

*Enquête TABADoL sur les
fumeurs douloureux chroniques : dépendance nicotinique, motivation
au sevrage, et sentiment d'efficacité personnelle*

COTTE RAFFOUR Estelle

*Infirmière à l'Unité D'Accueil de Chirurgie et
Et coordinatrice du Comité de Lutte contre la Douleur
du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble*

REMERCIEMENTS

Aux associations : Vivre avec le SED, Fibromyalgie France, Fibromyalgie SOS, Algodystrophie France, Fibromyalgie vivre avec sa douleur,
et aux groupes : « spondylarthrite, fibromyalgie, polyarthrite », « pour toutes celles et ceux qui ont une spondylarthrite ankylosante » pour avoir relayé cette enquête,

Aux patients qui ont pris le temps de participer,

A Adrien MONARD pour ton aide précieuse,

Au Dr ARVERS Philippe, médecin addictologue et tabacologue attaché au Centre Médical des Armées de Grenoble, enseignant et chercheur, pour m'avoir guidé dans ce travail.

RESUME

Introduction – Le tabagisme est plus fréquent chez les individus touchés par la douleur chronique que dans la population générale. Il contribue à leur vulnérabilité et les expose au risque de mésusage des antalgiques. Le but de ce travail était d'étudier leur dépendance à la nicotine, les consommations associées, la motivation au sevrage, le sentiment d'efficacité personnelle et la puissance du lien tabagisme/douleur.

Méthodes - Un questionnaire a été diffusé auprès d'associations de patients et de groupes d'auto support de patients douloureux chroniques. Tout consommateur quotidien de tabac fumé était invité à répondre aux 33 questions.

Résultats – L'étude TABADoL a porté sur 314 sujets, entre le 27 mai et le 26 juin 2020. On observe chez ces patients douloureux chroniques une dépendance à la nicotine plus fréquente (76% vs. 56.4% chez les fumeurs en population générale, $OR=2.46$, $p<0.005$). Leur motivation pour un sevrage est bonne (médiane à 6 sur une échelle de 0 à 10). Elle paraît près de quatre fois plus importante que chez les femmes enceintes fumeuses ($OR=3.8$, $p<0.005$). Leur sentiment d'efficacité personnelle est moyen pour améliorer efficacement ses douleurs (médiane à 5, sur une échelle de 0 à 10) et faible pour un sevrage tabagique sans aide (médiane à 2, sur une échelle de 1 à 5). L'envie de fumer est corrélée significativement à l'intensité de la douleur au moment de fumer la cigarette la moins indispensable de la journée (*moy.* = -1.1879 avec un IC à 95% [-1.6228 ; -0.753] p -value < 0.05). La seule information du lien entre le tabagisme et la douleur n'influence pas significativement leur sentiment d'efficacité personnelle à améliorer leurs douleurs ni leur envie de sevrage.

Discussion – Les patients douloureux chroniques qui fument ont une double vulnérabilité qui nécessite une stratégie adaptée pour une prise en charge optimale.

Mots clé : douleur chronique ; dépendance nicotinique ; sevrage tabagique ; motivation au sevrage ; sentiment d'efficacité personnelle

LISTE DES ABREVIATIONS ET GLOSSAIRE

CBD : Cannabidiol, molécule non psychoactive présente dans le cannabis.

CETD : Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur

DSM-5 : 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l'Association Américaine de Psychiatrie, publié en France en juin 2015

FTND : Fagerström Test for Nicotine Dependence

HS : Hidradénite suppurée ou maladie de Verneuil : dermatose chronique pourvoyeuse de douleurs intenses (inflammatoires et/ou neuropathiques) et nécessitant de nombreux actes d'exérèse, source de douleurs induites dans les stades les plus avancés.

INCa : Institut National contre le Cancer

ORT : Opioid Risk Tool est une échelle d'évaluation du risque de mésusage avant prescription d'un antalgique opioïde

SED : Syndrome d'Ehlers-Danlos (anomalie du tissu conjonctif avec hyper laxité des articulations)

SEP : Sentiment d'Effacité Personnelle (BANDURA, 1997) ou « self-efficacy » concept développé par un psychologue canadien Albert BANDURA.

SFM : syndrome fibromyalgique

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale, thérapie brève portant sur les interactions entre pensées, émotions et comportements.

THC : delta-9-tétrahydrocannabinol, molécule psychoactive présente dans le cannabis.

TTFC : Time To First Cigarette. Il est le délai entre le réveil et la première cigarette. Il reflète le niveau de dépendance.

SOMMAIRE

1. Introduction	p7
2. Méthode.....	p7
3. Résultats	p8
3.1. Description de la population.....	p8
3.2. La consommation de tabac.....	p10
3.3. La dépendance à la nicotine.....	p12
3.4. Les consommations associées.....	p13
3.5. Evaluation de la motivation au sevrage tabagique.....	p13
3.6. Sentiment d'efficacité personnelle à se sevrer seul.....	p14
3.7. Exploration du lien envie de fumer et intensité de la douleur.....	p14
3.7.1 Au moment de fumer la cigarette la plus indispensable de la journée	p14
3.7.2 Au moment de fumer la cigarette la moins indispensable de la journée.....	p15
3.7.3 Quelle perception ont-ils de leur envie de fumer lorsqu'ils ont mal ?.....	p16
3.7.4 Le tabagisme est-il associé à une aggravation ou un soulagement ?.....	p16
3.8. Influence de l'information du lien tabagisme/douleur sur le sentiment d'efficacité personnelle à améliorer ses douleurs et sur l'envie de sevrage.....	p18
4. Discussion	p20
4.1 Limites de l'étude.....	p20
4.2 Comparaison avec la littérature.....	p21
4.2.1 Prédominance de femmes et de fibromyalgiques dans notre échantillon.....	p21
4.2.2 Age de la première cigarette.....	p21
4.2.3 Consommation de cigarettes fumées.....	p22
4.2.4 Dépendance à la nicotine.....	p22
4.2.5 Les consommations associées auto déclarées.....	p24
4.2.6 Motivation au sevrage.....	p26
4.2.7 Sentiment d'efficacité personnelle pour le sevrage sans aide.....	p28
4.2.8 Lien tabagisme/douleur.....	p28
4.2.9 La connaissance de ce lien influence-t-il le SEP à améliorer ses douleurs et la motivation à arrêter ?.....	p29
5. Conclusion.....	p30
1. Un certain profil de fumeur.....	p30
2. Prise en charge.....	p30
3. Perspectives.....	p31
Références.....	p33
Annexes.....	p40

1. INTRODUCTION

La douleur chronique, qui se définit par une douleur présente tous les jours, depuis plus de trois mois (sans notion sur l'intensité), a une prévalence en France de 31.7% (1) soit près de 12 millions de personnes touchées. On retrouve une proportion plus élevée de personnes souffrant de douleurs chroniques chez les fumeurs et ex-fumeurs (p -value <0.01) que chez les non-fumeurs (2). De plus, certaines pathologies directement liées ou favorisées par le tabagisme sont à l'origine de douleurs au long cours (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, cancers et leurs traitements, hidradénite suppurée...).

La proportion de fumeurs quotidiens au niveau national est de 24% en 2019 (3) (27.5% parmi les hommes et 20.7% parmi les femmes (p <0.001) (4)). Les études s'intéressant au tabagisme des douloureux chroniques ont principalement été menées aux USA. La proportion de fumeurs y varie de 49% à 68% (5). Cette prévalence n'a pas diminué depuis 15 ans, contrairement au tabagisme de la population générale (6).

En France, il existe peu d'études, il est difficile d'extrapoler ces résultats. On retient néanmoins trois études. En 2018, une enquête chez des patients consultant au Centre d'étude et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Bordeaux, indique un taux de 24.5% de fumeurs présentant un trouble de l'usage tel qu'il est défini dans le DSM-5. (7). Une autre réalisée en 2012, en consultation externe en psychiatrie note dans une population souffrant de douleurs chroniques, une prévalence de tabagisme de 34.92% (8). Enfin, on retrouve entre 80 et 90% de fumeurs chez des patients atteints d'hidradénite suppurée (HS) (9).

La douleur chronique est donc plus fréquente chez les fumeurs et le tabagisme est plus fréquent chez les douloureux chroniques. Cette addiction au tabac ajoute un risque de morbi mortalité chez des personnes déjà vulnérables. Elle est aussi connue pour être un facteur de risque de mésusage des antalgiques (10) (11) et les fumeurs (douloureux chroniques) consomment plus d'opioïdes (6) (11) (12). Contrairement à la douleur aigue qui est le fait d'un excès de nociception, la douleur chronique s'installe par des phénomènes complexes : sensibilisation du système nerveux, affaiblissement/défaillance progressifs des systèmes inhibiteurs de la douleur (13). C'est un symptôme qui devient maladie au long cours, tout comme l'addiction au tabac qui le plus souvent, la précède.

Le but de ce travail est d'étudier chez ces patients: leur dépendance à la nicotine, leurs éventuelles consommations associées, leur motivation au sevrage, leur sentiment d'efficacité personnelle et la puissance du lien tabagisme/ douleur pour envisager une prise en charge adaptée.

2. METHODE

Pour cette enquête nommée TABADoL, un questionnaire (Annexe 1) a été diffusé auprès d'associations de patients douloureux chroniques et de groupes d'auto support. Tout consommateur quotidien de tabac fumé a été invité à répondre aux 33 questions. Trois cent quatorze questionnaires ont été remplis entre le 27 mai et le 26 juin 2020.

Les données recueillies ont été : le genre, la tranche d'âge (18-30ans, 31-60ans, 61-75ans et plus de 75 ans). Il a été demandé de préciser les consommations régulières (c'est -à -dire au moins 5 fois/semaine) autres que le tabac.

Les douleurs ont été renseignées par le diagnostic ou le type, par leur ancienneté (moins de 6 mois, moins d'un an, moins de 5 ans ou plus de 5ans) et leur suivi (médecin traitant, CETD, médecin spécialiste (rhumatologue, gynécologue ou autre) ou non suivi régulièrement).

Ensuite, les six questions du score de Fagerström ont été posées. La dépendance à la nicotine a été alors évaluée par le FTND (Annexe 2) et le score de HSI (Annexe 3). Elle a été comparée par le test de Chi2 de Pearson à celle d'autres populations de fumeurs. Un test exact de Fisher a testé la corrélation entre dépendance nicotinique et les consommations associées d'autres substances psychoactives. Le test de Chi2 de Pearson a testé la répartition genre/dépendance nicotinique.

L'âge de la première cigarette a été demandé.

Une échelle de 1 à 5 permettait de coter sa capacité à arrêter de fumer sans aide. Et le type d'aide attendue le cas échéant était interrogé: substituts nicotiques, cigarette électronique, un thérapeute, mon médecin traitant?

Une autre échelle numérique de 0 à 10 était proposée pour coter son envie de fumer la plus indispensable cigarette de la journée et la moins indispensable, selon que la douleur ressentie était nulle, modérée ou forte. Un test de chi2 de Pearson a testé la corrélation entre l'envie de fumer et le niveau de douleur.

Enfin, des questions sur l'évolution d'une douleur après avoir fumé une cigarette, avec des échelles de 1 à 5 : avez-vous remarqué une aggravation, un soulagement de type baisse de l'intensité ou moins d'impact négatif sur votre moral ?

Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) à améliorer ses douleurs a été mesuré par une échelle numérique de 0 à 10, avant et après l'information de ce lien douleur/tabagisme. Le test de Student a permis de tester une éventuelle différence significative. De même, pour la cotation de l'envie d'arrêter de fumer avant/après.

3. RESULTATS

3.1 Description de la population TABADoL

Trois cent quatorze questionnaires ont été reçus. Les caractéristiques des répondants sont décrites dans le tableau I.

Tableau I. Caractéristiques des répondants (n=314)

Genre (%)	
Hommes	25 (8)
Femmes	289 (92)
Classes d'âge (%)	
Entre 18 et 30 ans	17 (5.41)
Entre 31 et 60 ans	277 (88.2)
Entre 61 et 75 ans	19 (6)
Types de douleurs (%)	
Fibromyalgie	190 (60.5)

Polyarthrite ou spondylarthrite	39 (12.42)
Syndrome d'Ehlers-Danlos (SED)	18 (5.73)
Arthrose	17 (5.41)
Névralgies	9 (2.86)
Douleurs neuropathiques	7
Pas de diagnostic, mais des douleurs	7
Migraines ou céphalées	6
Endométriose	4
Maladie de Crohn ou rectocolite	2
Autres	9

Ancienneté des douleurs (%)

Plus de 5 ans	245 (78)
Moins de 5 ans	63 (20)
Moins d'un an	3
Moins de six mois	3

Suivi (%)

Par leur médecin traitant	111 (35.35)
Par un médecin spécialiste	92 (29.3)
En CETD	79 (25)
Non suivi régulièrement	23 (7.32)
Autre	7

Les consommations régulières autres que le tabac sont données par le tableau II.

Tableau II. *Consommation régulière autre que le tabac fumé (au moins 5 fois/semaine)*

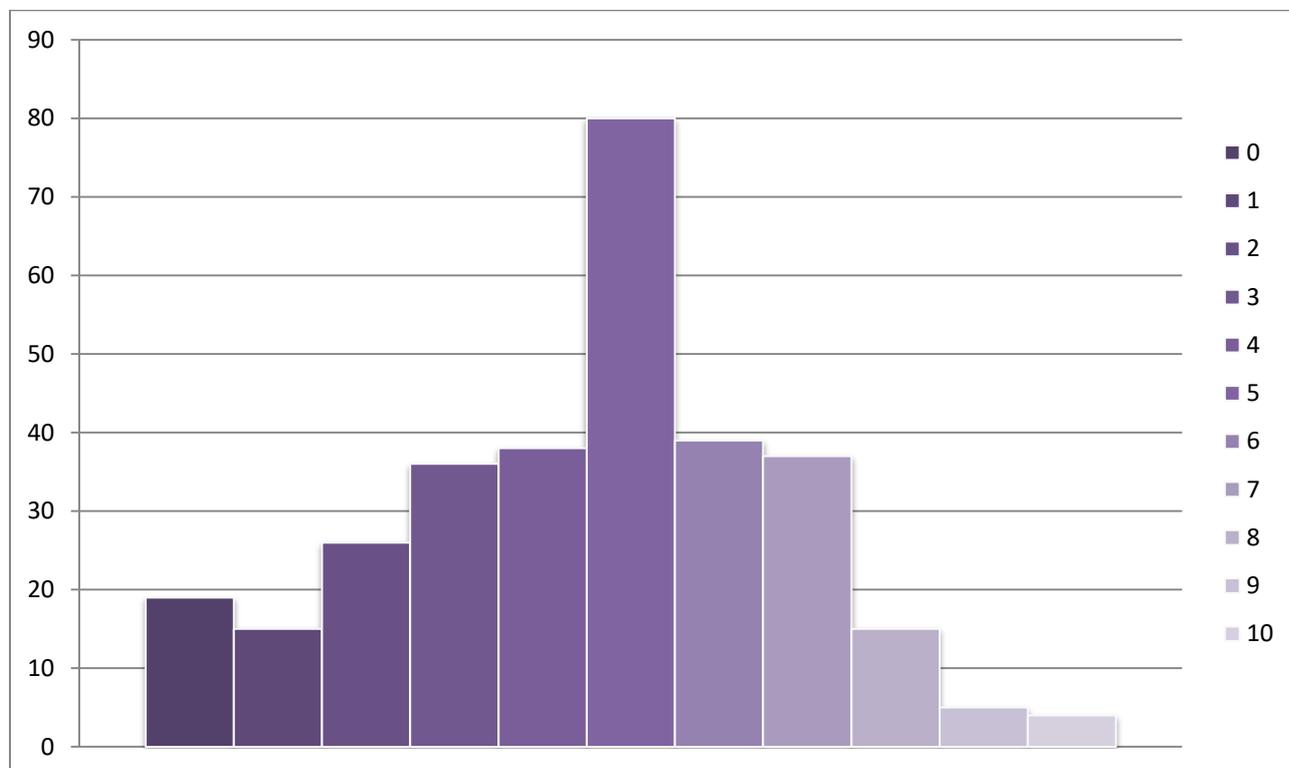
	Echantillon total n=314 (%)
Rien d'autre	145 (46.17)
Anxiolytiques	65 (20.7)
Somnifères	32 (10.19)
Cannabis fumé	20 (6.37)
Alcool	10 (3.18)
Antidépresseurs	9 (2.86)
Cannabis par voie orale	6 (1.91)

A noter : dans l'item « autre », ils sont 24 à signaler leur traitement antalgique, dont 19 chez les patients dépendants à la nicotine.

Le sentiment d'efficacité personnelle à améliorer efficacement ses douleurs a été mesuré par une

échelle de 0 (je ne me sens pas capable) à 10 (je suis tout à fait capable). La répartition des scores est donnée dans le tableau III. La médiane est à 5. Elle est à 4 chez les patients douloureux chroniques les plus dépendants à la nicotine (score de Fagerström [FTND] entre 7 et 10) et chez les patients atteints de névralgies. Elle est à 3.5 pour les patients avec le syndrome d'Ehlers-Danlos (SED).

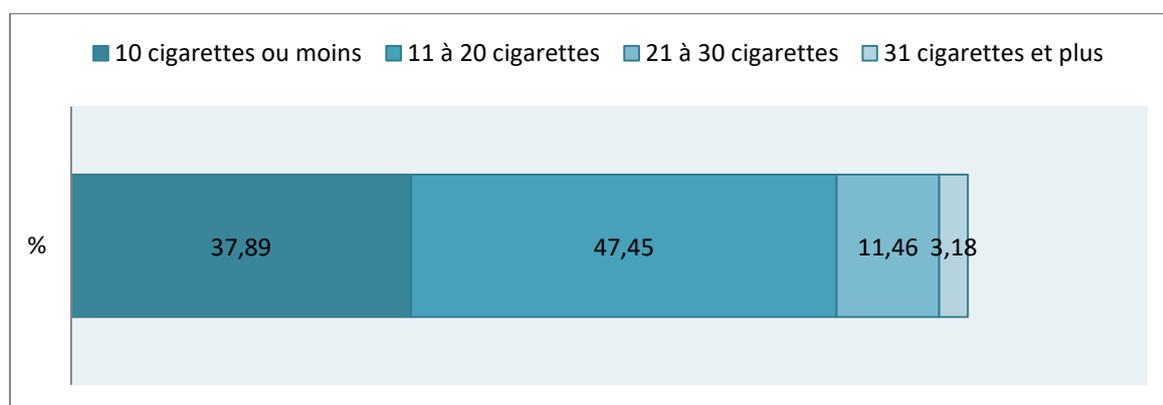
Tableau III – Répartition du Sentiment d'Efficacité Personnelle à améliorer efficacement ses douleurs



3.2 La consommation de tabac

La répartition des quantités de cigarettes fumées sont décrites dans le tableau IV.

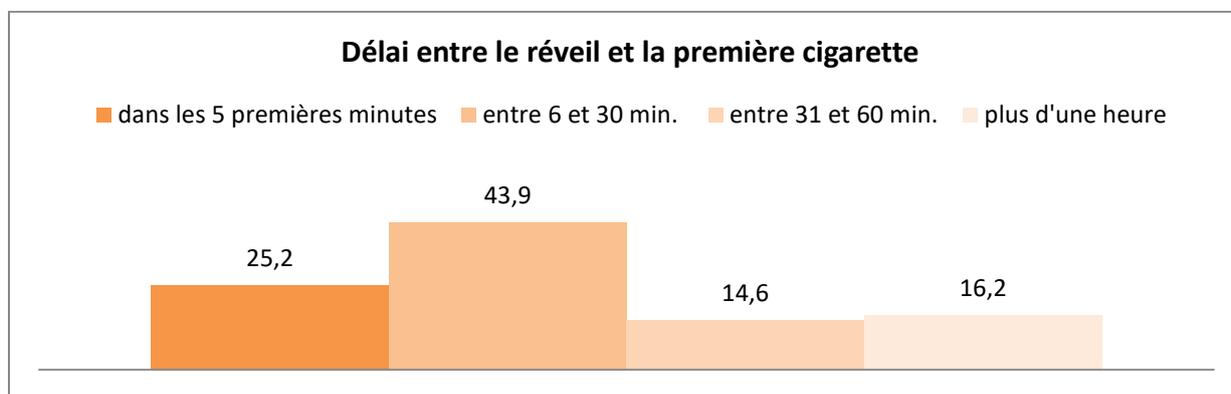
Tableau IV - Quantité de cigarettes fumées quotidiennement



Le tableau V nous renseigne sur le délai entre le réveil et la première cigarette : le TTFC. Ainsi 69.1%

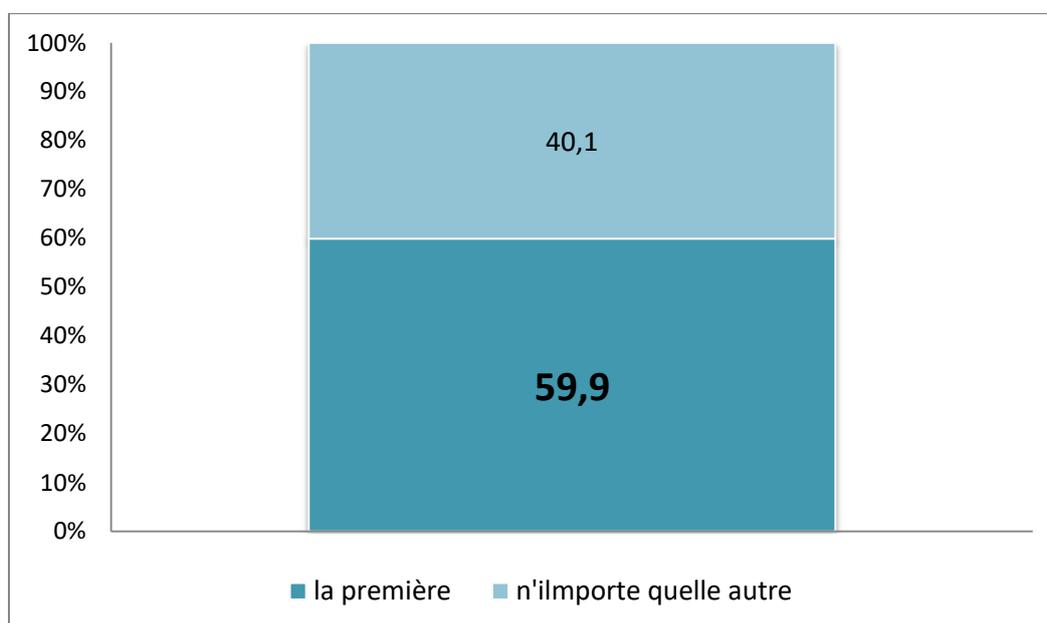
fument dans la première demi-heure, et 51.9% fument à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée.

