

COMMUNICATION

La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société

MOTS-CLÉS : DOULEUR. COÛT DE LA MALADIE. EMPLOI. POLITIQUE. ÉCONOMIE. MALADIE CHRONIQUE

Chronic pain management: societal impact

KEY-WORDS : PAIN. COST OF ILLNESS. EMPLOYMENT. POLITICS. ECONOMICS. CHRONIC DISEASE

Alain SERRIE *

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

RÉSUMÉ

La douleur est un véritable enjeu de santé publique, critère de qualité et d'évolution d'un système de santé : c'est un problème majeur de société. Sa prise en charge répond à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme en raison des retentissements physiques et psychiques. Elle induit un handicap qui exclut progressivement ou brutalement le patient de la société. La douleur physique et la souffrance morale ressentie à tous les âges de la vie rendent plus vulnérables les personnes fragilisées par la maladie. Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps, d'invalidité et d'altérations majeures de la qualité de vie. L'ensemble de ces données montre l'impact de la douleur et de son intensité sur les situations et l'activité professionnelle, la productivité, sur l'utilisation des systèmes de soins (augmentation très significative des consultations médicales, hospitalisations) ainsi que sur la santé mentale et physique. Ces publications confirment que la douleur non soulagée a un impact économique majeur sur les systèmes de soins et constitue un problème de santé publique, avec environ deux tiers des personnes concernées au niveau de leur travail. Les progrès de la médecine ont permis la guérison de certaines maladies graves, mais aussi la transformation de maladies aiguës en maladies chroniques. Le résultat est une augmentation de l'espérance de vie parfois sans maladie, mais cette survie peut être aussi accom-

* Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine. Service de médecine de la douleur, Médecine palliative, Hôpital Lariboisière, 2 rue Ambroise Paré-75010 Paris ; e-mail : alain.serrrie@lrp.aphp.fr

Tirés-à-part : Professeur Alain SERRIE, même adresse.

Article reçu le 4 octobre 2015.

pagnée de maladie ou de handicap. Les progrès, la douleur et la souffrance, la fin de vie, l'éthique seront les axes des réflexions fondamentales de demain.

SUMMARY

Pain is a real issue of public health, quality and evolution of a system of health test: this is a major social problem. Pain management meets a humanistic, ethical purpose and dignity of man because of the physical and psychological implications. It induces a disability which excludes the patient of society gradually or suddenly. The physical pain and mental suffering to all ages of life make more vulnerable people weakened by disease. Rebel chronic pain are sources of disability, disabilities, disability and major alterations in the quality of life.

All of these data shows the impact of pain and its intensity on the professional conditions, on professional activity and productivity, on the use of care systems (very significant increase in medical consultations, hospitalizations), as well as on the mental and physical health. These results confirmed analyses which consider that the unrelieved pain has a major economic impact on care systems and constitutes a public health problem with around two thirds of persons professionally impacted by pain.

The progress of medicine has helped the healing of certain serious diseases, but also favoured acute diseases to turn to chronic diseases. The result is an increase in of lifetime sometimes without disease, but this survival may be also accompanied by disease or disability. Progress, pain and suffering, the end of life, ethics will be the core of the basic thoughts of tomorrow.

INTRODUCTION

Les douleurs chroniques sont à l'origine de handicaps, d'altérations majeures de la qualité de vie, d'incapacité des sujets à assumer leurs rôles familiaux et sociaux, induisant une consommation importante de soins, d'absentéisme au travail, et d'arrêts de travail aboutissant à l'invalidité. Les répercussions sont importantes : la vie du patient va être transformée pouvant entraîner chômage ou licenciement, difficultés familiales (rejet, rupture, divorce ou au contraire maternage, infantilisme), ou psychologiques (anxiété, dépression), ou médico-légales (invalidité, procès). Les études conduites dans le cadre du programme européen « Societal impact of pain » montrent qu'en France, la fréquence des co-morbidités associées à la douleur sévère est au moins deux fois supérieure à celle retrouvée dans la population générale et comparable à celle retrouvée en Europe. Les troubles du sommeil et anxieux sont particulièrement fréquents. Selon les publications, entre 25 et 50 % des patients voient leurs activités quotidiennes impactées par la douleur chronique. Les activités sociales et physiques quotidiennes sont altérées de façon significative.

ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN POPULATION GÉNÉRALE

Bien que la douleur soit un symptôme particulièrement fréquent, il existe peu de données concernant son impact en Europe, et encore moins d'études comportant

des données françaises. Reid *et al.* [1] n'ont retenu que 12 publications sur la douleur chronique en Europe. La plupart des études disponibles sont anglo-saxonnes et traitent de pathologies spécifiques telles que l'arthrose [2], la lombalgie chronique [3], ou la douleur neuropathique [4]. Elles n'envisagent prioritairement, voire exclusivement, que l'impact économique [2, 3]. Les données à propos de son impact sur les systèmes de soins sont peu nombreuses.

Il existe peu d'études épidémiologiques sur la douleur en France. Les méthodologies sont différentes ce qui rend difficile les comparaisons entre elles. Certaines concernent les douleurs qui durent au-delà de 3 mois, d'autres 6 mois..

Pour le Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur (COEGD) [5], 57 % des personnes interrogées auraient été concernées personnellement par la douleur au cours des 2 années ayant précédé l'étude et 28 % souffraient encore au moment de l'étude. Indépendamment du type de médecin ayant pris en charge le patient, environ 80 % des personnes interrogées (75 % spécialiste hospitalier — 82 % médecin généraliste) considéraient que leur douleur n'était pas soulagée et qu'une fois sur deux (48-55 %) cette douleur non soulagée avait des répercussions sur leur vie quotidienne.

