

Manque d'intérêt Oui Non

Autre, préciser :

7) Dans votre pratique quotidienne, y a-t-il une demande d'aide au sevrage chez les plus de 75 ans ? Oui Non

8) Abordez-vous la question du sevrage tabagique avec vos patients de plus de 75 ans ?

Oui Non

Si oui, vous l'abordez : Est-ce ?

De façon systématique dans le cadre du conseil minimal ? Oui Non

De façon ciblée : au décours de pathologies liées au tabac ? Oui Non

Si non quelles sont vos raisons ?

Manque de temps Oui Non

Manque de formation Oui Non

Manque d'intérêt Oui Non

Autre, préciser :

9) Quels sont vos critères pour vous intéresser au tabagisme des plus de 75 ans et pour proposer l'arrêt du tabagisme ?

Aucun, c'est systématique Oui Non
Tabagisme important >10 cigarettes/ jour Oui Non
Tabagisme sévère >20 cigarettes/ jour Oui Non
Tabagisme ancien >20 ans Oui Non
Tabagisme très ancien >40ans Oui Non
Forte dépendance Oui Non
Certaines pathologies ou complications vous amènent à être plus incisifs :

Cancer	Oui	Non	AVC	Oui	Non
IDM	Oui	Non	Artérite	Oui	Non
Bronchite Chronique	Oui	Non			

10) Si vous deviez expliquer l'intérêt du sevrage à vos patients même au-delà de 75 ans quels arguments et bénéfices mettriez vous en avant

Bénéfice quel que soit l'âge Oui Non
Amélioration de la qualité de vie et notamment sur le sentiment de bien être Oui Non
Augmentation de l'espérance de vie Oui Non
Interaction tabac – polymédication Oui Non
Amélioration de l'état nutritionnel Oui Non
Autre, préciser :

11) Si vous envisagez une prise en charge du tabagisme, quels objectifs préconisez-vous ?

Un arrêt complet Oui Non
Une diminution de la consommation Oui Non

12) Quels moyens utilisez-vous pour aider les personnes âgées de plus de 75 ans au sevrage tabagique ?

Méthodes non médicamenteuses Oui Non
Psychothérapie de soutien Oui Non
Entretiens motivationnels Oui Non
Thérapie Cognitivocomportementale Oui Non
Méthodes médicamenteuses : Oui Non
Substituts nicotiniques Oui Non
Médicaments (Zyban®, Champix®) Oui Non

3. Autre, préciser

Commentaires libres :

Merci de votre contribution à ce travail

Annexe 11: Brochure

Think it's too late to quit?

Take another look.

Within 20 minutes of smoking the last cigarette, blood pressure drops to a level close to that before the last cigarette and the temperature of hands and feet increases to normal.

After 8 hours, the carbon monoxide level in the blood drops to normal.

After 24 hours, the chance of having a heart attack decreases.

Within 3 months, circulation improves and lung function increases up to 30%.

In 1 to 9 months, coughing, sinus congestion, fatigue, & shortness of breath decrease.

Cilia regain normal function in lungs, increasing the ability to handle mucus. Cilia is then able to clean the lungs, and thereby reduce infection.

After 10 years, the lung cancer death rate is about half that of a continuing smoker's and the risk of cancer of the mouth, throat, esophagus, bladder, kidneys, and pancreas decreases.

By 15 years, the risk of coronary heart disease is that of a nonsmoker's.

Be there for your loved ones tomorrow.

It's never too late to quit smoking.

Did you know....

Smokers are more than twice as likely as nonsmokers to develop Alzheimer's Disease.

Cigarette smokers are 1.7 times more likely to have hearing loss than nonsmokers.

Smoking is the number one cause of fires that kill older persons.

One in three smokers will die 12-15 years prematurely as a result of tobacco use.

Smokers are more than two times more likely to have a stroke than non-smokers.

Giving up smoking reduces the risk of cataract.

If you are ready to quit, or even just thinking about it, talk to your doctor about your options.

There are now more products to help you to quit than ever, including nicotine replacement therapy (the nicotine patch, nicotine gum, nicotine nasal spray and nicotine inhaler) and Zyban. Ask your doctor what the best approach would be for you.

If you've tried to quit before and weren't successful, don't give up. Keep trying. It's never too late to quit.



For more information, please contact
American Cancer Society
1-800-227-2345
or
National Cancer Institute
1-800-422-6237

This brochure was designed by
The Center for Social Gerontology during 2001.

Information obtained from:
American Academy of Neurology
American Cancer Society
American Lung Association
American Medical Association
The Center for Social Gerontology
The Lancet International Medical Journal
Visit The Center for Social Gerontology on the web at
www.tcsg.org

Still Smoking?



Improve your health and be there
for your loved ones tomorrow.

**IT'S NEVER TOO LATE
TO QUIT SMOKING**

VU

NANCY, le 2 septembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 15 septembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. PAILLE

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 21 septembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ

L'arrêt du tabac, même à un âge avancé entraîne un certain nombre de bénéfices. Pourtant, les seniors semblent être épargnés des campagnes de lutte contre le tabagisme. Devant l'absence de données concrètes, il nous paraît intéressant de mener une étude auprès des plus de 75 ans.

L'analyse bibliographique met d'abord en évidence les données peu nombreuses et imprécises du tabagisme et du sevrage chez les seniors.

Ensuite, nous avons évalué la prévalence du tabagisme des plus de 75 ans pour une population issue d'une maison médicale, située en milieu semi-rural, et regroupant 4 médecins généralistes. Pour cette étude, nous avons procédé à une enquête d'opinion auprès de 103 patients. Les questionnaires nous livrent des résultats qualitatifs, caractérisant les fumeurs et leur histoire tabagique, leur dépendance et leurs motivations à l'arrêt. De plus, cette enquête nous apporte des informations sur les connaissances de ces patients sur les risques liés au tabac ou les moyens disponibles au sevrage.

Constatant que les médecins généralistes semblent peu sensibilisés au problème du tabagisme des plus vieux, nous avons complété cette première approche par une enquête du type Connaissances, Attitudes et Pratique ; cette enquête, réalisée auprès d'une trentaine de praticiens du même secteur géographique a permis d'évaluer les freins à cette prise en charge.

Les modalités du sevrage des seniors ne sont pas différentes de celles adoptées pour la population générale. Le conseil minimal doit être utilisé et les médecins doivent encourager au sevrage. Les taux de réussite seront d'ailleurs comparables à ceux obtenus pour les plus jeunes, du moment qu'on les y incite.

TITRE EN ANGLAIS:

ADDICTION TO SMOKING AND SMOKING CESSATION FOR THE ELDERLY
(MORE THAN 75 YEARS)

Study of a population from a medical house in semirural environment.
103 Patients

THESE : MEDECINE GENERALE - Année 2009.

MOTS CLEFS :

Tabagisme, Sevrage Tabagique, Personnes Agées

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