Tableau V - Délai entre le réveil et la première cigarette



Pour la plupart des répondants (60%), la cigarette la plus indispensable reste la première de la journée (cf. Tableau VI). Ils sont également 47.8% à déclarer fumer, lorsqu'ils sont malades au point de devoir rester au lit presque toute la journée.

Tableau VI – A quelle cigarette, renonceriez-vous le plus difficilement ?



L'âge médian de leur première cigarette est de 15 ans, chez les hommes comme chez les femmes. Il est de 15 ans chez les sujets sans dépendance nicotinique comme avec forte dépendance. Il est de 14 ans pour les patients touchés par une névralgie (sous-groupe de 9 patients).

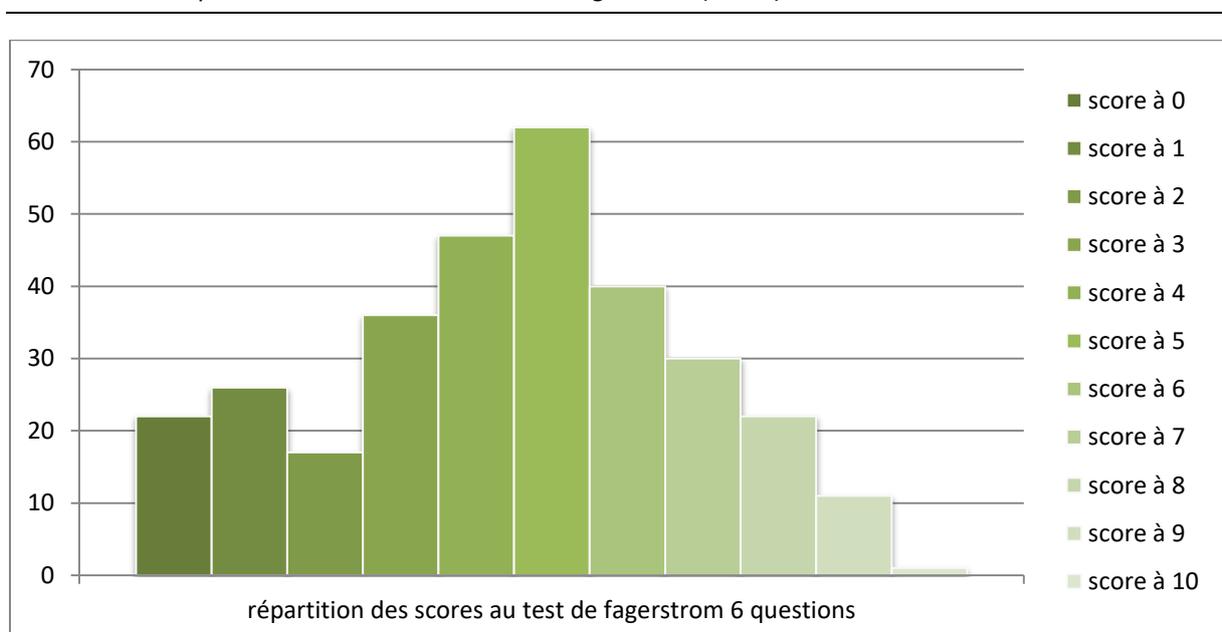
3.3 La dépendance à la nicotine

Elle a été mesurée dans un premier temps, à l'aide du test de Fagerström 6 questions (FTND) (Annexe 2). La moyenne de ce score est à 4.46 ± 0.26 . La médiane est à 5. Ce test nous permet de classer les sujets en « sujet sans dépendance ou faible » (*test de Fagerström compris entre 0 et 3*), avec dépendance nicotinique moyenne (*test de Fagerström entre 4 et 6*) et avec forte dépendance nicotinique (*test de Fagerström entre 7 et 10*). Le tableau VII nous donne la répartition des dépendances selon le genre. Le calcul de la p-value par le test du Chi2 de Pearson nous donne un résultat (p-value= 0.512) qui ne nous permet pas de conclure à une corrélation entre genre et dépendance nicotinique. La répartition des scores de dépendance est notée dans le tableau VIII.

Tableau VII. Répartition genre/dépendance nicotinique

	Hommes (n=25)	Femmes (n=289)
Sans dépendance nicotinique ou faible n= 101 (32.16%)	6	95
Avec dépendance nicotinique moyenne n=149 (47.45%)	12	137
Avec une forte dépendance nicotinique n=64 (20.38%)	7	57

Tableau VIII. Répartition des scores au test de Fagerström(FTND)



3.4 Les consommations associées

La consommation régulière d'autres substances a été classée selon que les sujets soient dépendants ou non à la nicotine. (cf. Tableau IX)

Tableau IX. Répartition des consommations associées selon la dépendance nicotinique

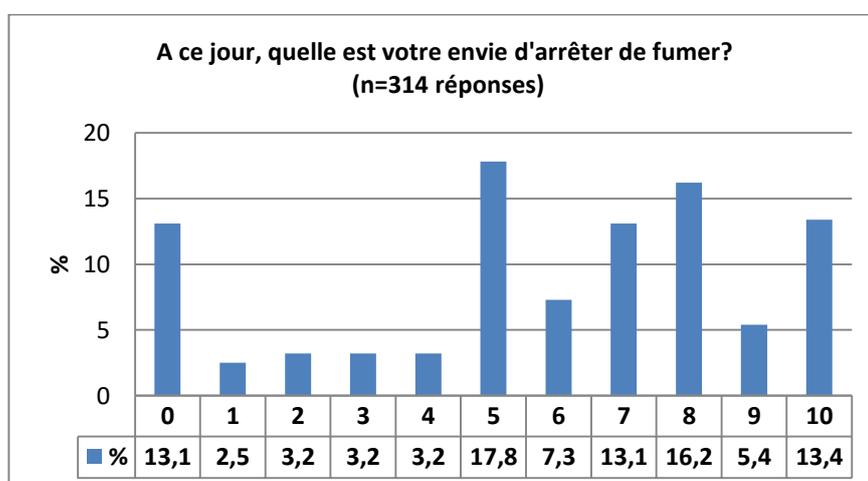
	Parmi les patients non dépendants Score de Fagerström ≤ 3 n= 101 (%)	Parmi les patients dépendants Score de Fagerström ≥ 4 n=213 (%)
Rien d'autre	54 (53.46)	91 (42.7)
Anxiolytiques	21 (20.79)	44 (20.65)
Somnifères	7 (6.93)	25 (11.73)
Antidépresseurs	5 (4.95)	4 (1.87)
Cannabis fumé	4 (3.96)	16 (7.51)
Alcool	1 (0.99)	9 (4.22)
Cannabis par voie orale	3 (2.97)	3 (1.4)

Le test exact de Fisher n'est pas significatif ($p > 0.05$). Il n'existe donc pas de corrélation entre dépendance nicotinique et consommations associées ou nos effectifs sont trop faibles.

3.5 Evaluation de la motivation au sevrage tabagique

La motivation au sevrage a été évaluée par une échelle numérique de 0 (je n'ai pas envie) à 10 (j'ai très envie et je l'envisage). La répartition des scores se trouve Tableau X. La médiane est à 6 chez les hommes, comme chez les femmes. Elle est à 7 chez les patients non dépendants à la nicotine (score de Fagerström [FTND] ≤ 3). Elle est à 8 chez les patients touchés par le syndrome d'Ehlers-Danlos, ou en cas de névralgie.

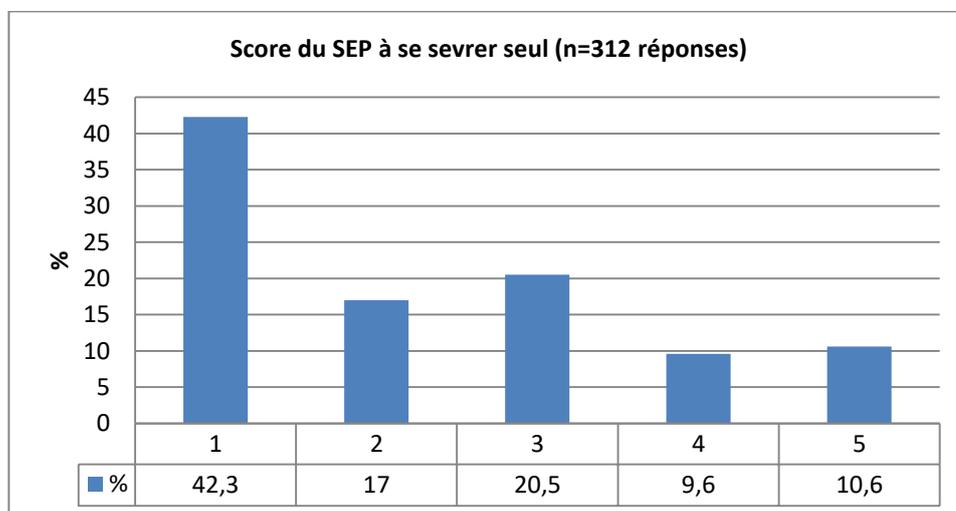
Tableau X - Répartition des scores de l'envie d'arrêter de fumer



3.6. Sentiment d'efficacité personnelle (SEP) à se sevrer du tabac seul

Le SEP révèle la confiance d'une personne en sa capacité à réussir ou à faire face. Il n'est ni l'optimisme, ni la confiance en soi mais un déterminant important dans la motivation à agir et à persévérer pour une tâche particulière, donc ici dans la motivation au changement, à poursuivre une vie sans tabac. Il a été mesuré par une Échelle numérique de 1 (je ne peux pas seul) à 5 (je peux arrêter sans aide). La répartition des scores se trouve tableau XI. La médiane est à 2. Elle est à 2 chez les femmes et à 3 chez les hommes. Elle est à 3 chez les patients non dépendants à la nicotine versus 1 pour les plus dépendants ($FTND \geq 7$). La médiane est à 2 chez les patients fibromyalgiques, ceux touchés par Ehlers-Danlos, par l'arthrose, par la polyarthrite ou spondylarthrite. Elle est à 1 pour les patients atteints de névralgie.

Tableau XI. Répartition des scores du SEP à se sevrer seul



1 je ne peux pas seul

5 je peux arrêter sans aide

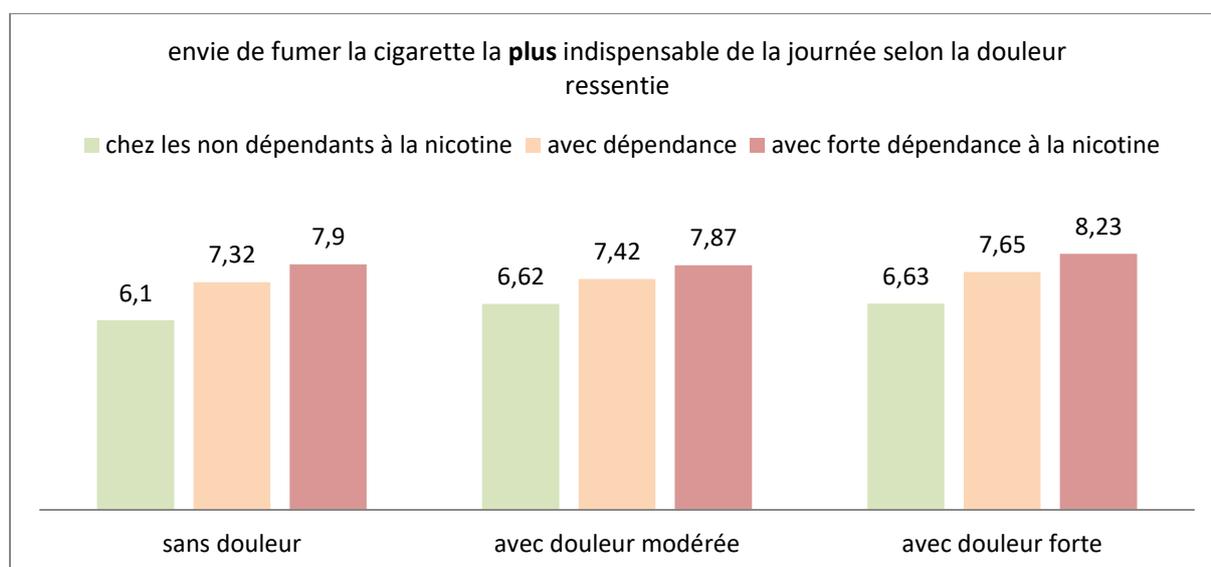
Les aides plébiscitées sont : aucune pour 24.5% des sujets, un thérapeute pour 24.5% , des substituts nicotiques pour 23.6%, cigarette électronique pour 20.1% ,mon médecin traitant pour 7.3% .

3.7. Exploration du lien envie de fumer et intensité de la douleur

3.7.1. Au moment de fumer la cigarette la plus indispensable de la journée :

La plus indispensable cigarette de la journée est celle qui reflète la dépendance physique, psychologique et/ou comportementale. A ce moment, les scores de l'envie de fumer (sur une échelle de 0 à 10) sont très proches, quelle que soit la douleur ressentie. (Tableau XII).

Tableau XII – Envie de fumer la cigarette la plus indispensable selon la dépendance et l'intensité de la douleur

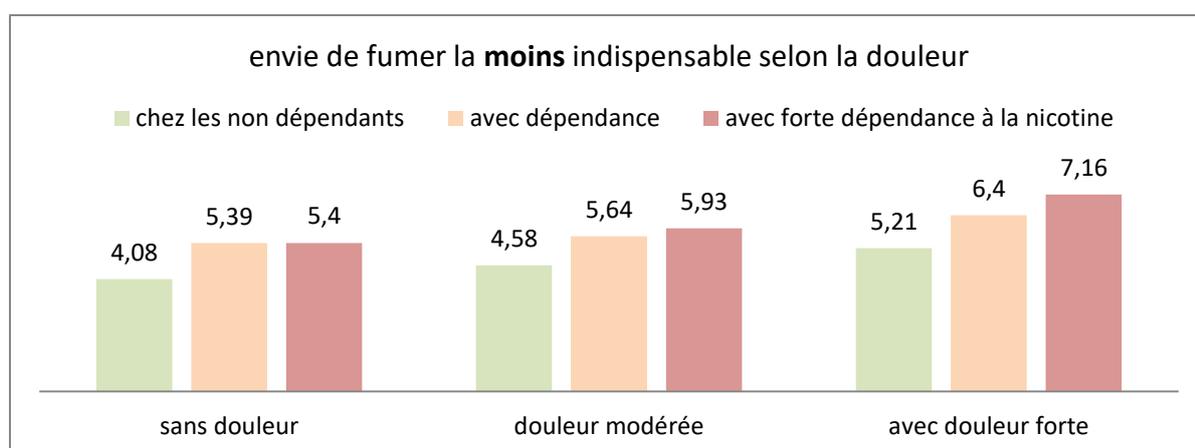


Pour tester l'influence de la douleur au moment de fumer la plus indispensable cigarette de la journée, nous avons réalisé un test du Student pour échantillons appariés entre l'envie de fumer sans douleur et l'envie lorsque la douleur est forte. La moyenne est : -0.40 avec un IC à 95% [-0.826 ; 0.0171], p-value à 0.0599. On ne peut pas dire que la douleur influence significativement l'envie de fumer au moment de fumer la plus indispensable, mais l'envie est déjà forte (Médiane > à 7/10).

3.7.2 Au moment de fumer la moins indispensable de la journée :

A ce moment, les scores de l'envie de fumer varient selon la douleur ressentie, comme indiqué dans le Tableau XIII.

Tableau XIII – Envie de fumer la moins indispensable selon dépendance nicotinique et intensité de douleur



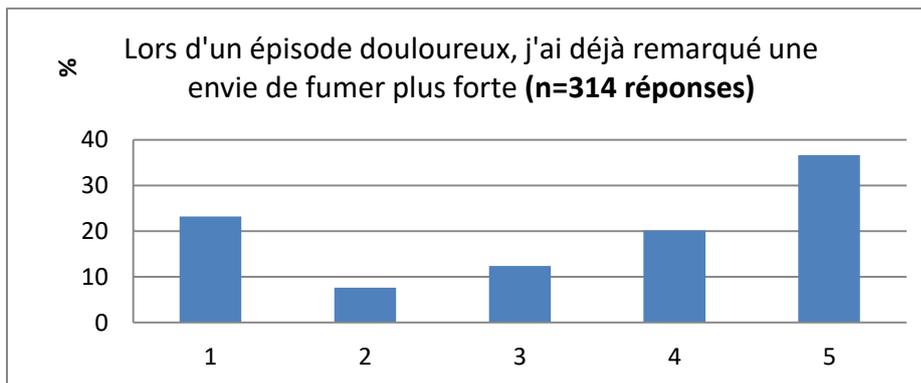
Pour tester l'influence de la douleur au moment de fumer la moins indispensable cigarette de la journée, nous avons réalisé un test du Student pour échantillons appariés entre l'envie de fumer sans douleur et l'envie lorsque la douleur est forte. La moyenne est : -1.1879 avec un IC à 95% [-1.6228 ; -

0.753], p-value <0.05. On peut donc dire qu'à ce moment-là, la douleur influence significativement l'envie de fumer.

3.7.3 Quelle perception ont-ils de leur envie de fumer lorsqu'ils ont mal ?

Le tableau XIV nous indique la répartition des réponses selon l'accord avec la phrase : « Lors d'un épisode douloureux, j'ai déjà remarqué une envie de fumer plus forte »

Tableau XIV. *Episode douloureux et envie de fumer*

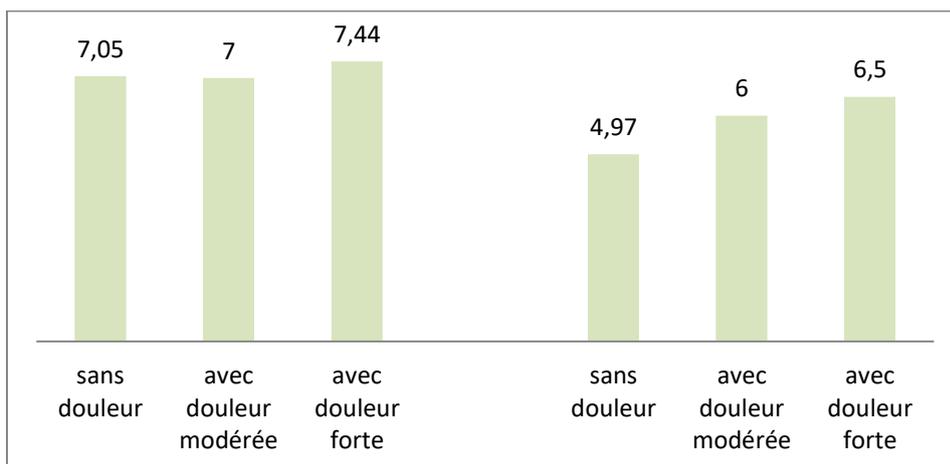


1 Pas du tout d'accord 5 tout à fait d'accord

La douleur augmente donc l'envie de fumer pour 56.7% d'entre eux.

Le tableau XV compare la puissance de l'envie de fumer la cigarette la plus indispensable de la journée versus la moins indispensable selon l'intensité de la douleur.

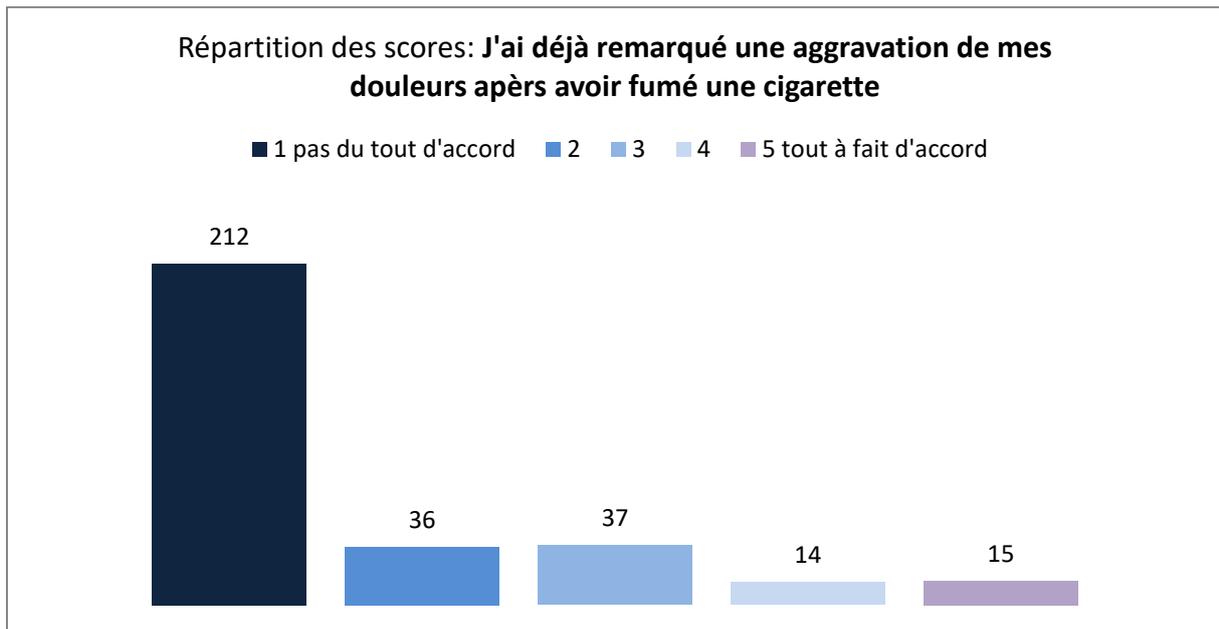
Tableau XV – *Puissance de l'envie de fumer la cigarette la plus indispensable de la journée (à gauche) versus la moins indispensable selon l'intensité de la douleur (à droite)*



3.7.4. Le tabagisme est-il associé à une aggravation ou un soulagement ?

Très peu des répondants ont déjà remarqué une aggravation des douleurs après avoir fumé une cigarette (Tableau XVI).

Tableau XVI – Aggravation des douleurs après avoir fumé une cigarette



Fumer ne semble pas particulièrement antalgique (Tableau XVII) mais rendrait pour certains d'entre eux (plus d'un tiers) la douleur plus supportable (Tableau XVIII).

Tableau XVII – Soulagement (baisse de l'intensité douloureuse) après avoir fumé une cigarette

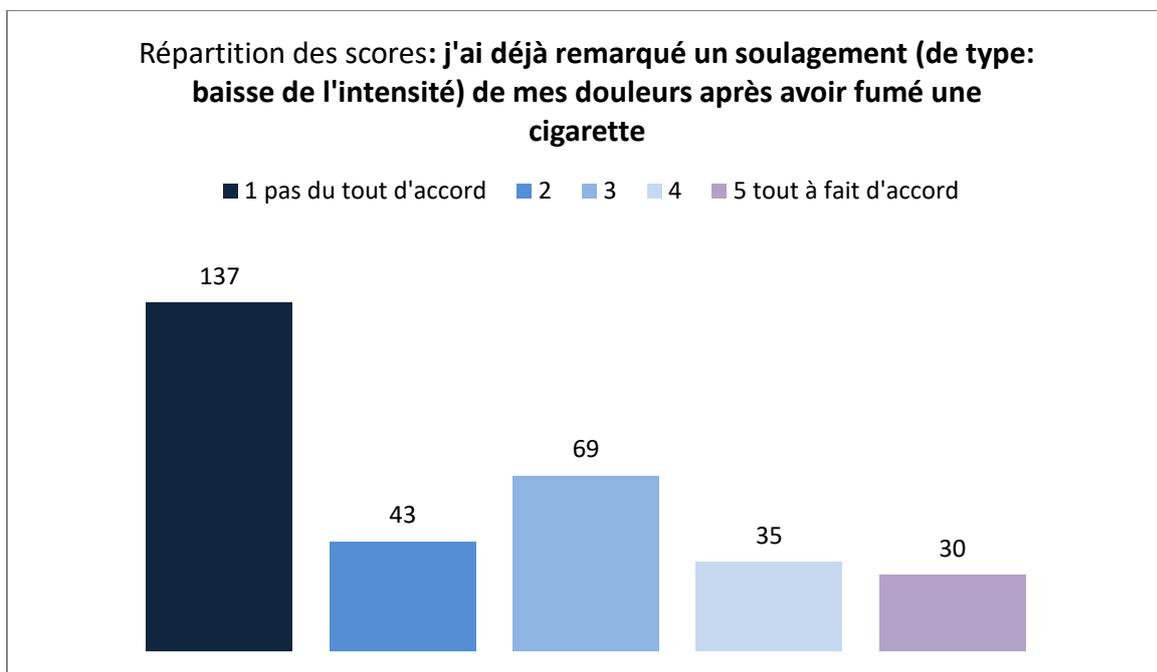
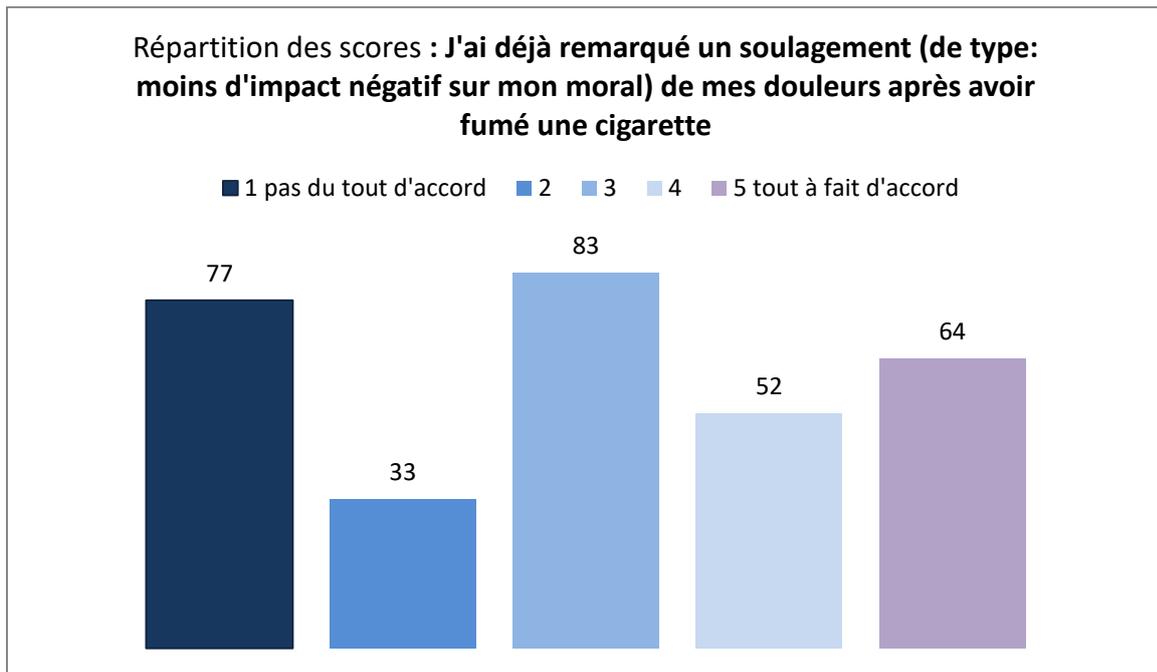


Tableau XVIII – Soulagement (impact sur le moral) après avoir fumé une cigarette



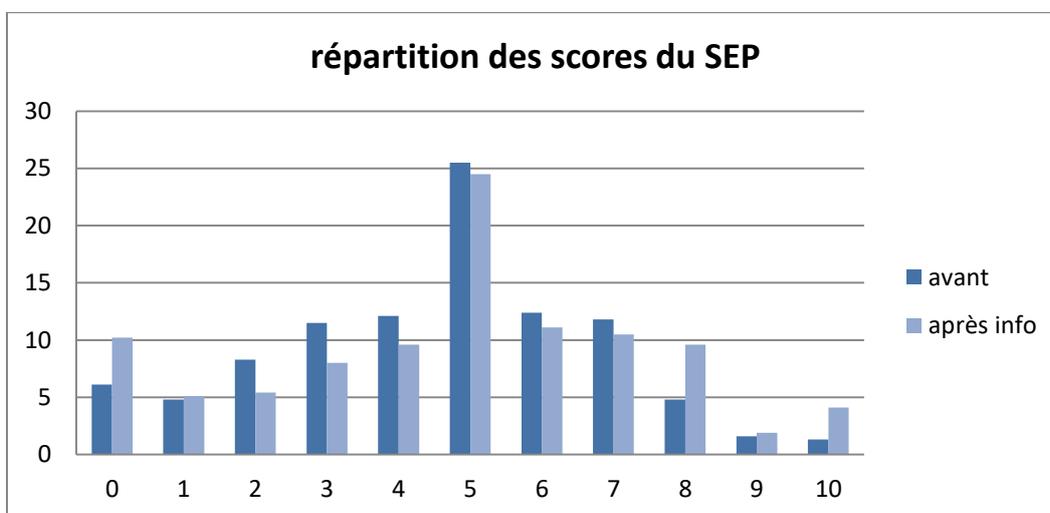
3.8. Influence de l'information du lien tabagisme/douleur sur le sentiment d'efficacité personnelle à améliorer ses douleurs et sur l'envie de sevrage

Seuls 42 répondants (13.37%) connaissaient déjà ce lien tabagisme/douleur.

La répartition des scores du SEP à améliorer ses douleurs avant/après l'information de ce lien est indiquée Tableau XIX.

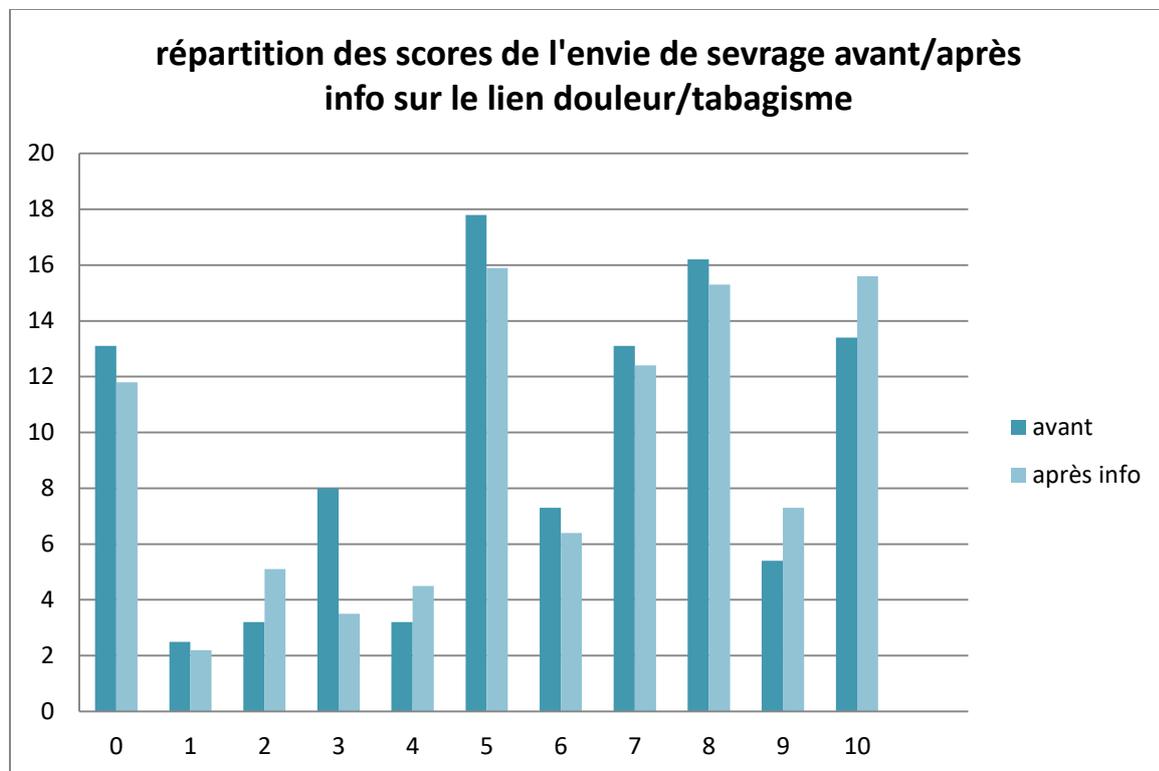
La connaissance de ce lien influence-t-il le SEP à améliorer ses douleurs ? Globalement, la répartition est semblable, l'influence semble modeste. L'information de ce lien ne modifie pas significativement le SEP à améliorer ses douleurs. Le test de Student retrouve une moyenne de -0.2229 avec un IC à 95% compris entre -0.4726 et 0.0267 .

Tableau XIX. Répartition des scores du SEP douleur



La répartition des scores de l'envie de sevrage avant/après l'information de ce lien est présenté Tableau XX.

Tableau XX - Répartition des scores de l'envie de sevrage avant/après information



Nous ne retrouvons pas de différence significative avec le test de Student. La moyenne est à - 0.1847 avec un IC à 95% compris entre -0.3849 et 0.0155.

Nous observons cependant des différences, selon la pathologie douloureuse :

- chez les patients fibromyalgiques (n=190) : la connaissance de ce lien augmente l'envie de sevrage de 1/10 en moyenne (la médiane passe de 6 à 7) mais n'influence pas le SEP à gérer efficacement leurs douleurs (médiane à 5)
- chez les patients atteints de polyarthrite ou de spondylarthrite (n=39) : l'envie de sevrage n'est pas modifiée mais le SEP passe d'une médiane de 5 à 6.
- chez les patients avec SED (n=18) : ce lien ne modifie pas une envie de sevrage déjà haute (médiane à 7.5)
- chez les patients souffrant d'arthrose : la connaissance de ce lien n'a aucune influence

Chez les femmes (n=289) comme chez les hommes (n=25) : l'information de ce lien augmente l'envie de sevrage (médiane de 6 à 7) mais n'influence pas le SEP à améliorer les douleurs.

4. DISCUSSION

4.1 Limites de l'étude

Il y a une très forte proportion de femmes (92%) dans les répondants. Ce qui est vrai dans la douleur chronique(14) mais dans une moindre proportion (15) (16). On sait aussi que dans la douleur chronique : les niveaux de douleur sont plus élevés chez les femmes (35%) que chez les hommes (28.2%) (Enquête STOPNET 2004)(15). On peut donc suspecter :

- une douleur plus forte chez les femmes qui favorise un renforcement plus important sur l'addiction.

-une sous-évaluation de la dépendance nicotinique. Le score de Fagerström (FTND) peut la sous évaluer (17). Il est probable qu'il y est plus de biais sur la question du délai entre le réveil et la première cigarette (le TTFC) par respect du fonctionnement familial (s'occuper des enfants au réveil avant de s'autoriser à fumer).Et plus de biais de désirabilité sociale (réponses en fonction des normes sociales) plus probable chez les femmes (l'enquête est déclarative). Le nombre de cigarettes fumées n'est plus non plus, réellement le reflet de l'addiction (les lois ont évolué, il y a plus de restriction mais par le phénomène d'auto titration l'intoxication est équivalente) et peut être plus chez les femmes si elles ont moins l'occasion de pouvoir sortir en extérieur pour fumer (travail en intérieur, présence des enfants...).

- on sait aussi que le sentiment d'efficacité personnelle est réputé plus faible chez les femmes que chez les hommes (18)

- à propos des médicaments psychotropes, elles sont deux fois plus consommatrices que les hommes (19).

Un certain nombre de données sont manquantes pour mieux comparer les résultats :

- sur les troubles anxieux et dépressifs .On peut suspecter une forte prévalence (population féminine, avec douleur chronique et tabagique) : ce qui n'impactera pas la motivation au sevrage mais probablement la réussite (20)
- sur la situation maritale et sociale. On peut s'attendre à une certaine précarité (accident du travail, maladie professionnelle, arrêt de travail, en invalidité...) fréquente en douleur chronique et favorisant les addictions.
- La consommation régulière associée n'a pas été étudiée avec les critères de troubles de l'usage du DSM-5 : les comparaisons ont donc été difficiles avec d'autres études.
- Le type de tabac fumé n'a pas été demandé, ni l'usage éventuel d'une cigarette électronique avec ou sans nicotine (un usage qui s'est développé ces dernières années dans la population générale)
- Les tentatives d'arrêt n'ont pas été comptabilisées (les échecs répétés sont un critère dans la définition des « hardcore smokers »)(21)
- Le nombre de cigarettes fumées en moyenne par jour, aurait été préférable plutôt que les seules catégories interrogées pour calculer le FTND.
- La consommation de café n'a pas été interrogée. L'association avec le tabac est fréquente. La caféine peut potentialiser l'effet de la nicotine et agir positivement sur certaines douleurs. (22)

Pour finir, cette enquête a été menée du 27 mai au 26 juin 2020 c'est-à-dire 15 jours après une période inédite de confinement imposé par la pandémie de coronavirus. A ce jour, de nouvelles données nous informent des modifications de comportement vis-à-vis du tabac (23) et un impact en douleur chronique (24). Santé Publique France annonce que 27% des fumeurs interrogés ont déclaré une hausse de leur consommation avec une hausse moyenne de 5 cigarettes par jour. Cette augmentation a eu lieu plus fréquemment chez les 25-34 ans et chez les actifs travaillant à domicile (37%). 19% des interrogés déclarent avoir diminué leur consommation. Parmi les personnes sujettes à des douleurs chroniques (dans un panel de 1000 individus de 18 ans et plus, interrogés entre le 26 et 28 mai 2020) 39% ont estimé que ces douleurs ont impacté plus fortement leur moral pendant le confinement qu'en temps normal.

4.2 Comparaison avec la littérature

4.2.1. Prédominance de femmes et de fibromyalgiques dans notre échantillon

Comme dit dans le paragraphe précédent sur les limites de cette étude : Il y a une très forte proportion de femmes (92%) dans les répondants (tableau I). Ce qui est vrai dans la douleur chronique (14) mais dans une moindre proportion (15) : la prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée chez les femmes. (35 % [34,4-35,6]) versus 28,2 % [27,6-28,7] chez les hommes) (16). Cette prédominance féminine accentuée a donc probablement modifié les résultats et nous pouvons supposer qu'elle est la conséquence d'un recrutement au sein des associations et des groupes d'auto support. Les hommes sont plus volontiers seuls face à leurs difficultés et moins enclin à demander de l'aide.

La forte proportion de fibromyalgiques (60.5%) est une autre limite de TABADoL. C'est un syndrome douloureux peu influencé par l'hypoxie et les spasmes provoqués par le tabagisme, contrairement à d'autres pathologies comme les migraines, céphalées, algies vasculaires... Cependant, c'est un syndrome dans lequel on retrouve 70.9% de fatigue chronique (25). La nicotine ayant un effet stimulant, la fibromyalgie peut alors être un renforçateur de l'addiction au tabac expliquant peut-être pourquoi la dépendance nicotinique est plus forte dans notre échantillon.

4.2.2 Age de la première cigarette

L'âge médian de la première cigarette est précoce à 15 ans, chez les hommes comme chez les femmes. Ce qui est conforme à la littérature où il est démontré que l'initiation précoce prédit à la fois une plus forte dépendance (particularité de notre échantillon) (26) (27) et un risque accru de douleur chronique.

On retrouve ce lien de précocité du tabagisme et douleur chronique, dans l'étude australienne réalisée chez la femme en 2014 (28). Le tabagisme augmente le risque de règles douloureuses, de dysménorrhées chroniques (risque 33% plus élevé chez les ex-fumeuses, et 41% plus élevé chez les fumeuses). Le risque de douleur chronique est ainsi 59% plus élevé chez les femmes ayant commencé avant 13 ans et 50% plus élevé pour celles qui ont commencé à 14 ou 15 ans.

4.2.3. Consommation de cigarettes fumées

Dans notre étude, ils sont 37.89% à fumer 10 cig. /jour ou moins. Ils étaient 24% aux USA en 2009 en population générale (29). Ils étaient 18% parmi les consultant des centres de tabacologie, en 2010 (30) : une proportion de « petits fumeurs » en hausse (tendance nationale) mais parallèlement, dont le taux de CO expiré augmente (phénomène d'auto titration). La proportion de « petits fumeurs » semble donc particulièrement importante dans TABADoL : rappelons la prédominance féminine mais aussi le contexte de cette enquête, soit deux semaines après la fin du confinement due à la pandémie de covid-19. Une partie des fumeurs (19%) a réduit le nombre de cigarettes fumées : par respect du domicile familial ou par la limitation des déplacements autorisés...

Dans notre échantillon, ils sont 62.09% à fumer 11 cig. /jour ou plus. En 2010, en France, parmi les fumeurs quotidiens, 67.88% fumaient plus de 10 cig. /jour. (31) On retrouve, en 2019, cette proportion de fumeurs à 66.8% (*fumant plus de 10 cig. /Jour*) (32).

Au final, les répondants ne semblent donc pas plus consommer que les fumeurs de la population générale.

Cependant, en 2019, les fumeurs quotidiens de 18-75 ans fumaient en moyenne 12.5 cigarettes (ou équivalent) par jour (11.4 pour les femmes) (3). Dans une population de fumeurs adultes (consommant cette même quantité de 12 cigarettes/jour en moyenne), Etter et al. ont retrouvé un FTND à 1.84 ± 2.03 ce qui est nettement inférieur à notre échantillon (moyenne du FTND à 4.46 ± 0.26) (33)

Au final, les patients douloureux chroniques semblent ne pas fumer plus de cigarettes mais sont nettement plus dépendants à la nicotine.

4.2.4. Dépendance à la nicotine

Dans la rubrique 3 du questionnaire, la question 1 sur le délai entre le réveil et la première cigarette et la question 4 sur le nombre de cigarettes fumées en moyenne quotidiennement, nous permettent de calculer le score HSI (Heaviness of Smoking Index)(Annexe 3).Le tableau XXI nous montre la comparaison de ce score avec la population générale (18) et la population touchée par l'HS (9).

Tableau XXI. Comparaison de la dépendance à la nicotine évaluée par le score HSI

	Dépendance forte à la nicotine (score HSI de 4 à 6)	Dépendance à la nicotine (score HSI de 2 à 3)	Sans dépendance à la nicotine (score HSI de 0 à 1)
Notre échantillon de fumeurs avec douleur chronique TABADoL (n=314)	26.75%(n=84)	49.36 % (n= 155)	
	Soit 76.11% de patients dépendants		23.88% (n= 75)
Hidradénite suppurée (n=51)(9)	20%	56%	
	Soit 76% de patients dépendants		24%
Population générale (données du Bulletin de Santé Publique janv.2019)(18)	18.4%	38%	
	Soit 56.4% de patients dépendants		43.6%

Score HSI de 0 à 1 : pas de dépendance à la nicotine

Score HSI de 2 à 3 : dépendance moyenne à la nicotine

Score HSI de 4 à 6 : forte dépendance à la nicotine

La dépendance des répondants de notre enquête est identique à celle des patients fumeurs atteints d'HS : 76% de patients sont dépendants et 24% non dépendants.

En comparaison avec la population générale, on peut noter que la douleur chronique expose à une plus forte dépendance à la nicotine (OR=2.46, valeur p=0.0031 au test du Chi2 de Pearson).

Dans le tableau XXII, la comparaison est effectuée avec un autre score : le FTND. On ne retrouve pas ici une dépendance significativement proche de celle d'une population en précarité sociale (valeur p >0.005).

Tableau XXII. Comparaison de la dépendance à la nicotine évaluée par le score FTND

	Dépendance forte à la nicotine (FTND entre 7 et 10)	Dépendance à la nicotine (FTND entre 4 et 6)	Sans dépendance à la nicotine (FTND entre 0 et 3)
Dépendance d'une Population en précarité sociale consultant dans un centre d'examen de santé étude CES (34)(n=2 597)	19.9% (n=497)	43.6% (n=1 087)	36.5% (n=909)
Notre échantillon de fumeurs avec douleur chronique TABADoL (n=314)	20.38% (n=64)	47.48% (n=149)	32.16% (n=101)

D'autre part, le TTFC est un indicateur constitué par le délai entre le réveil et la première cigarette. Il est intéressant dans l'évaluation de la dépendance (Tableau V). La proportion dans TABADoL de patients qui fument dans la première demi-heure est de 69.1% (25.2% dans les 5 premières minute et 43.9% entre 6 et 30 minutes) tandis qu'elle était en 2000 de 37% dans la population générale (respectivement 11% et 26%). (35) C'est une particularité qui devra être prise en compte dans la prise en charge. Le craving est donc fort au réveil, la substitution par patch sur 24h est préférable et un complément par une voie orale (spray ou gommes/pastilles) indiquée dès le réveil.

Pour finir, à propos de la dépendance selon le genre : on peut suspecter dans TABADoL, plus de dépendance chez les hommes (76% avec un FTND \geq 4) versus chez les femmes (67%) (Tableau VII). Ce que Karl Fagerström avait retrouvé, en 1996 (36). Mais le test de du Chi² de Pearson ne trouve pas ici de significativité (p-value=0.512).

4.2.5. Les consommations associées auto déclarées.

Nous n'avons pas exploré la consommation régulière d'autre produit avec les critères de troubles de l'usage. Nous avons posé la question d'une consommation régulière, autre et supérieure à 5 prises/semaine. (Tableau IX)

Nous pouvons noter qu'il y a plus de sujets déclarant « aucune autre consommation régulière » chez les non dépendants (53.46%) que chez les dépendants à la nicotine (42.7%).

A propos de l'alcool, dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de mai 2020 (3) : 33.7% des fumeurs dépassent les repères de consommation contre 18.7% des non-fumeurs. Dans notre enquête auprès des fumeurs douloureux chroniques, ils sont 3.18% à signaler une consommation d'alcool supérieure à 5 prises/semaine. Cette proportion faible peut être justifiée par la forte proportion de femmes dans l'échantillon moins consommatrices d'alcool. On peut aussi se poser la question du biais de désirabilité sociale peut-être plus fort chez elles et l'enquête est uniquement déclarative. On note néanmoins une différence de consommation d'alcool entre les douloureux

chroniques dépendants à la nicotine et les douloureux chroniques non dépendants (Tableau IX). Dans l'actualisation de son référentiel, l'HAS avait noté en 2015 : « les fumeurs dépendants à la nicotine ont 2.7 fois plus de risque de devenir alcool dépendants que les non-fumeurs »(37). Dans TABADoL, le test exact de Fisher ne retrouve pas de corrélation significative ($p > 0.05$) entre la dépendance nicotinique et la consommation d'autres substances psychoactives chez les douloureux chroniques, probablement par des effectifs trop faibles (cf. p13).

A propos des anxiolytiques, plus de 20% des sujets en consomment plus de 5 fois/ semaine. Dans le rapport de l'ANSM (38), on retrouve une proportion de 10.3% dans la population française ayant consommé au moins une fois dans sa vie, une benzodiazépine, à indication anxiolytique : une prévalence plus importante chez les femmes (16.6% vs 9.7% chez les hommes) et qui augmente avec l'âge. Dans le *Baromètre santé 2010 (19)*, la prévalence (au cours de l'année) est également pour les anxiolytiques de 10.4% (vs. 20.7% de consommateur régulier actuel dans TABADoL). On retrouve ainsi deux fois plus de patients sous anxiolytiques chez les fumeurs douloureux chroniques qu'en population générale. En effet, les troubles anxieux sont fréquents chez les douloureux chroniques. Pour exemple, parmi les fumeurs atteints d'HS (9) : 64% ont une symptomatologie anxieuse. Selon les études, on retrouve dans la fibromyalgie : 35 à 62% de troubles anxieux (39). Cette prévalence de l'utilisation d'anxiolytiques chez les fumeurs douloureux chroniques est la même que chez les fumeurs qui consultent en tabacologie (=20.2%) (30).

A propos des antidépresseurs, 6.2% des répondants déclarent les utiliser au moins 5 fois par semaine. Ils sont également 6.2% dans la population générale dans le *Baromètre Santé 2010 (19)* à les avoir utilisés dans l'année. Ils sont cependant 17.6% dans une population en consultation tabacologique (29). Les patients de notre enquête seraient-ils moins dépressifs que les fumeurs demandant de l'aide à un tabacologue, moins traités ou le déclarent-ils moins ? La comorbidité dépressive est fréquente en douleur chronique. La dépression touche 31.5% des patients en CETD (40). Selon les études, on retrouve dans la fibromyalgie : 58 à 86% de dépression (39). La douleur est parfois un symptôme d'une dépression masquée. Dans ce cas, le traitement des humeurs dépressives améliore aussi efficacement les douleurs. On sait également que ces traitements augmentent la réussite des sevrages tabagiques chez les patients fumeurs dépressifs. Chez les fumeurs atteints d'HS, nous retrouvons 36% des sujets avec des symptômes dépressifs (9). Il y a plus de consommateurs d'antidépresseurs chez les non dépendants ($\times 2.64$) (Tableau IX). Les antidépresseurs protègent-ils de la dépendance à la nicotine ?

A propos des somnifères, dans le *Baromètre santé 2010 (19)*, la prévalence (au cours de l'année) est de 6.3% pour les somnifères (vs. 10.19% dans TABADoL). Elle est près du double chez les patients dépendants à la nicotine (11.73% versus 6.93% chez les non dépendants) (tableaux IX). On peut supposer que la prise de somnifères pour améliorer le sommeil des patients douloureux chroniques renforcent l'addiction au tabac par recherche de l'effet stimulant de la nicotine, la journée.

A propos du cannabis fumé : au cours des 30 derniers jours, le BEH de mai 2020 (3) le retrouve pour 16% des fumeurs en population générale contre 1.1% des non-fumeurs. Ils sont 6.37% dans notre enquête à signaler une consommation > à 5 fois/semaine. Il y a plus de cannabis fumé chez les dépendants nicotiques (7.51% versus 3.96% chez les non dépendants). Ceci s'explique par la manière de fumer le cannabis en France : il est associé au tabac et fumé avec des inhalations longues et profondes, provoquant des « shoots nicotiques » plus intenses que la cigarette seule. La

dépendance nicotinique se développe alors fortement, chez les fumeurs de cannabis.

Il y a plus de consommateurs de cannabis par voie orale chez les non dépendants à la nicotine. Il faut distinguer le cannabis oral dont la molécule recherchée est le CBD et le cannabis fumé plutôt recherché pour le THC. Le CBD est une molécule non psychoactive, recherchée pour ses effets relaxants, anti spastiques tandis que le THC est psychoactif et est recherché pour ses effets récréatifs : euphorie, perceptions modifiées... Le premier est obtenu de manière légale contrairement au second même s'il est fortement banalisé dans la société française depuis 2008.

Notons que les antalgiques sont cités chez 24 sujets (dont 19 dans le sous-groupe des dépendants à la nicotine). Le fait de le déclarer spontanément peut nous interroger : est-ce le reflet du « poids » d'une douleur non maîtrisée? En quoi la consommation d'antalgiques dans le cas de douleurs quotidiennes, leur pose-t-elle problème ? Ces patients se posent-ils la question d'un mésusage ? Parlent-ils plus précisément des opioïdes ?

De nombreuses études ont démontré que le tabagisme est un facteur significativement associé au risque d'abus d'opioïdes (10) (11). D'une part, parce qu'ils en consomment plus (+27mg/jour (41)), mais aussi car ils perçoivent moins de problème avec la consommation de médicaments prescrits sur ordonnance (11). A propos des opioïdes prescrits, on sait aussi que les femmes progressent plus vite vers un usage problématique : 0.14 année contre 3.10 pour les hommes (42) et la proportion de femmes est importante dans notre échantillon TABADoL.

Le tabagisme modifie le métabolisme des antalgiques et accentue la sensibilisation à la douleur, caractéristique de la douleur chronique (autrement dit, il abaisse le seuil de la tolérance à la douleur). (43)

4.2.6. Motivation au sevrage

Parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75ans, en France, en 2010, 57,6% déclarent avoir envie d'arrêter de fumer (44). Aux USA, ils sont 70% à souhaiter arrêter (45). Peu d'études ont exploré la motivation à se sevrer en population générale, en France. On retient celle réalisée en 2008 chez les hommes consultant leur médecin généraliste (motivation mesurée par le Q-MAT) (46) (Annexe 5), celle réalisée en 2012 chez une population en grande précarité (motivation mesurée par une échelle numérique de 1 à 10) (47) et une troisième chez les femmes enceintes avec ou sans une dépression actuelle (20) (motivation mesurée par le test de Richmond) (Annexe 4). Ces études ont utilisé des outils différents mais toutes les trois ont classé les patients en 3 catégories : avec motivation faible, motivation moyenne et motivation forte. Ces catégories sont comparées dans le Tableau XXIII.

Tableau XXIII. Comparaison de la motivation au sevrage

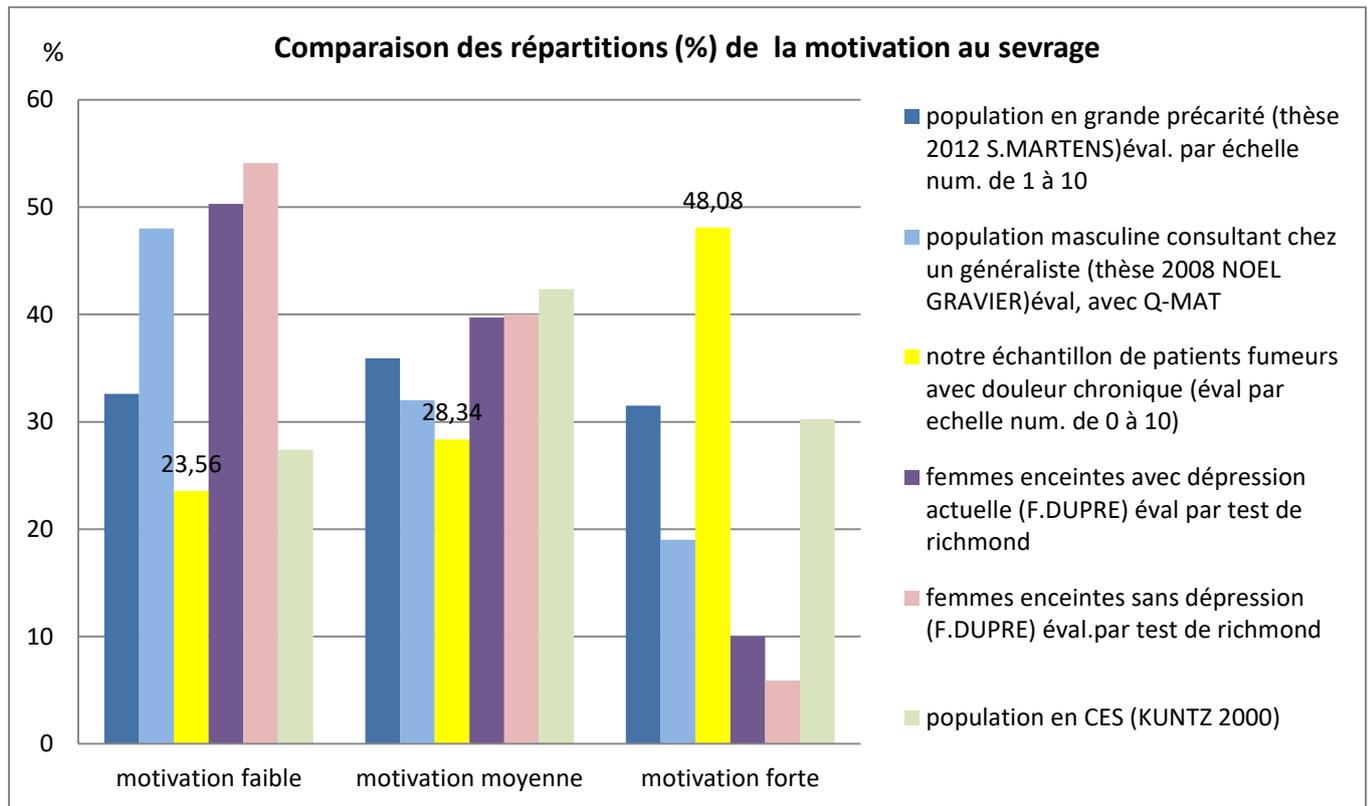


Tableau XXIV. Répartition de la motivation selon différentes populations de fumeurs

	TABADoL	Population en Centre d'Examen de Santé	Grande précarité	Fumeuses enceintes sans dépression	Fumeuses enceintes avec dépression
Année et Nom de l'auteur		2000 -KUNTZ	2012-MARTENS	2014 -DUPRE	2014 -DUPRE
Motivation faible	74	702	31	190	42
Motivation moyenne	89	1085	34	141	33
Motivation forte	151	775	31	21	8
Totaux	314	2562	96	352	83

Le tableau XXIV avec les effectifs nous permet de réaliser un test statistique. Le Test chi² de Pearson retrouve une p-value=7.8549.10^{e-43}, nous avons donc calculer les odd ratios suivants :

OR (TABADoL/pop en centre de santé) =1.22 (p-value= 5.581.10^{e-10})

OR ((TABADoL/ femmes enceintes sans dépression) = 3.8 (p-value= 2.519.10^{e-35})

OR (TABADoL/femmes enceintes AVEC dépression) = 3.32 (p-value = 3.692.10^{e-10})

OR(TABADoL/grande précarité)= 1.54 (p-value = 0.0229)

Les fumeurs douloureux chroniques de notre échantillon semblent donc particulièrement motivés au sevrage.

4.2.7. Sentiment d'efficacité personnelle pour le sevrage sans aide

Dans TABADoL, 42.3% des patients ne se sentent pas capables d'arrêter de fumer seuls. Sur une échelle de 1 à 5, la médiane est à 2. En 2016, aux états unis, sur 205 fumeurs quotidiens, recrutés dans la population générale, les résultats suggéraient que les personnes souffrant de douleur chronique pouvaient constituer un sous-groupe important de fumeurs qui ont tendance à avoir moins de confiance en eux et plus de difficultés lorsqu'ils tentent d'arrêter de fumer (48).

On observe plus de confiance à arrêter seul chez les hommes (médiane à 3 vs.2 chez les femmes). Elle est à 3 chez les patients non dépendants à la nicotine versus 1 pour les plus dépendants. Elle est aussi à 1 pour les patients atteints de névralgie (pathologie particulièrement douloureuse avec des douleurs imprévisibles). Ces deux sous-groupes (névralgie et dépendance forte à la nicotine) ont un faible SEP à la fois pour la gestion de la douleur et pour le sevrage tabagique seul.

Un faible SEP peut aussi s'expliquer par le profil de ces patients : à la recherche d'aide (adhérents d'association ou recherche de soutien dans des groupes) et par la prédominance féminine.

4.2.8. Lien tabagisme/douleur

La douleur peut déclencher l'envie de fumer mais le tabagisme n'est pas particulièrement analgésique (49). Ce qui est le cas dans notre enquête (cf. p15). Néanmoins, sur 18 études cliniques, 10 ont révélé un effet antalgique de la nicotine (DITRE et coll.2011).

En 2012, dans *The Oschner Journal*, une étude montre qu'en diminuant le nombre de cigarettes fumées chez les patients douloureux : ils se sentent mieux (66%) et ont moins de douleurs (34%) (50). Il est probable que l'addiction au tabac (comme à d'autres substances) modifie les réponses aux antalgiques. (43)

Le tabagisme prédispose à la chronicisation des douleurs, comme l'a décrit l'étude australienne chez les femmes, en 2014, avec plus de dysménorrhées chroniques chez les fumeuses (28). Dans une autre étude, américaine, réalisée également chez les femmes, le tabagisme est associé à des maux de dos persistants tandis que le stress (autre facteur) est associé à des maux de dos à la fois non persistants et persistants. Les fumeuses sont ainsi 1.5 fois plus susceptibles de signaler des maux de dos persistants que les non-fumeuses (51). Le tabagisme pourrait jouer un rôle dans la chronicisation de douleurs aiguës. La consommation de tabac débute le plus souvent avant l'apparition de douleurs chroniques.

De même, dans la fibromyalgie, on retrouve dans une étude de 2011, que le tabagisme impacte de manière défavorable, les composantes cliniques du SFM (52).

On sait aussi que la douleur aiguë est plus importante après l'abstinence nocturne de tabac chez les fumeurs (afro américains) qui souffrent de douleur chronique (53). La substitution nicotinique devra

le prévoir pour ne pas laisser la douleur participer au craving du réveil.

4.2.9. La connaissance de ce lien influence-t-il le SEP à améliorer ses douleurs et la motivation à arrêter?

Nous avons vu que l'information de ce lien ne modifie pas significativement le SEP à améliorer ses douleurs. Le test de Student pour échantillons appariés retrouve une moyenne de -0.2229 avec un IC à 95% compris entre -0.4726 et 0.0267 . On retrouve la répartition des médianes dans le Tableau XXV.

Tableau XXV – Comparaison des scores de SEP à améliorer efficacement ses douleurs

	Médiane du score avant l'information sur le lien	Médiane du score après l'information
Avec forte dépendance nicotinique	4	4.5
Sans dépendance nicotinique	5	5
Hommes	5	5
Femmes	5	5

L'information de ce lien ne modifie pas non plus significativement la motivation au sevrage. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative avec le test de Student. La moyenne est à -0.1847 avec un IC à 95% compris entre -0.3849 et 0.0155 . On retrouve la répartition des médianes dans le Tableau XXVI.

Tableau XXVI – Comparaison des scores de motivation au sevrage avant et après l'information du lien

	Médiane du score avant	Médiane du score après
Hommes	6	7
Femmes	6	7
Sans dépendance nicotinique	7	7
Avec forte dépendance nicotinique	6	7

Il est probable que la seule information ne suffise pas. En effet, Albert BANDURA avait identifié dans sa théorie du sentiment d'efficacité personnelle, quatre bases pour le construire :

- la maîtrise personnelle
- L'apprentissage social
- La persuasion par autrui

- l'état physiologique et émotionnel

5. CONCLUSION

Le tabagisme tue plus d'un consommateur sur deux. Comme pour tout fumeur, le sevrage total est donc un objectif de santé, chez le patient douloureux chronique. Il améliorera l'espérance de vie, la qualité de vie et agira positivement sur des problématiques spécifiques de cette population: efficacité des antalgiques, risque de mésusage des traitements antalgiques...

1. Un certain profil de fumeur

Pour résumer, on retrouve chez les patients douloureux chroniques fumeurs: une motivation au sevrage forte (Tableau X), une consommation proche de la population générale de fumeurs quotidiens, en terme de nombre de cigarettes (Tableau IV), mais une dépendance nicotinique nettement plus fréquente (Tableaux XXI et XXII). Les facteurs défavorables à la réussite du sevrage sont nombreux : prédominance féminine (substituts nicotiniques moins efficaces), un soulagement ressenti après avoir fumé une cigarette (pour 20% en terme de baisse de l'intensité, pour 30% en terme d'impact sur le moral) qui renforcent l'addiction, une probable précarité sociale et des troubles anxio-dépressifs fréquents à la fois en douleur chronique (5) (39) et dans le tabagisme (30)(54) à étudier... et des problématiques déjà habituelles qui peuvent s'aggraver et engendrer une rechute : prise de poids, augmentation des troubles du sommeil, un ralentissement du transit intestinal...

Ce profil de fumeur ne correspond pas tout à fait aux « hardcore » smokers (21) : ils sont plus motivés à l'arrêt et ne sont pas de gros consommateurs : seulement 14.64% fument plus de 20 cig. /j. (Dans l'enquête d'Augustson (55), le « hardcore smoker » fument en moyenne 25.5 cig. /j).

2. Prise en charge

Ces résultats peuvent orienter les choix des thérapeutes pour une prise en charge adaptée au tabagisme des patients douloureux chroniques.

Il faut ainsi assurer l'information des patients pour soutenir voire améliorer leur envie de sevrage, mais surtout porter attention aux nombreux points qui peuvent provoquer la rechute :

- Si la douleur semble être peu soulagée par le tabagisme chez la majorité des patients dans cette étude, elle peut l'être et se trouver à l'origine de plus d'envie de fumer, d'où un rôle dans le craving. Au moment de fumer des cigarettes « peu indispensables » (hors manque physique de nicotine ou en dehors d'automatismes), la douleur peut augmenter ou déclencher l'envie.

- Traiter les troubles anxio-dépressifs (très fréquents chez les douloureux chroniques : 30% chez les patients avec douleur neuropathique et jusqu'à près de 80% dans la fibromyalgie) (39). Une prise en charge efficace sera bénéfique à la fois pour améliorer les douleurs et pour la réussite du sevrage.

- Utiliser les substituts nicotiniques à dose et durée suffisantes, avec une attention particulière pour le craving au lever (lien avec douleur). On a vu l'exacerbation des douleurs au réveil liée au manque de nicotine. Rappelons-nous que les deux tiers fument dans la demi-heure qui suit le réveil et que plus de la moitié fument à intervalles rapprochés pendant les premières heures de la matinée plutôt que le reste de la journée...

- Importance de les rassurer sur leurs douleurs : il n'y a pas de rebond des douleurs au sevrage. Le sevrage tabagique ne doit pas être un frein, il ne modifie pas les symptômes de la douleur (56). On

observe d'ailleurs plus volontiers, une meilleure sensibilité aux antalgiques. Les doses d'antalgiques diminuant, les effets secondaires aussi et le risque de mésusage également.

-Dans la prise en charge globale, les TCC sont utiles dans la douleur comme dans le tabagisme. Certaines problématiques sont communes: troubles du sommeil, prise de poids, pensées automatiques erronées, mais aussi troubles du transit, manque d'activité physique ... le patient est donc doublement gagnant pour améliorer sa qualité de vie.

-N'oublions pas le risque suicidaire : il est majoré dans le tabagisme, avant et après l'arrêt (58) : le risque relatif de suicide réussi est de 2.5 fois plus élevé chez les fumeurs légers et de 4.3 plus grand chez les gros fumeurs. Ce risque est majoré également dans la douleur chronique : 4 fois plus élevé (59). La combinaison de la douleur chronique et du tabagisme additionne t'elle le risque ou le multiplie-t-elle ? Le risque est quoi qu'il en soit, non négligeable.

Un point intéressant est à noter : l'échantillon des répondants de cette enquête est une population avec des douleurs plutôt anciennes (près de 80% souffrent depuis plus de cinq ans) et particulièrement bien suivie sur ce plan (90% ont un suivi régulier) d'où l'importance de sensibiliser les professionnels et notamment ceux de la douleur. 25% sont suivis en CETD. On peut se poser la question de l'intérêt d'une vacation de tabacologue dans ces centres.

3.Perspectives

Rappelons l'étude réalisée en 2012, en oncologie, par l'INCa...(57) qui révèle les freins liés aux soignants : « De manière générale, les patients évoquent un manque de soutien de la part des professionnels de santé, ainsi qu'un manque d'écoute, d'accompagnement psychologique, d'empathie ou de suivi individualisé. Il semble donc exister un décalage entre l'importance que les professionnels de santé portent à cette thématique [du tabac] et la faiblesse de leur implication perçue par les patients sur ce sujet » et « En particulier, le fait que le tabac puisse représenter un réconfort pour la personne». Pourtant : « La réticence vis-à-vis du sevrage, exprimée par certains patients ne doit pas être considérée comme un obstacle à l'intervention, mais bien comme une ambivalence face à la dépendance et à la peur de l'échec, sur laquelle il est nécessaire d'agir pour susciter le désir d'arrêt. » .

On peut ainsi suspecter un soutien faible de la part des professionnels de santé (manque de temps, population anxiodépressive qui peut être un frein, méconnaissance...) pour les fumeurs douloureux chroniques bien qu'ils soient un sous-groupe de patients, plus à risque de détournement des antalgiques. L'échelle ORT utilisée pour évaluer le risque de mésusage avant prescription d'un antalgique opioïde, ne pose pas la question du tabagisme. La recherche du statut tabagique est-elle systématique chez les douloureux chroniques? Il serait utile d'enquêter sur ce sujet.

Rappelons également l'étude sur les patients atteints d'HS (9) avec l'effet positif d'une proposition systématique de consultation chez le tabacologue, en cas de consultation dermatologique.93% des patients avaient ainsi rencontré le tabacologue et 30% rapportaient un sevrage complet à un an.

Pour finir, comme pour la prise en charge de leurs douleurs, celle de leur tabagisme est une prise en charge au long cours (17) et certains évènements de vie peuvent les rendre doublement vulnérables comme en contexte péri opératoire. Le tabagisme augmente alors, les risques de complications, l'échec de la chirurgie et les douleurs, qui si elles sont mal contrôlées, vont alimenter le craving et le

mésusage des antalgiques. Comme nous l'avons vu, il serait utile d'approfondir le profil de ces patients, d'explorer le ressenti des soignants face à cette addiction et les freins éventuels à proposer le sevrage dans de futures études. De futures études à réaliser loin du contexte de confinement lié à la pandémie de coronavirus, qui a modifié à la fois le tabagisme et les douleurs chroniques.

REFERENCES

1. BOUHASSIRA D, LANTERI-MINET M, ATTAL N, LAURENT B, TOMBOUL C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 2008, n°136, p.380-387. Disponible sur <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00326893> [Consulté en ligne le 20 août 2020]
2. PESCIA, Michel, SUTER Marc. *La douleur dans l'étude Colaüs*. Thèse de doctorat de l'Université de Lausanne, janvier 2016.p 13.Disponible sur : <https://core.ac.uk/download/pdf/84058607.pdf> [consulté en ligne le 20 août 2020].
3. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Santé Publique France n°14- 26 mai 2020. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-mai-2020-n-14-journee-mondiale-sans-tabac-2020> [Consulté en ligne le 20 août 2020]
4. PASQUEREAU Anne et coll. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme 2014-2019. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*,n°14, mai 2020. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-mai-2020-n-14-journee-mondiale-sans-tabac-2020> [Consulté en ligne le 20 août 2020]
5. ZALE Emily L., MAISTO Stephen A. and DITRE Joseph W. Anxiety and Depression in bidirectional relations between pain and smoking ; implications for smoking cessation. *Behavior Modification* 1 22, 2015. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4834030/pdf/nihms-774201.pdf> [consulté en ligne le 19 août 2020].
6. J.ORHURHU, V waire, P.PITTELKOW Thomas and HOOTEN W. Michael Prevalence of smoking in adults with chronic pain *Tobacco Induced Diseases*, 2015, n° 13, p 17. Disponible sur <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Prevalence-of-smoking-in-adults-with-chronic-pain,67170,0,2.html> [consulté en ligne le 20 août 2020].
7. CAUCHIE Alexandre, CADENNE Myriam. Trouble de l'usage et douleurs chroniques : enquête de prévalence chez les patients consultant au CETD du CHU de Bordeaux concernant la consommation de tabac, alcool, cannabis, opioïdes forts et faibles, *Thérapies*, décembre 2018, volume 73, numéro 6, p. 569. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0040595718301355?via%3Dihub> : [consulté en ligne le 20 août 2020].Doi : 10.1016/j.therap.2018.09.006
8. MUAKA DITUBA, Louise. *Caractéristiques de la douleur et variables associées à la santé mentale dans une population de patients souffrant de douleur chronique suivis en consultation externe de psychiatrie*. Thèse de grade de maitre ès sciences en sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke et du Québec, octobre 2012. Disponible sur : <https://depositum.ugat.ca/id/eprint/446/1/louisemuakadituba.pdf> [consulté en ligne le 20 août 2020].
9. DEILHES, F., ROUQUET R.M, CHAPUT B. et al. Etude rétrospective décrivant le profil de consommation tabagique des patients fumeurs atteints d'hydradénite suppurée. *Annales de*

dermatologie et de vénéréologie, vol.145, n°125, p.225, décembre 2018. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0151963818308949> : [consulté le 20 août 2020].Doi : 10.1016/j.annder.2018.09.338

10. PAGE, M. Gabrielle PhD, SAIDI Hichem B PhArm MSc, WARE Mark et al. Risk of opioid abuse and biopsychosocial characteristics associated with this risk among chronic pain patients attending a multidisciplinary pain treatment facility. *The clinical journal of pain*, octobre 2016, volume32, issue 10, p859-869. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26670615/> [consulté en ligne le 20 août 2020] Doi : 10.1097/AJP. 0000000000000337

11. YOUNG-WOLF, Kelly C.Ph D, KLEBANER, Danielle MPH, WEISNER Constance et al. Smoking status and opioid-related problems and concerns among men and women on chronic opioid therapy .*The clinical journal of pain*, august 2017, volume 33, issue8, p730-737. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446933/> [consulté le 8 juin 2020]. Doi: 10.1097/AJP.0000000000000461

12. LANKHORST, Michael A. Smoking and Chronic Pain, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 2016, DOI: 10.1080/15360288.2016.1231737. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/309590745_Smoking_and_Chronic_Pain : [consulté en ligne le 20 août 2020]

13. SIMONNET Guy, LAURENT Bernard, LE BRETON David, L’homme douloureux, novembre 2018, chapitre 5, p123-178, Edition Odile Jacob, ISBN : 978-2-7381-4588-8

14. JAUNIN-STALDER Nicole, MAZZOCATO Claudia, Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? *Revue Médicale Suisse* 2012, volume 8 p1470-1473. Disponible sur <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-348/Hommes-et-femmes-sommes-nous-tous-egaux-face-a-la-douleur> [consulté en ligne le 22 août 2020]

15. Livre blanc de la douleur 2017 état des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen, Société Française d’Etude et de Traitement de la Douleur, Éditions Med-Line 9782846782166, p37-39, disponible sur https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf [consulté en ligne le 22 août 2020]

16. Douleur chronique : les aspects organisationnels, le point de vue des structures spécialisées avril 2009 Haute Autorité de Santé, p 12, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf [consulté en ligne le 22 août 2020]

17. UNDERNER, M. Le tabagisme est-il une maladie chronique ? Oui. *Revue des maladies respiratoires*, 2015, vol 32, p663-667. Disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/1001238/le-tabagisme-est-il-une-maladie-chronique%C2%A0oui> : [consulté en ligne le 08 juin 2020].Doi : 10.1016/j.rmr.2015.05.007

18. Actualisation du référentiel de pratiques de l’examen périodique de santé – Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, Haute Autorité de Santé, janvier 2015, p57,

disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf, [consulté en ligne le 19 août 2020] N°ISBN : 978-2-11-139077-5

19. Consommations et mésusages : données épidémiologiques .INSERM 2012. Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/Chapitre_2.html [Consulté en ligne le 6 septembre 2020].

20. DUPRE, F., PERRIOT J. DEFAY I. et al. Dépression chez la femme enceinte : impact sur la motivation à l'arrêt du tabac, novembre 2014, Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231513002512> [consulté en ligne le 20 août 2020]. Doi : 10.1016/j.gyn.2013.09.005

21. PERRIOT J., MATHERN G., ANDRE E. et al. Le sevrage des fumeurs très dépendants, revue *Med Liège*, juin 2013 ; 68 ; 5-6 ; p256-261. disponible en ligne sur : https://www.researchgate.net/publication/254862354_Le_sevrage_tabagique_des_fumeurs_très_dépendants [consulté en ligne le 6 septembre 2020]. Doi : 10.1016/j.rmr.2011.09.048

22. AUTHIER, N. Douleur et Addiction. Congrès ANP3SM, Paris, 21 juin 2012. Disponible sur <http://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/Nicolas-AUTHIER.pdf>, consulté en ligne le 16 août 2020.

23. Santé Publique France. Communiqué de presse du 13 mai 2020. Consulté en ligne le 19 août 2020 sur : https://www.santepubliquefrance.fr/presse?max_per_page=10&page=2

24. Résultats d'un sondage IPSOS réalisé pour Sanofi, L'AFLAR et l'AFVD consulté en ligne le 29 août 2020 sur : <https://www.sanofi.fr/fr/Actualites/communiques-et-dossiers-de-presse/la-douleur-pendant-le-confinement>

25. TAVERNIER Paola, BAILLY Fanny COURTHEOUX Françoise, Enquête épidémiologique sur le patient fibromyalgique au CHU de Caen, disponible sur : <https://www.isosteo.fr/wp-content/uploads/2018/11/Epid%C3%A9miologie-de-la-Fibromyalgie.pdf> [consulté en ligne le 29 août 2020]

26. LANDO HA, THAI DT, MURRAY DM, et al. Age of initiation, smoking patterns and risk in a population of working adults. *Preventive Medicine*, 1999, n°29,p.590-598. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10600442/> [consulté en ligne le 30 août 2020] DOI : 10.1006/pmed.19990590.

27. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé – Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, Haute Autorité de Santé, janvier 2015, p8, disponible sur www.has-sante.fr , [consulté en ligne le 30 août 2020] N°ISBN : 978-2-11-139077-5

28. HONG JU et al. Smoking and trajectories of dysmenorrhoea among young Australian women , *Tobacco Control*, 17/11/2014 Disponible sur <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/25/2/195> [consulté en ligne le 30 août 2020].

29. LEVY DE, BIENER L, RIGOTTI NA. The natural history of light smokers : a population-based cohort study. *Nicotine Tob Res*, 2009, 11, 156-63. Disponible sur

<https://www.researchgate.net/publication/24180706> *The natural history of light smokers A population-based cohort study* [consulté en ligne le 30 août 2020].

30. LE FAOU A-L., SCEMANA O., RUELLAND A., MENARD J., Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie, analyse de la base nationale CDT. *Maladies respiratoires*, 2005, 22, p739-750. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Caract%C3%A9ristiques-des-fumeurs-s%27adressant-aux-de-%3A-Faou-Scemama/6f48385b570acd3db0da2d9cd083dbbc98e76308> [consulté en ligne le 6 septembre 2020]. Doi : 10.1019/200530087

31. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé – Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, Haute Autorité de Santé, janvier 2015, p9, disponible sur www.has-sante.fr , [consulté en ligne le 30 août 2020]. N°ISBN : 978-2-11-139077-5

32. Bulletin de Santé Publique France, janv.2019- Auvergne Rhône-Alpes, p7 .Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-en-auvergne-rhone-alpes.-janvier-2019> [consulté en ligne le 20 août 2020]

33. ETTER JF, DUC TV, PERNEGER TV. Validity of the fagerstrom test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999 ; 94 :269-81. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1360-0443.1999.94226910.x> [Consulté en ligne le 25 août 2020]

34. KUNTZ, C., SPYCKERELLE Y., GIORDANELLA JP, BAUDIER F. Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'examens de santé. BEH n°22-23/2001. Disponible sur <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjFh6PFwqnrAhWL8eAKHUhrDU4QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F187509%2F2322840&usg=AOvVaw3M5YLHXmJwj3VqmSPfrR9f> : [consulté en ligne le 20 août 2020].

35. ODDOUX K, PERETTI-WATEL P, BAUDIER F. Tabac. In: Baromètre Santé 2000. Volume 2. Résultats. Vanves: CFES; 2000. p. 77-122 disponible sur : https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf [consulté en ligne le 6 septembre 2020]

36. FAGERSTROM Karl O., KUNZE Michael, SCOBBERBERGER Rudolph et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence comparisons among countries and categories of smokers- *Tobacco Control* 1996 ; volume5 - p52-56. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8795860/> [consulté en ligne le 25 août 2020]. Doi : 10.1136/tc.5.1.52.

37. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé – Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, Haute Autorité de Santé, janvier 2015, p30, disponible sur <https://www.has-sante.fr/> , [consulté en ligne le 30 août 2020] N°ISBN : 978-2-11-139077-5

38. ANSM – Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France Avril 2017, disponible

sur : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information> [consulté en ligne le 25 août 2020] p2

39. YALCIN, Ipek, BARROT Michel, SALVAT Eric, MJ FREUND-MERCIER .Douleur chronique : comorbidité anxiodépressive et ségrégation corticale. *Douleurs*, 2015, 16, p.226-237. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/282562691_Douleur_chronique_comorbidite_anxiodepressive_et_segregation_corticale [consulté en ligne le 18 juin 2020]

40. SERRA, E., Dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques, 2014. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/262340359_La_depression_dans_la_douleur_Aspects_cliniques_et_implications_therapeutiques [consulté en ligne le 30 août 2020].

41. HOOTEN, W Michael. The effects of depression and smoking on pain severity and opioid use in patients with chronic pain. *Pain* janv.2011 ; 152(1) : 223-9 .Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/49653742_The_Effects_of_Depression_and_Smoking_on_Pain_Severity_and_Opioid_Use_in_Patients_with_Chronic_Pain [consulté en ligne le 19 août 2020].

42. DESCHENEAU, A, TOUZEAU D. Usages de drogues et mésusages de médicaments : repères utiles sur la poly consommation, 2016, Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/309687955_Usages_de_drogues_et_mesusages_de_medicaments_reperes_utiles_sur_la_polyconsommation [consulté en ligne le 30 août 2020].

43. POISSON N., GAUDONEIX-TAEIB M., ARMAND-BRANGER S. et al. Interactions médicamenteuses et tabac, *Le courrier des addictions*, décembre 98, p 208, disponible sur : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/6383.pdf> [consulté le 25 août 2020]

44. GUIGNARD Romain, BECK François, RICHARD JB Le tabagisme en France, analyse du baromètre santé 2010, p27,disponible sur https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjL9Mjt38DrAhWoDWMBHRJ7CsAQFjABegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F119605%2Ffile%2F152048_1513.pdf&usg=AOvVaw0xx0iWOAREs89XIFK58MGW [consulté en ligne le 29 août 2020]

45.HOOTEN W.M., LAROWE Lisa, ZALE Emily et al. Effects of a brief pain and smoking cessation intervention in adults with chronic pain : a randomized controlled trial. Novembre 2018.Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460318309298> Consulté en ligne le 6 septembre 2020. Doi : 10.1016/j.addbeh.2018.11.040

46. NOEL GRAVIER, Nadia, VIDAL Marc. *Intérêt du dépistage de la dysfonction érectile dans la motivation au sevrage tabagique ? : À propos d'une enquête en médecine générale*. Thèse d'exercice Université Paul Sabatier, Toulouse. Faculté des sciences médicales Rangueil, 2008. Disponible sur <https://www.worldcat.org/title/interet-du-depistage-de-la-dysfonction-erectile-dans-la-motivation-au-sevrage-tabagique-a-propos-dune-enquete-en-medecine-generale/oclc/493915174> : [consulté le 20 août 2020].

47. MARTENS, Sandra. *Etude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande*

précarité. Thèse de doctorat de l'Université Joseph Fourier de Grenoble, décembre 2012. Disponible sur <https://pdfs.semanticscholar.org/f94d/e86e3597d7cddb21e653c35490bdb8606d97.pdf> : [consulté en ligne 20 août 2020].

48. DITRE JW, KOSIBA JD, ZALE EL, ZYOLENSKY MJ, MAISTO SA .Chronic Pain Status, Nicotine Withdrawal, and Expectancies for Smoking Cessation Among Lighter Smokers. *Ann Behav Med*. 2016 Jun;50(3):p427-435. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867270/> : [consulté en ligne le 19 août 2020].doi: 10.1007/s12160-016-9769-9.

49. DHINGRA, Lara K .Ecological Momentary Assessment of Smoking Behavior in Persistent Pain Patients .Disponible sur : [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(18\)30030-0/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(18)30030-0/fulltext) [consulté en ligne le 30 août 2020]

50. KAYE AlanD., PRABHAKAR Amit P. FITZMAURICE Megan E. et KAYE Rachel J. Smoking cessation in pain patients. *The Oschner Journal*, march 2012, volume 12, issue1 p17-20 Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307498/> [consulté en ligne le 30 août 2020].

51. SCHMELZER, Amy C.DO et al. Role of stress and smoking as modifiable risk factors for non persistent and persistent back pain in women .*The clinical journal of pain*, March 2016-volume 32-issue 3, p232-237. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/275049298_Role_of_Stress_and_Smoking_as_Modifiable_Risk_Factors_for_Non-persistent_and_Persistent_Back_Pain_in_Women [consulté en ligne le 30 août 2020]. doi: 10.1097/AJP.0000000000000245

52. SHIN-SEOK, Lee, SEONG-HO Kim, SEONG-SU Nah et al. Les habitudes tabagiques influencent la douleur et les éléments fonctionnels et psychiatriques dans la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*, volume 78, numéro 2, p 173-179, mars 2011. Doi 10.1016/j.rhum.2010.10.006 (citation référence anglaise même volume Joint Bone Spine),disponible sur :<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1169833010002619?via%3Dihub> [consulté en ligne le 30 août 2020]

53. BELLO, Mariel S, Mc BETH Julia, DITRE Joseph W. Pain as a predictor and consequence of tobacco abstinence effects amongst African American smokers, *J Abnorm Psychol.*, 2018 oct ; 127 (7) p.683-694. Disponible sur : <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/pain-as-a-predictor-and-consequence-of-tobacco-abstinence-effects> [consulté en ligne le 30 août 2020]. doi: 10.1037/abn0000367.

54. DITRE Joseph W., BRANDON Thomas H., ZALE Emily L. and MEAGHER Mary M. Pain, Nicotine, and Smoking : Research findings and machanistic considerations. *Psychol Bull*,2011 November. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202023/> [Consulté en ligne le 01 mai 2020] Doi : 10.1037/a0025544.

55. AUGUSTSON Erik, MARCUS Stephen, Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers : a national perspective on the « hardcore » smoker phenomenon, *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (4) : 621-9. Doi : 10.1080/14622200410001727876. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15370158/> [consulté en ligne le 31 août 2020].

56. YU SHI M.D. et al. Effects of smoking cessation on Pain in older adults .*Nicotine and Tobacco*

Research, volume 13, issue 10, pages 919-925, 12 May 2011. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/51126240_Effects_of_Smoking_Cessation_on_Pain_in_Older_Adults [consulté en ligne le 30 août 2020].

57. Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer /Systématiser son accompagnement, INCa, mars 2016, p14-15, disponible sur : https://www.oncopaca.org/sites/default/files/20161129_outils_pr_pratique_mg_memo-arret-du-tabac-chez-le-patient-atteint-de-cancer_pro_inca.pdf , [consulté en ligne le 21 septembre 2020]

58. ELS Charl, KUNYK Diane, SIDHU Harkirat, Abandon du tabagisme et effets neuropsychiatriques indésirables *Le médecin de famille canadien* vol 55, Juin 2011. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114689/pdf/057e194.pdf> [consulté en ligne le 22 août 2020]

59. Stenager E, Christiansen E, Handberg G, Jensen B. Suicide attempts in chronic pain patients. A register-based study. *Scand J Pain*. 2014;5(1):4-7. Published 2014 Jan 1. doi:10.1016/j.sjpain.2013.09.001 disponible sur : <https://www.degruyter.com/view/journals/sjpain/5/1/article-p4.xml> [consulté en ligne le 22 août 2020]

Annexe1 - Questionnaire TABADOL

Rubrique 1

1. Vous êtes ?

-Un homme

-Une femme

2. Quel est votre âge ?

-entre 18 et 30 ans

-entre 31 et 60 ans

-entre 61 et 75 ans

-plus de 75 ans

3. Avez-vous une consommation régulière (au moins 5 fois par semaine) autre que le tabac ?

-somnifère

-anxiolytique

-cannabis fumé

-cannabis par voie orale

-alcool

-autre :...

Rubrique 2

1. Quel type de douleur ou pathologie douloureuse vous a-t-on diagnostiqué?

Fibromyalgie/migraines, céphalées/algodystrophie/douleurs

neuropathiques/arthrose/endométriase/néuralgies/maladie de Verneuil/ SDRC/ Polyarthrite
ou spondylarthrite/ rectocolite ou maladie de Crohn / aucune mais j'ai des douleurs/autre

2. Depuis combien de temps ressentez-vous ces douleurs ?

Moins de 6 mois/ moins d'un an/moins de 5 ans/ plus de 5 ans

3. Vous êtes suivi.e par :

Votre médecin traitant/un Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur/ un médecin
spécialiste (rhumatologue, gynécologue ou autre)/je ne suis pas suivi.e régulièrement

4. Globalement, aujourd'hui comment jugez-vous votre capacité à améliorer efficacement vos douleurs ?

Je ne me sens pas capable 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 je suis tout à fait capable

Rubrique 3

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 min./entre 6 et 30 minutes/entre 31 et 60 minutes

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui / non

3. A quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?

- la première le matin/ n'importe quelle autre
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
10 ou moins/ 11 à 20 / 21 à 30 / 31 ou plus
 5. Fumez-vous à intervalle plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? oui / non
 6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? oui / non
 7. A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?
 8. A ce jour, quelle est votre envie d'arrêter de fumer ?
Je n'ai pas envie 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 j'ai très envie et je l'envisage
 9. Comment jugez-vous votre capacité à arrêter seul.e ?
Je ne peux pas arrêter seul.e sans aide 1.2.3.4.5 je peux arrêter sans aide
 10. De quel type d'aide avez-vous besoin ?
Substituts nicotiques : patches, gommes, pastilles/cigarette électronique/aucune/un thérapeute/mon médecin traitant

Rubrique 4

1. Au moment d'allumer votre cigarette la PLUS indispensable de la journée : quelle est votre envie de la fumer, si vous n'avez pas de douleur ?
Très peu envie de la fumer 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 envie irrésistible de la fumer
2. Au moment d'allumer votre cigarette la PLUS indispensable de la journée : quelle est votre envie de la fumer, si votre douleur est modérée ?
Très peu envie de la fumer 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 envie irrésistible de la fumer
3. Au moment d'allumer votre cigarette la PLUS indispensable de la journée : quelle est votre envie de la fumer, si votre douleur est forte ?
Très peu envie de la fumer 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 envie irrésistible de la fumer
4. Au moment d'allumer votre cigarette la MOINS indispensable de la journée : quelle est votre envie de la fumer, si vous n'avez pas de douleur ?
Très peu envie de la fumer 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 envie irrésistible de la fumer
5. Au moment d'allumer votre cigarette la MOINS indispensable de la journée : quelle est votre envie de la fumer, si votre douleur est modérée ?
Très peu envie de la fumer 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 envie irrésistible de la fumer
6. Au moment d'allumer votre cigarette la MOINS indispensable de la journée : quelle est votre envie de la fumer, si votre douleur est forte ?
Très peu envie de la fumer 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 envie irrésistible de la fumer
7. J'ai déjà remarqué une aggravation de mes douleurs après avoir fumé une cigarette
Pas du tout d'accord 1.2.3.4.5 tout à fait d'accord
8. selon vous, pourquoi ?

9. J'ai déjà remarqué un soulagement (de type : baisse de l'intensité) de mes douleurs après avoir fumé une cigarette

Pas du tout d'accord 1.2.3.4.5 tout à fait d'accord

10. selon vous, pourquoi ?

11. J'ai déjà remarqué un soulagement (de type : moins d'impact négatif sur mon moral) de mes douleurs après avoir fumé une cigarette

Pas du tout d'accord 1.2.3.4.5 tout à fait d'accord

12. Lors d'un épisode douloureux, j'ai déjà remarqué une envie de fumer plus forte

Pas du tout d'accord 1.2.3.4.5 tout à fait d'accord

13. Certains médicaments contre la douleur atténuent mes envies de fumer

Pas du tout d'accord 1.2.3.4.5 tout à fait d'accord

Rubrique 5

Plusieurs études ont démontré la corrélation entre le tabagisme et les douleurs. En 2012, dans *The Ochsner Journal*, une équipe a demandé à un groupe de patients avec des douleurs chroniques ce qu'avait apporté leur réduction de cigarettes fumées : les patients ont déclarés mieux respirer (68%) se sentir mieux (66%) et ressentir moins de douleur (34%).

1. Connaissez-vous ce lien ? oui non

2. Après avoir eu cette information, comment jugez-vous votre envie d'arrêter de fumer ?

Je n'ai pas envie 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 j'ai envie d'arrêter et je l'envisage

3. Comment jugez-vous à présent, votre capacité à améliorer vos douleurs ?

Je ne me sens pas capable 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 je suis tout à fait capable

Annexe 2 - Test de Fagerström 6 questions

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	
Oui	1
Non	0
3. À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	
La première le matin	1
N'importe quelle autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	
Oui	1
Non	0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	
Oui	1
Non	0

Annexe 3 - Score HSI

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

Annexe 4 - Test de Richmond

TEST D'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION

RL RICHMOND ADDICTION, 1993, 88 : 1127-35

Aimeriez-vous arrêter de fumer	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3

0-6 motivation faible ou moyenne 7-9 bonne motivation 10 très bonne motivation

Annexe 5 – Test de Q-MAT

1. Pensez-vous que dans 6 mois :

-vous fumerez toujours ?	0
-vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
-Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
-Vous aurez arrêté de fumer ?	8

2. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
énormément	3

3. Pensez-vous que dans 4 semaines :

-vous fumerez toujours ?	0
-vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
-Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
-Vous aurez arrêté de fumer ?	6

4. Vous arrive-t-il de ne pas être content (e) de fumer ?

Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3

Moins de 6 points : motivation faible

De 6 à 12 points : motivation moyenne

Plus de 12 points bonne ou très bonne motivation

TABLEAUX

Tableau I - Caractéristiques des répondants (n=314).....	p8
Tableau II - Consommation régulière autre que le tabac fumé (au moins 5 fois/semaine).....	p9
Tableau III - Répartition du Sentiment d'Effacité Personnelle à améliorer efficacement ses douleurs.....	p10
Tableau IV - Quantité de cigarettes fumées quotidiennement	p 10
Tableau V - Délai entre le réveil et la première cigarette.....	p11
Tableau VI - A quelle cigarette, renonceriez-vous le plus difficilement ?.....	p11
Tableau VII - Répartition genre/dépendance nicotinique.....	p12
Tableau VIII - Répartition des scores au test de Fagerström.....	p 12
Tableau IX - Répartition des consommations associées selon la dépendance nicotinique.....	p13
Tableau X - Répartition des scores de l'envie d'arrêter de fumer.....	p 13
Tableau XI - Répartition des scores du SEP à se sevrer seul.....	p 14
Tableau XII - Envie de fumer la cigarette la plus indispensable selon la dépendance et l'intensité de la douleur	p 15
Tableau XIII - Envie de fumer la moins indispensable selon dépendance nicotinique et intensité de douleur.....	p15
Tableau XIV - Episode douloureux et envie de fumer.....	p16
Tableau XV - Puissance de l'envie de fumer la cigarette la plus indispensable de la journée versus la moins indispensable selon l'intensité de la douleur.....	p16
Tableau XVI - Aggravation des douleurs après avoir fumé une cigarette.....	p17
Tableau XVII - Soulagement (baisse de l'intensité douloureuse) après avoir fumé une cigarette.....	p 17
Tableau XVIII - Soulagement (impact sur le moral) après avoir fumé une cigarette.....	p 18
Tableau XIX - Répartition des scores du SEP douleur.....	p 18
Tableau XX - Répartition des scores de l'envie de sevrage avant/après information.....	p 19
Tableau XXI - Comparaison de la dépendance à la nicotine évaluée par le score HSI.....	p 23
Tableau XXII . Comparaison de la dépendance à la nicotine évaluée par le score FTND.....	p 24
Tableau XXIII - Comparaison de la motivation au sevrage.....	p 27
Tableau XXIV-Répartition de la motivation selon différentes populations de fumeurs.....	p 27
Tableau XXV - Comparaison des scores de SEP à améliorer efficacement ses douleurs.....	p 29
Tableau XXVI - Comparaison des scores de motivation au sevrage avant et après l'information du lien.....	p 29

TABADoL

Enquête sur les

*fumeurs douloureux chroniques :
dépendance nicotinique, motivation au
sevrage, et sentiment d'efficacité personnelle*

Objectifs

Douleur chronique et addiction au tabac sont deux maladies au long cours = Double vulnérabilité.

+de tabagisme chez les douloureux chroniques et+ de douleurs chez les fumeurs = risque de mésusage des ATG+++, et comme tout fumeur près des deux tiers mourront de leur tabagisme...

Pour mieux les prendre en charge, TABADoL avait pour objectif d'étudier:

- Leur dépendance nicotinique
- Leurs consommations associées
- Leur motivation au sevrage
- Leur SEP pour la douleur et le sevrage du tabac
- La puissance du lien douleur/tabagisme
- L'influence de l'information de ce lien sur le SEP douleur et sur l'envie de sevrage

Méthodes

- Questionnaire diffusé auprès d'associations et de groupes auto support
- Recueil pendant 1 mois (27 mai au 26 juin 2020)
- Tests statistiques: Chi2 de Pearson, test exact de Fisher et test de Student pour données appariées

Description de l'échantillon

- 92% de femmes
- 88,2 % ont entre 31 et 60 ans
- 60,5 % sont fibromyalgiques, 12 % atteints de poly ou spondylarthrite
- 78% douleurs depuis plus de cinq ans
- 90% sont suivis régulièrement (35,3% suivi par MT, 29,3% par médecin spécialiste (rhumato , gynéco...), 25% CETD)
7,32% non suivies régulièrement

Motivation au sevrage: médiane à 6/10

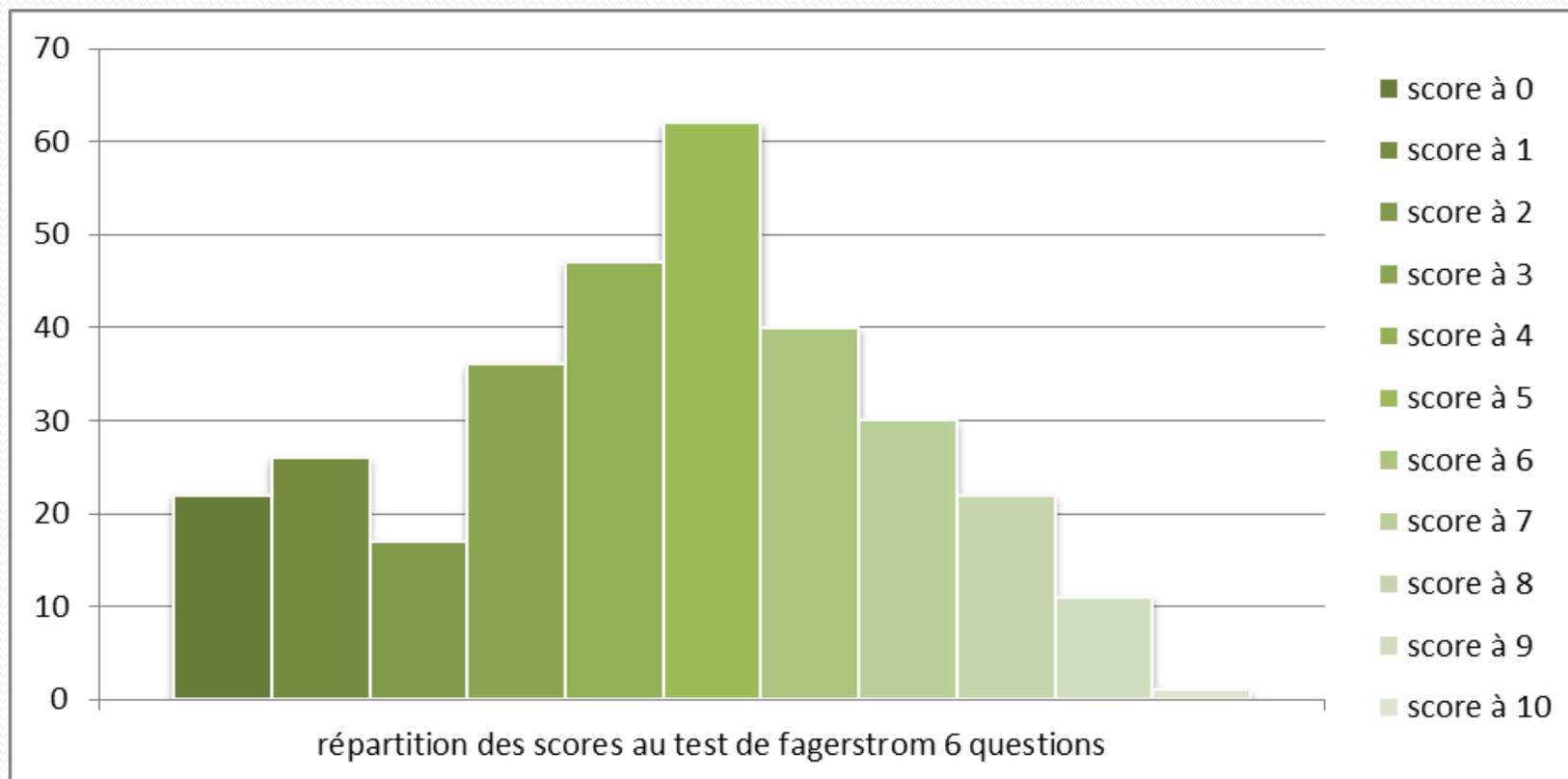
SEP pour gérer efficacement ses douleurs: médiane à 5/10

SEP pour se sevrer du tabac: médiane à 2 (échelle de 1 à 5)

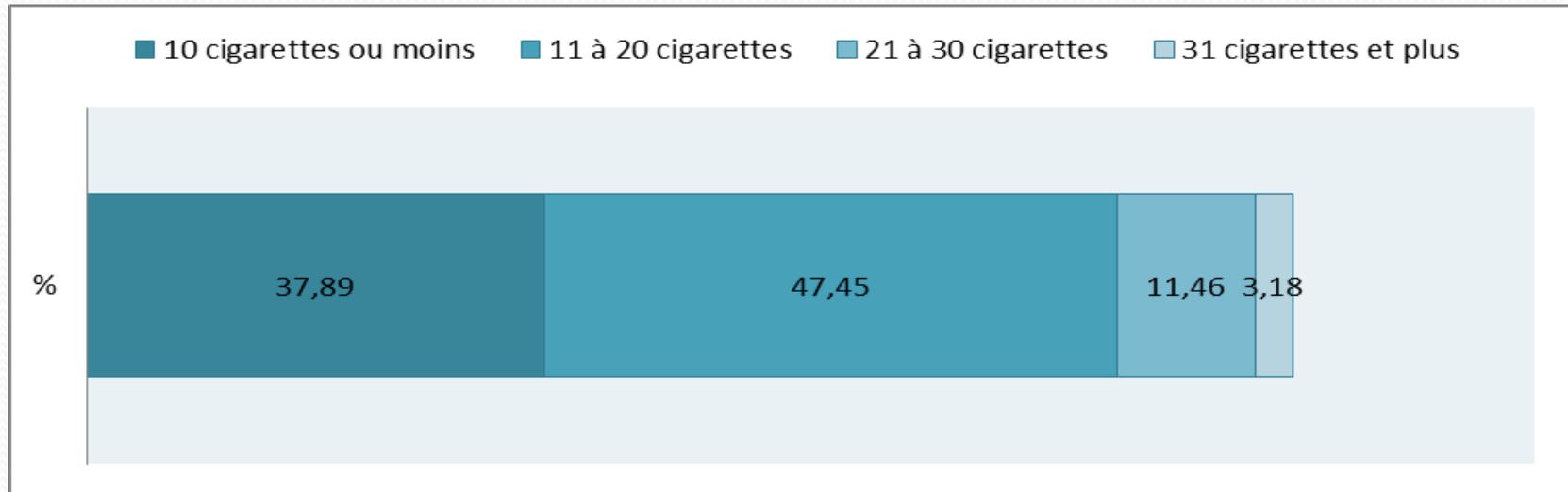
Consommations: 21% anxiolytiques, 10% somnifères, 6% cannabis fumé, 2% cannabis oral, 3% alcool, 3% antidépresseurs

Répartition des scores FTND

La moyenne de ce score est à 4.46 ± 0.26 . La médiane est à 5



Consommation de cigarettes



Dans une population de fumeurs adultes (consommant en moyenne 12 cigarettes/jour), Etter et al. ont retrouvé un FTND à 1.84 ± 2.03 ce qui est nettement inférieur à notre échantillon (moyenne du FTND à 4.46 ± 0.26).

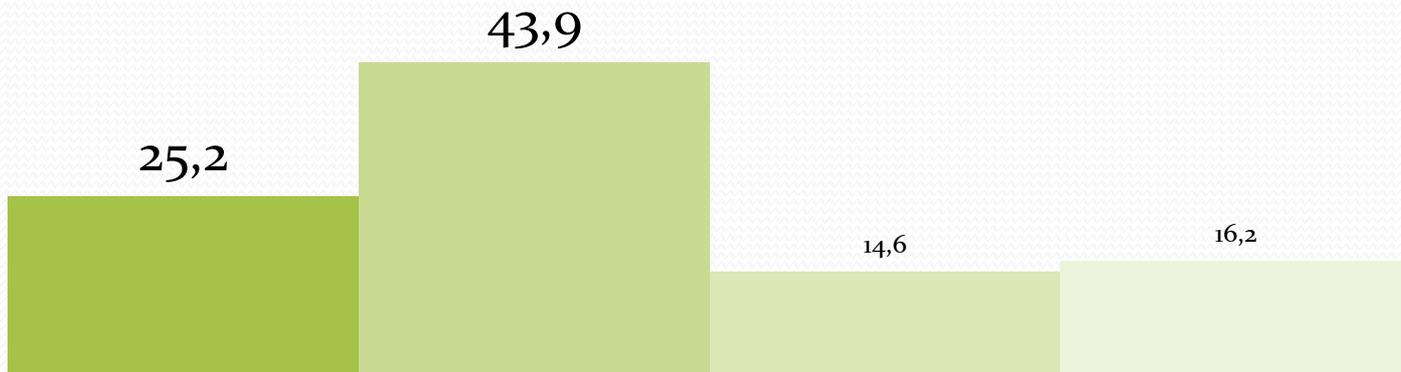
Dans notre enquête, les patients douloureux chroniques semblent ne pas fumer plus de cigarettes mais sont nettement **plus dépendants à la nicotine**.
(Attention: contexte de sortie de confinement qui a modifié le tabagisme et l'impact de la douleur)

	Dépendance forte à la nicotine (score HSI de 4 à 6)	Dépendance à la nicotine (score HSI de 2 à 3)	Sans dépendance à la nicotine (score HSI de 0 à 1)
Notre échantillon de fumeurs avec douleur chronique TABADoL juin 2020 (n=314)	26.75%(n=84)	49.36 % (n= 155)	
		Soit 76.11% de patients dépendants	23.88% (n= 75)
<i>Hidradénite suppurée (n=51)</i>	20%	56%	
		Soit 76% de patients dépendants	24%
Population générale (données du Bulletin de Santé Publique) janv.2019	18.4%	38%	
		Soit 56.4% de patients dépendants	43.6%

Dépendance nicotinique plus fréquente chez les
douloureux chroniques: **OR=2,46** (*valeur p=0,0031*)

Délai entre le réveil et la première cigarette

■ dans les 5 premières minutes ■ entre 6 et 30 min. ■ entre 31 et 60 min. ■ plus d'une heure



Pour 60% d'entre eux, la cigarette la plus indispensable reste la première de la journée

Ils sont également 47.8% à déclarer fumer, lorsqu'ils sont malades au point de devoir rester au lit presque toute la journée.

Consommations associées régulières (> 5 prises/ semaine)

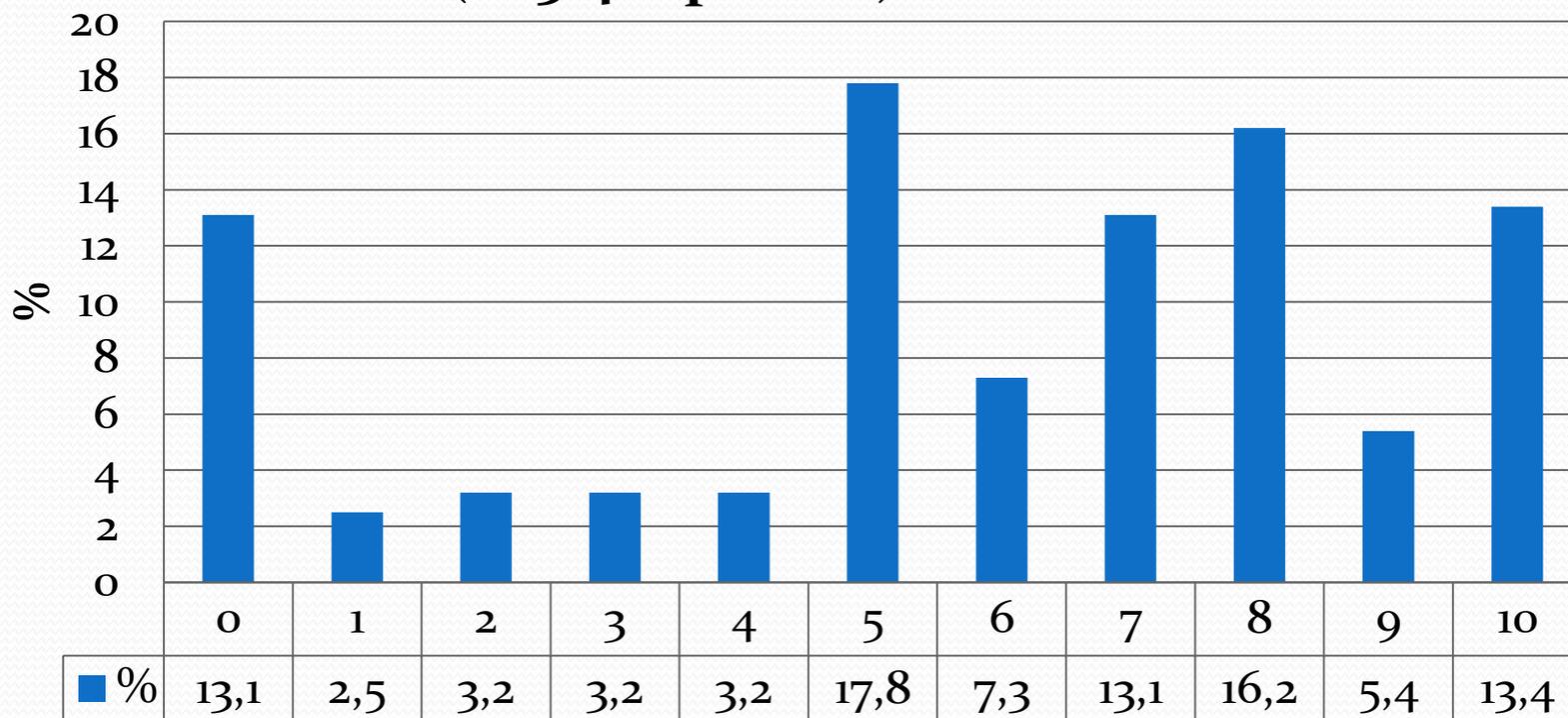
Pas de différence significative dans notre échantillon entre les dépendants et les non dépendants à la nicotine (probable insuffisance des effectifs)

	Score de Fagerström ≤ 3 n= 101 (%)	Score de Fagerström ≥ 4 n=213 (%)
• Rien d'autre	54 (53.46)	91 (42.7)
• Anxiolytiques	21 (20.79)	44 (20.65)
• Somnifères	7 (6.93)	25 (11.73)
• Antidépresseurs	5 (4.95)	4 (1.87)
• Cannabis fumé	4 (3.96)	16 (7.51)
• Alcool	1 (0.99)	9 (4.22)
• Cannabis par voie orale	3 (2.97)	3 (1.4)

A noter : dans l'item « autre », ils sont 24 à signaler leur traitement antalgique, dont 19 chez les patients dépendants à la nicotine.

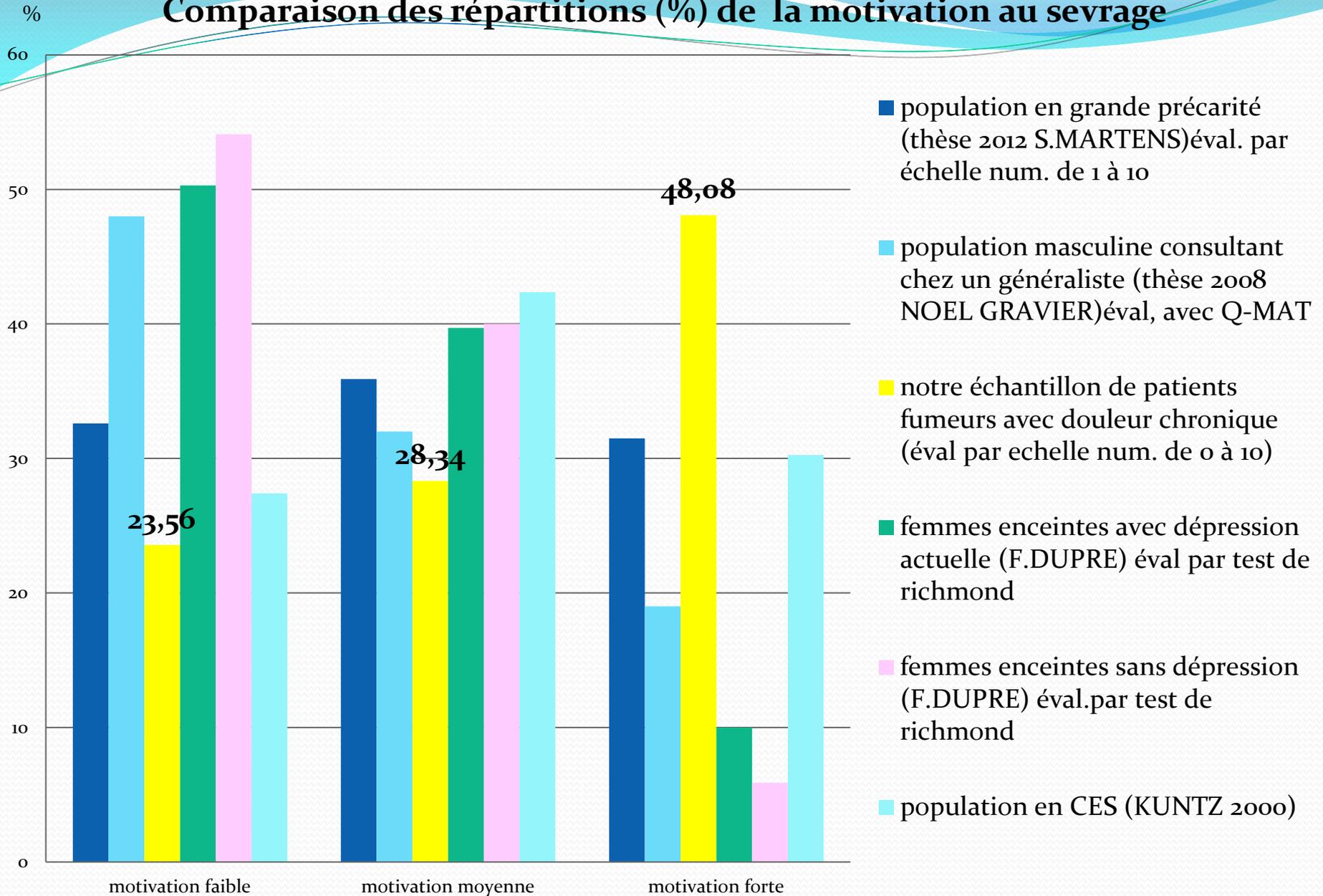
A ce jour, quelle est votre envie d'arrêter de fumer?

(n=314 réponses)



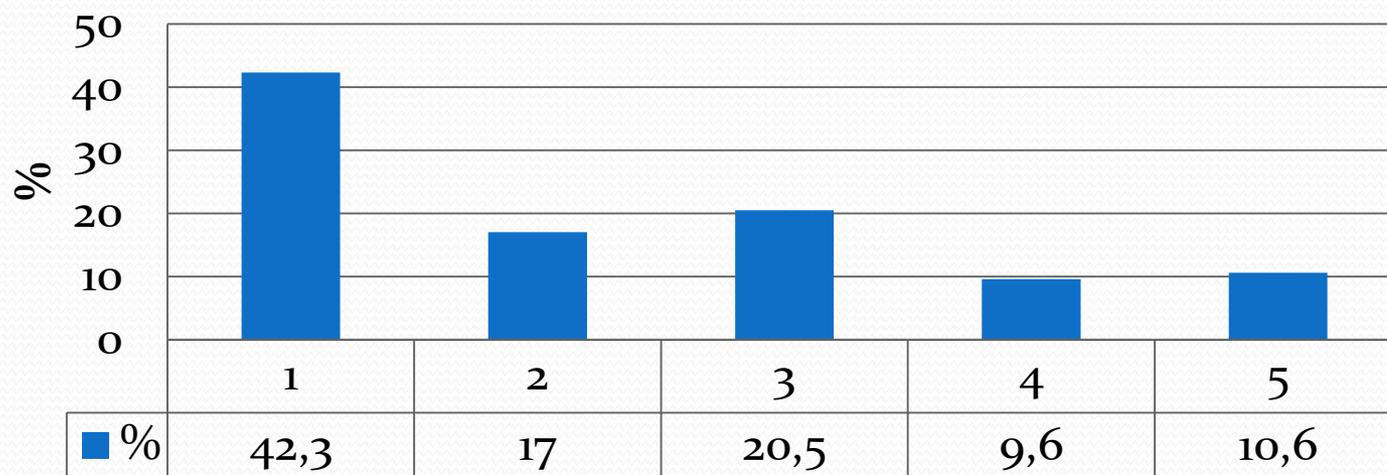
La médiane est à 6 chez les hommes, comme chez les femmes. Elle est à 7 chez les patients non dépendants à la nicotine (score de Fagerström [FTND] ≤ 3).

Comparaison des répartitions (%) de la motivation au sevrage



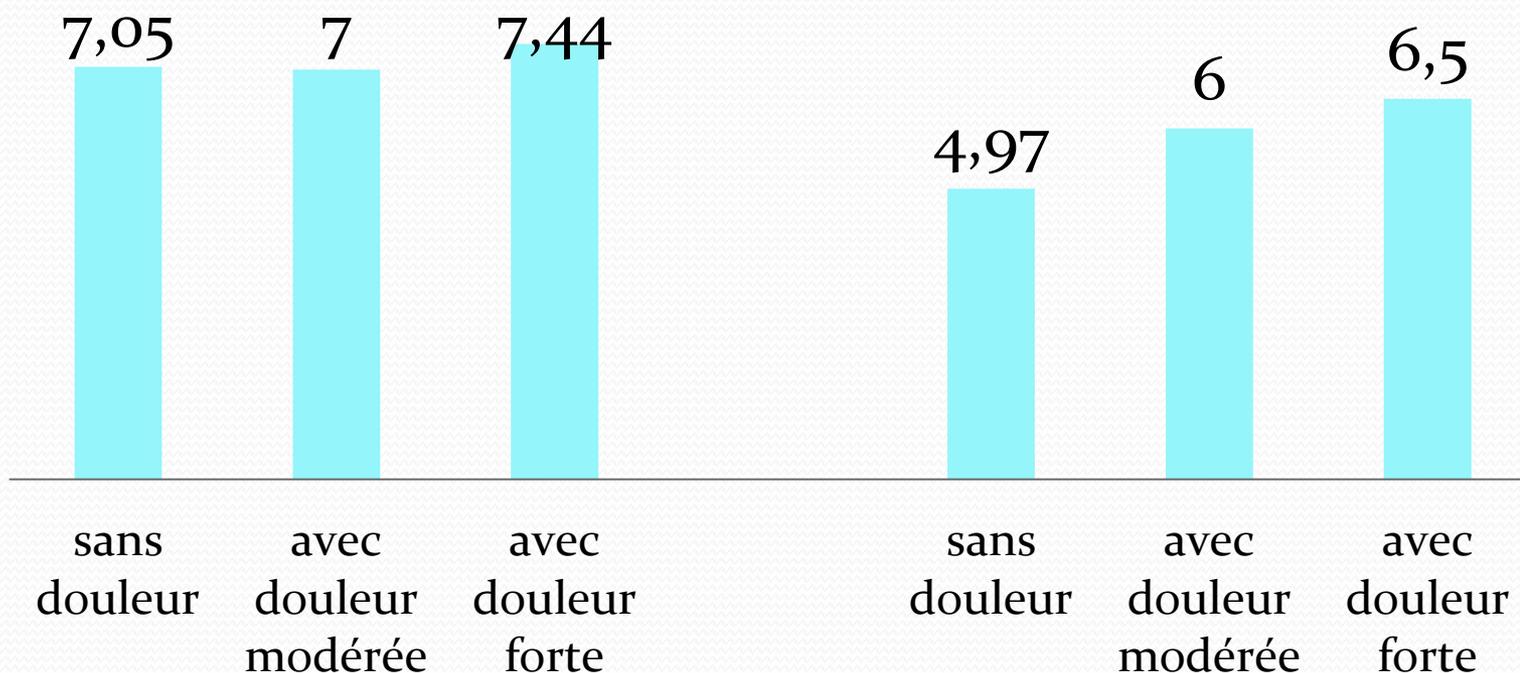
- Ils sont près de 4 fois plus motivés que les femmes enceintes fumeuses sans dépression **OR= 3,8** (*valeur $p < 0,05$*)
- Ils sont 3 fois plus motivés que les femmes enceintes avec dépression **OR= 3,32** (*valeur $p < 0,05$*)
- Ils sont plus motivés que les consultants en centre de santé: **OR=1,22** (*valeur $p < 0,05$*), que les fumeurs en grande précarité **OR=1,54** (*valeur $p < 0,05$*)

Score du SEP à se sevrer seul (n=312 réponses)



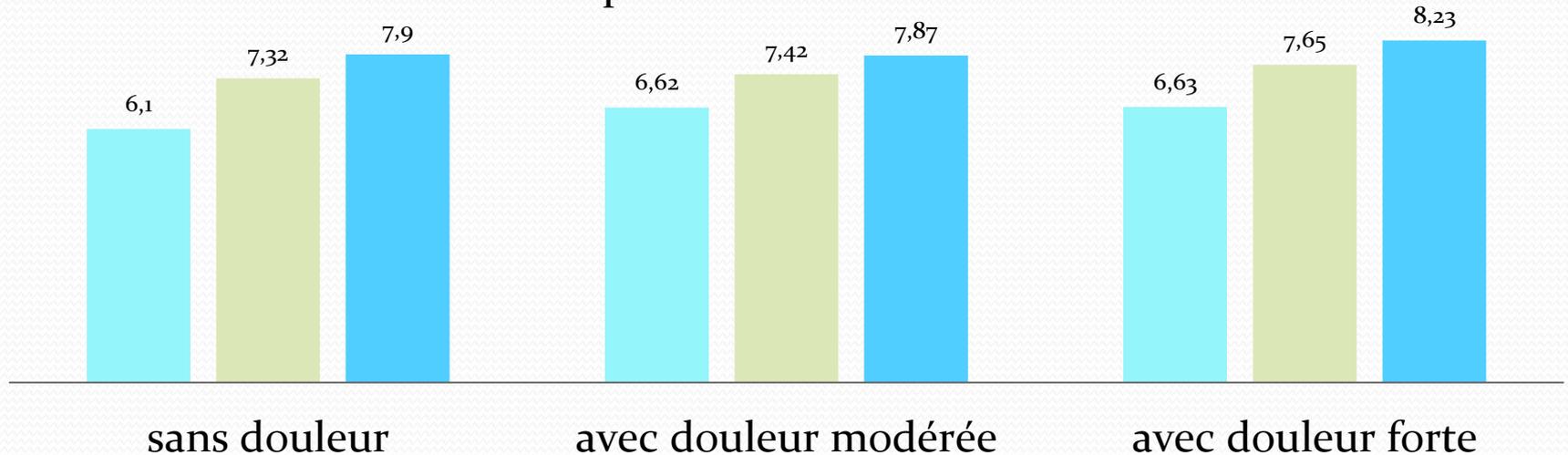
La médiane est à 2. Elle est à 2 chez les femmes et à 3 chez les hommes. Elle est à 3 chez les patients non dépendants à la nicotine versus 1 pour les plus dépendants (FTND \geq 7). Résultat concordant avec la dépendance physique à la nicotine.

*Puissance de l'envie de fumer la cigarette la **plus** indispensable de la journée
versus la **moins** indispensable, selon l'intensité de la douleur*



envie de fumer la cigarette la **plus** indispensable de la journée selon la douleur ressentie

- chez les non dépendants à la nicotine
- avec dépendance
- avec forte dépendance à la nicotine

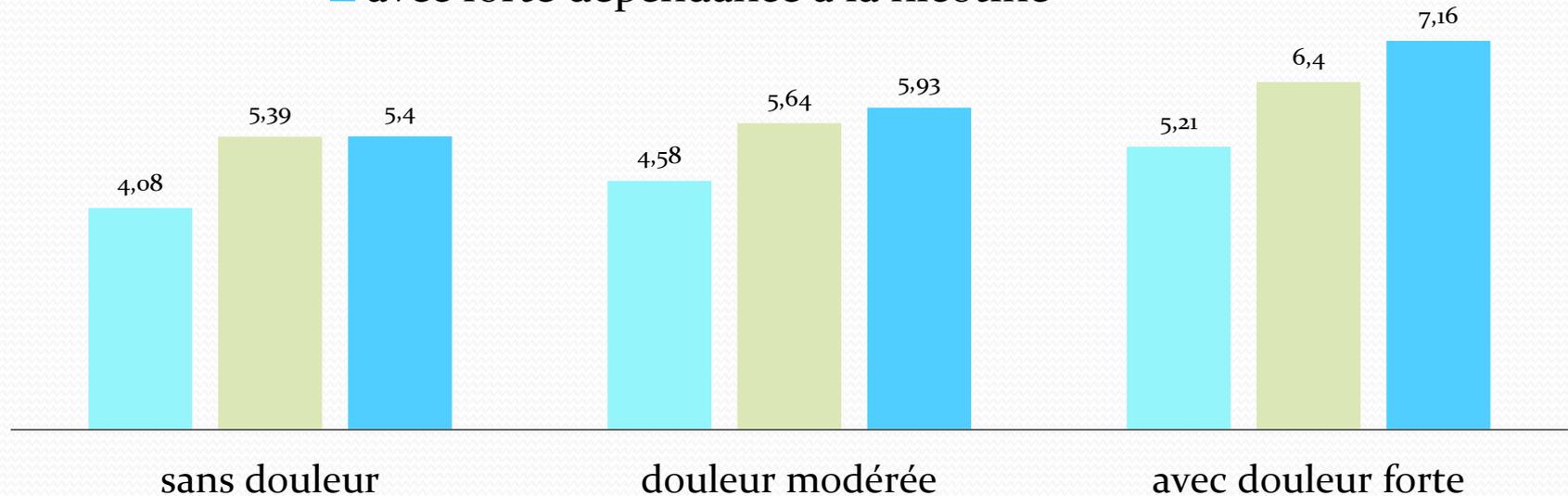


Test du Student pour échantillons appariés entre l'envie de fumer sans douleur et l'envie lorsque la douleur est forte = la moyenne est : -0.40 avec un IC à 95% [-0.826 ; 0.0171], p-value à 0.0599.

On ne peut pas dire que la douleur influence significativement l'envie de fumer au moment de fumer la plus indispensable, mais l'envie est déjà forte (Médiane > à 7/10).

envie de fumer la **moins** indispensable selon la douleur

- chez les non dépendants
- avec dépendance
- avec forte dépendance à la nicotine



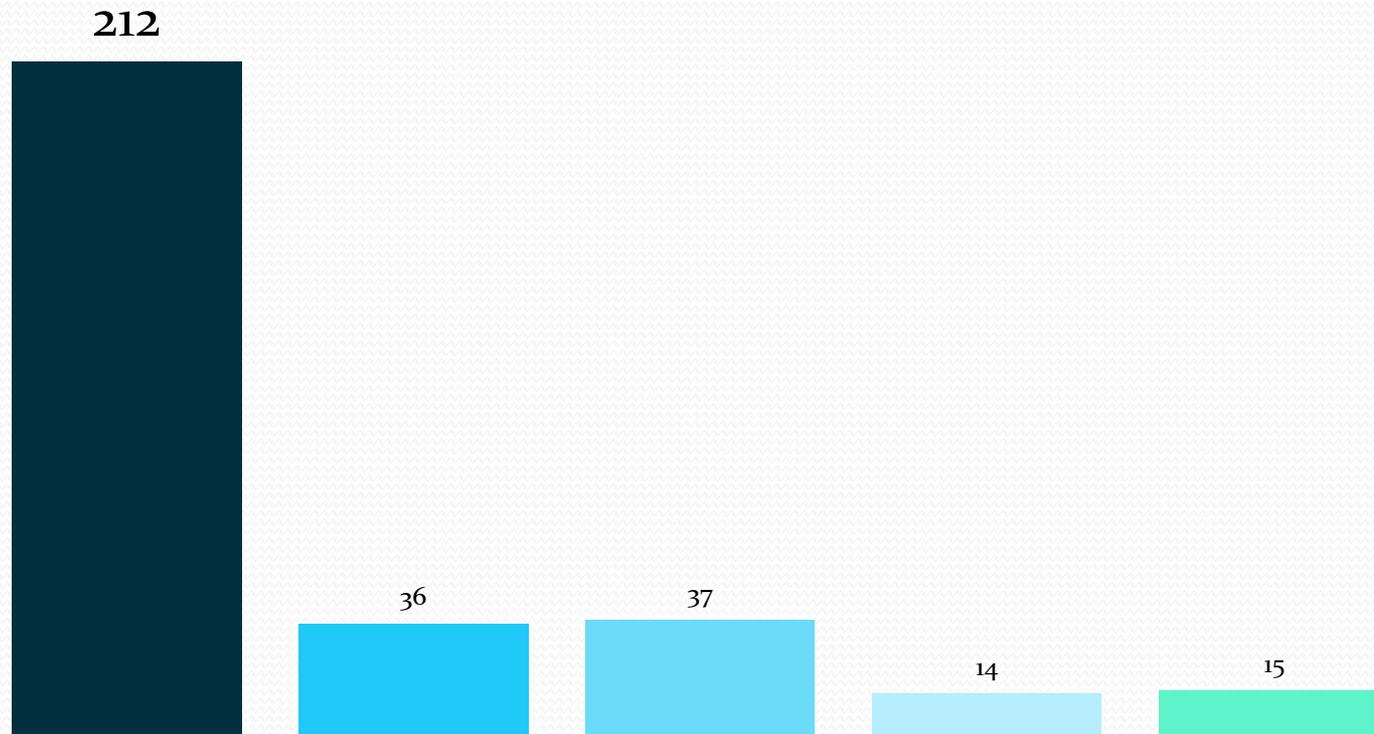
Pour tester l'influence de la douleur au moment de fumer la **moins** indispensable cigarette de la journée: Test du Student pour échantillons appariés entre l'envie de fumer sans douleur et l'envie lorsque la douleur est forte.

La moyenne est : -1.1879 avec un IC à 95% [-1.6228 ; -0.753], p-value <0.05.

On peut donc dire qu'à ce moment-là, la douleur influence significativement l'envie de fumer.

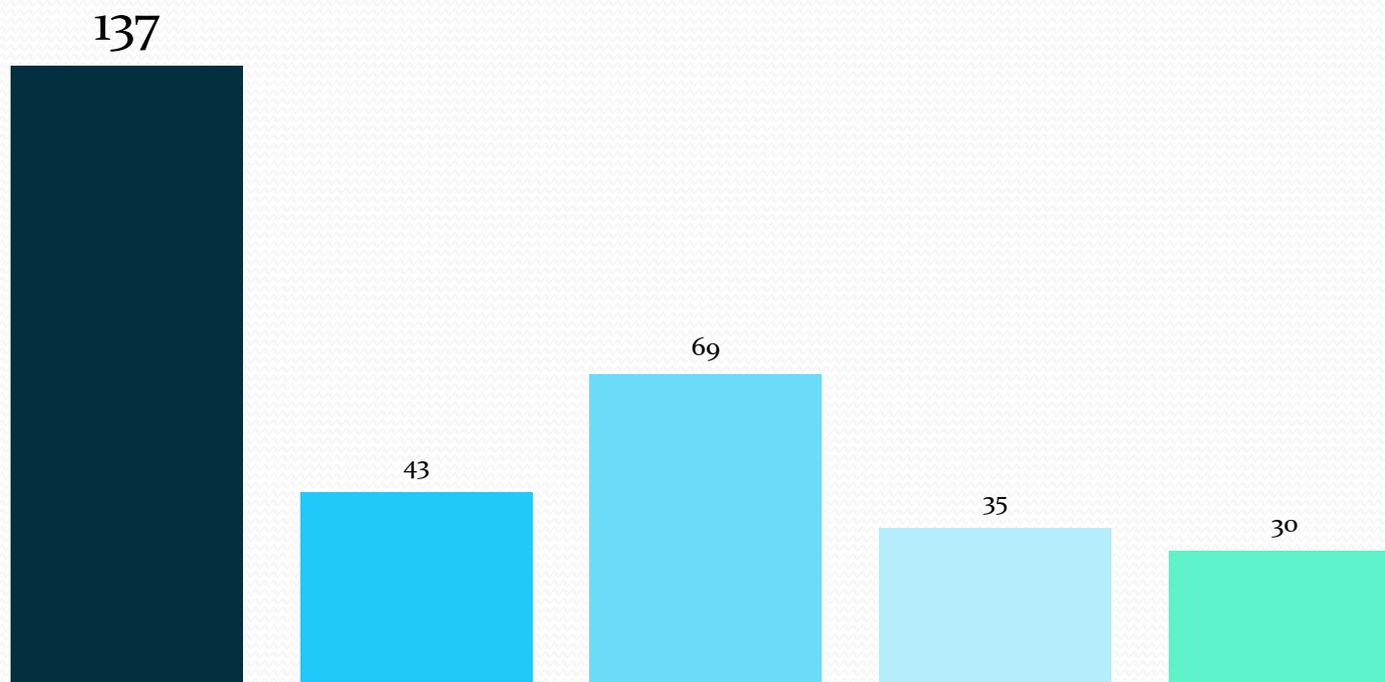
Répartition des scores: J'ai déjà remarqué une aggravation de mes douleurs après avoir fumé une cigarette

■ 1 pas du tout d'accord ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 tout à fait d'accord

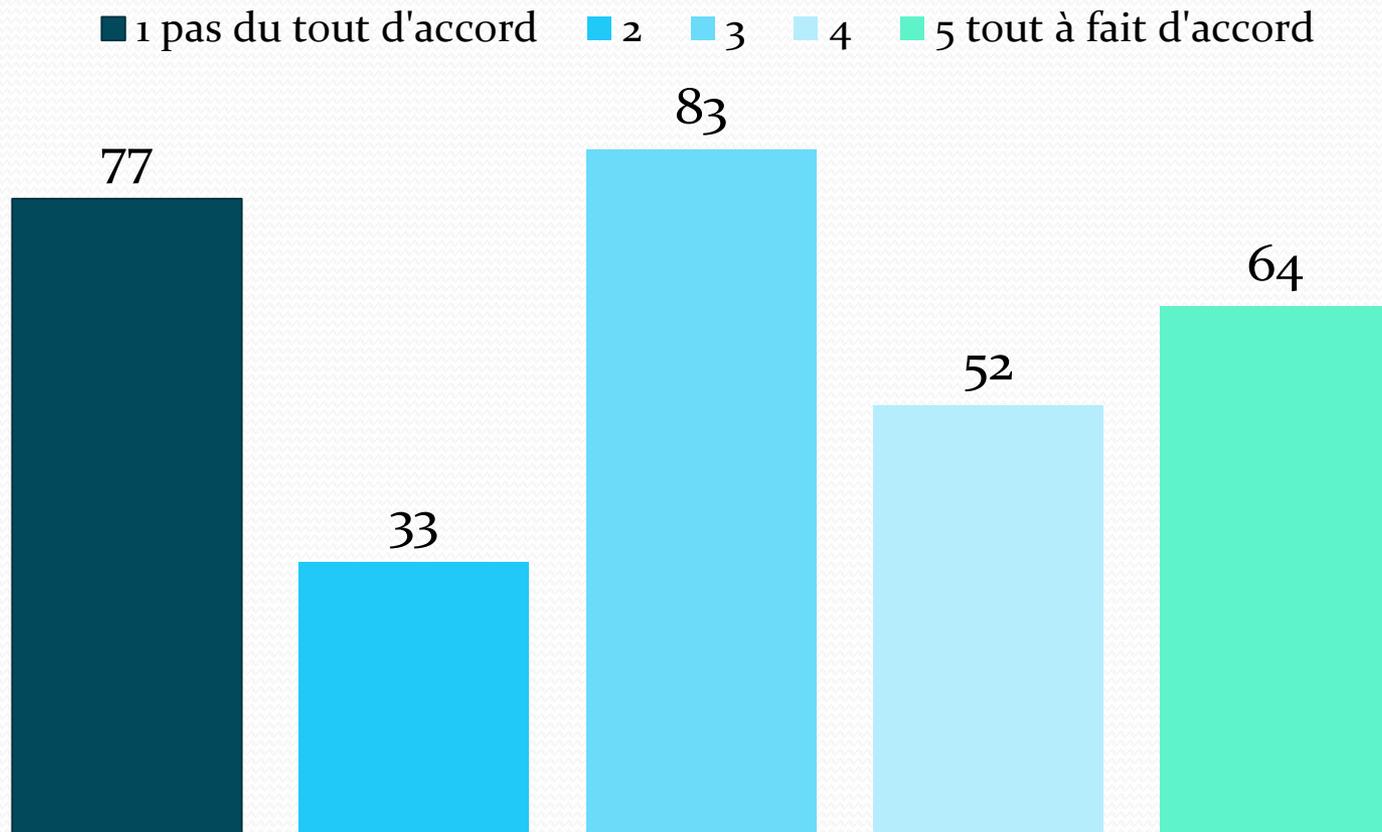


Répartition des scores: j'ai déjà remarqué un soulagement (de type: baisse de l'intensité) de mes douleurs après avoir fumé une cigarette

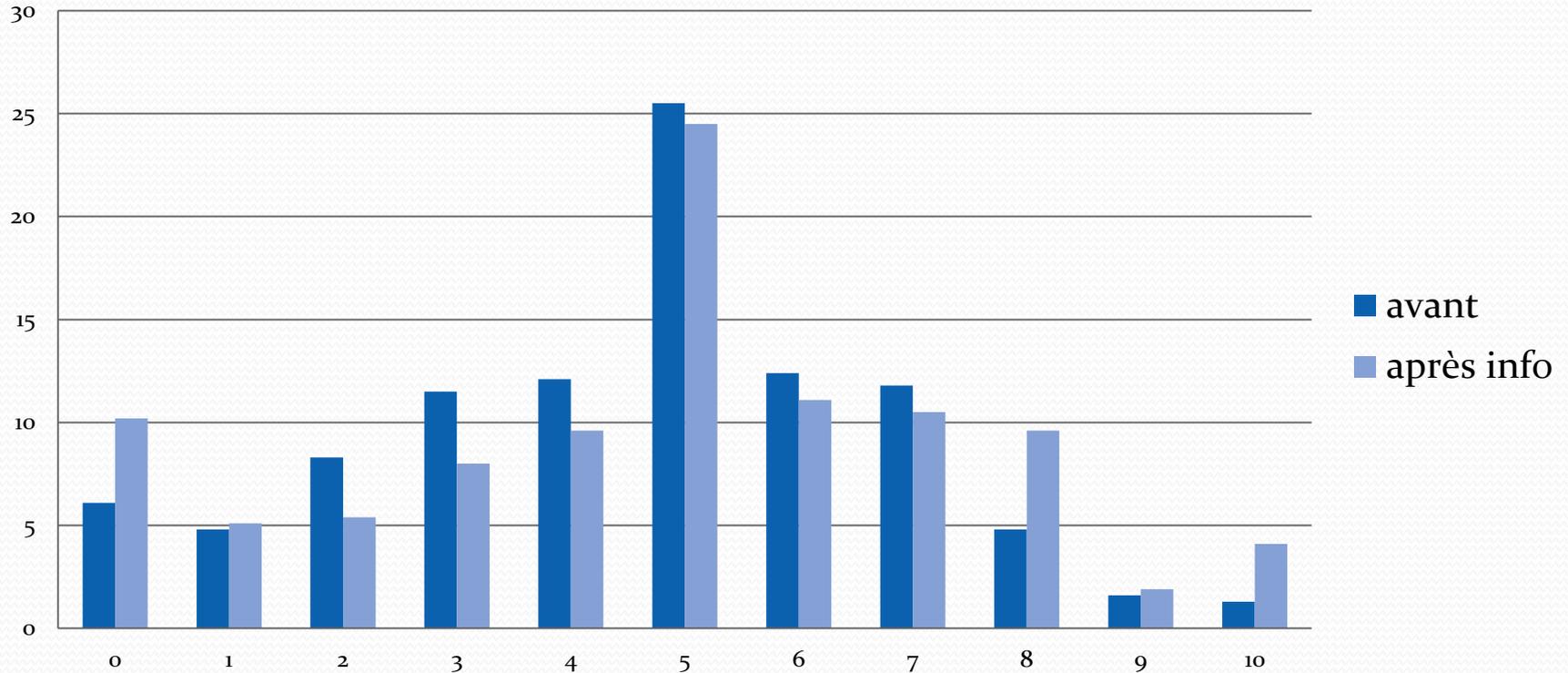
■ 1 pas du tout d'accord ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 tout à fait d'accord



Répartition des scores : J'ai déjà remarqué un soulagement (de type: moins d'impact négatif sur mon moral) de mes douleurs après avoir fumé une cigarette



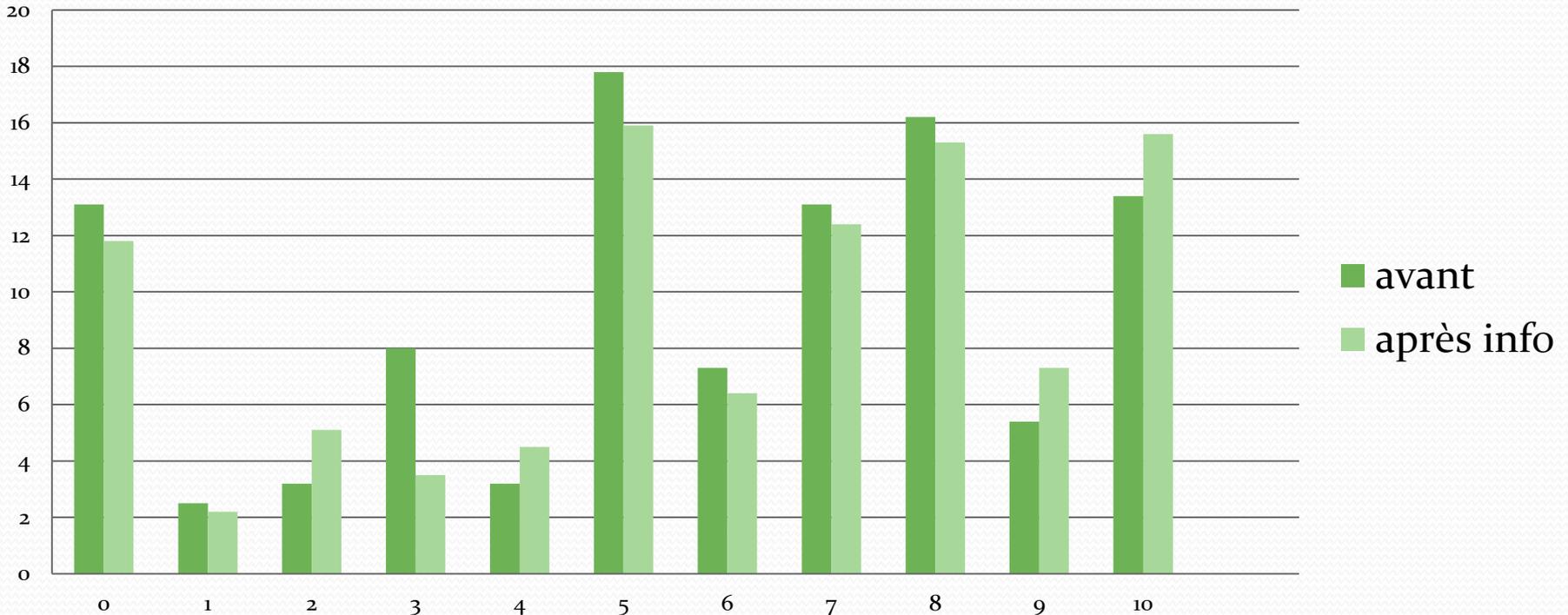
répartition des scores du SEP avant /après information du lien douleur/tabagisme



L'information de ce lien ne modifie pas significativement le SEP à améliorer ses douleurs.

Le test de Student retrouve une moyenne de -0.2229 avec IC à 95% $[-0.4726; 0.0267]$

répartition des scores de l'envie de sevrage avant/après info sur le lien douleur/tabagisme



Nous ne retrouvons pas de différence significative avec le test de Student.
La moyenne est à - 0.1847 avec un IC à 95% [-0.3849;0.0155].

Conclusion

On retrouve chez les patients douloureux chroniques fumeurs:

- une **motivation au sevrage forte**
 - une **consommation proche** de la population générale de fumeurs quotidiens, en terme de **nombre de cigarettes**.
 - mais une **dépendance nicotinique nettement plus fréquente**
 - **des facteurs défavorables à la réussite du sevrage** qui sont nombreux : **prédominance féminine** (substituts nicotiniques moins efficaces), **un soulagement ressenti après avoir fumé une cigarette** (20% en terme de baisse de l'intensité, 30% en terme d'impact sur le moral) qui renforce l'addiction, une **probable précarité sociale** et une **prévalence des troubles anxio dépressifs à étudier ...**
- et des **problématiques déjà habituelles qui peuvent s'aggraver** : prise de poids possible au sevrage, des troubles du sommeil, un transit très ralenti,...

Ce profil de fumeur ne correspond pas tout à fait aux « hardcore » smokers : ils sont plus motivés à l'arrêt et ne sont pas de gros consommateurs : seulement 14.64% fument plus de 20 cig. /j.

(Augustson EM, et al. Nicotine Tob Res 2004 = le hardcore smoker fument en moy 25.5 cig. /j)

Ces résultats peuvent orienter les choix des thérapeutes pour une prise en charge du tabagisme adaptée au contexte de douleur chronique:

- Douleur = rôle dans le craving = rôle dans la rechute. Craving +++ au réveil (le manque de nicotine la nuit augmente les douleurs du matin) + forte dépendance nicotinique → substitution +++ sur 24h et dès le réveil...
- Traiter troubles anxiodépressifs (pour améliorer la douleur et les chances de réussite du sevrage), attention **risque suicidaire majeur avant et après l'arrêt** (x4 pour la dl chronique et x4 pour les gros fumeurs = x8 ou x16?)
- Des effets du sevrage qui peut les inciter à rechuter car ils majorent des problématiques déjà habituelles pour: prise de poids, ralentissement transit intestinal, asthénie physique et intellectuelle...
- **Restons positifs!** Au sevrage: pas de rebond des douleurs + meilleure sensibilité aux antalgiques + des problématiques communes donc des PEC globales (= prise de poids, sédentarité, transit, sommeil, pensées automatiques erronées...) TCC et accompagnement au long cours+++

c'est une population particulièrement suivie = aider les soignants (de la douleur) à accompagner leurs patients pour une réussite sur tous les plans!



©Raül Cañibano

Merci pour votre attention