Plus récemment, auprès de 46 394 personnes vivant en Europe, Breivik *et al.* [6] ont réalisé une étude par téléphone dédiée à l'évaluation de la douleur chronique, définie par un critère composite comprenant une durée au moins égale à six mois. En moyenne, les douleurs concernent 19 % des européens (12 % Espagne — 30 % Norvège) et 15 % des Français. Cette étude a montré que la plupart des activités quotidiennes étaient totalement ou partiellement altérées chez plus de 50 % des individus concernés. 55 % (soit plus de la moitié) des patients souffrant de douleur chronique depuis plus de 6 mois ont moins de 50 ans et sont en situation de productivité.

Pour une autre étude (2008) [7] concernant l'évaluation de la prévalence de la douleur chronique depuis plus de 3 mois auprès de 23 712 personnes, les résultats sont nettement plus importants puisque 31,7 % des personnes interrogées seraient concernées. 67,4 % (soit plus de la moitié) des patients souffrant de douleur chronique ont moins de 50 ans et sont donc en situation active/de productivité.

IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA DOULEUR CHRONIQUE ET DE SA PRISE EN CHARGE

Langley *et al.* [8, 9] ont montré au cours d'une étude à l'échelle européenne que la douleur avait un impact négatif sur la situation et l'activité professionnelle, sur la qualité de vie et l'utilisation des systèmes de soins.

Plus récemment, la National Health and Wellness Survey (NHWS) [10] est une étude particulièrement intéressante réalisée tous les deux ans via Internet aux États-Unis, au Japon, en Chine, au Brésil, en Russie, et dans cinq pays européens,

dont la France. Elle évalue l'impact de la douleur et de son intensité sur des indicateurs sociétaux : situations professionnelles, qualité de l'activité professionnelle et productivité, mais aussi utilisation des systèmes de soins, santé mentale et physique. Elle compare le groupe de personnes ayant présenté une douleur au cours du mois précédant l'étude à celui des personnes n'ayant pas présenté de douleur, et étudie l'impact de l'intensité de la douleur — douleur légère (DL), douleur modérée (DM), et douleur sévère (DS) — sur ces différents paramètres. Les douleurs d'origine dentaire, les céphalées, les migraines, et les dysménorrhées, lorsqu'elles étaient isolées, ont été exclues.

Cependant, bien que les personnes interrogées dans cette étude aient été sélectionnées pour être représentatives de l'ensemble de la population française, le mode de recueil des données, via Internet, constitue un biais méthodologique potentiel compte-tenu d'un accès non systématique et d'une utilisation d'Internet inversement proportionnelle à l'âge. La méthodologie utilisée est de type déclaratif, et les données recueillies ne peuvent pas faire l'objet d'une vérification. Par ailleurs, le fait d'interroger les personnes sur la présence d'une douleur au cours du mois ayant précédé l'étude ne permet pas de faire la distinction entre douleur aiguë et douleur chronique.

L'évaluation de la situation professionnelle, de l'utilisation des systèmes de soins au cours des six mois écoulés, l'activité professionnelle a été réalisée avec des outils validés comme l'Adult Work Productivity and Activity Impairment Scale (WPAI) [11], et la santé mentale et physique à l'aide du SF-12V2D [12] (forme générique du SF32 en 12 questions) qui a été élaborée pour permettre un recueil simplifié des données de qualité de vie (QdV) [13]).

Dans cette étude, les méthodes de calcul des extrapolations à une population française adulte ont été réalisées sur la base de 50,1 millions (M) de français au moment de l'enquête. Pour pouvoir évaluer l'impact spécifique de la douleur, le groupe des personnes sans douleur (41,5 M) a été ramené à la taille de celui du groupe avec douleur, soit 8,6 M. Afin d'évaluer l'impact de l'absentéisme au travail (nombre de journées perdues par semaine) et le présentéisme (calcul du nombre de journées impactées) ; les auteurs ont défini le nombre de semaines au cours d'une année travaillée : $52 \neq (5 \text{ semaines de congés payés} + 1 \text{ semaine de jours fériés} + 2 \text{ semaines de RTT}) = 44$.

Pour ce travail particulièrement intéressant, ces deux paramètres ont été évalués de la façon suivante :

- Le calcul du nombre de journées perdues par semaine (absentéisme) est défini de la façon suivante : $(5 \text{ jours/semaine} \times 8,6 \text{ M de personnes} \times \% \text{ de personnes ayant un emploi}) \times \% \text{ absentéisme}$. L'absentéisme dû à la douleur est la différence des nombres de journées perdues entre les deux groupes avec ou sans douleur.
- Le calcul du nombre de journées impactées (présentéisme) est défini par : $[(5 \text{ jours/semaine} \times 8,6 \text{ M de personnes} \times \% \text{ de personnes ayant un emploi}) \neq (\text{nombre de journées d'absentéisme})] \times \% \text{ de présentéisme}$. Le présentéisme dû à la douleur est

la différence des nombres de journées perdues entre les deux groupes avec ou sans douleur.

Activité professionnelle, productivité et situations professionnelles

L'expérience de la douleur, notamment celle de la douleur chronique sévère, réduit la qualité du travail et augmente l'absentéisme et le présentéisme [10]. L'absentéisme a été significativement plus important dans le groupe avec douleur (10,7 % versus 5,1 %). Ce pourcentage augmente significativement avec l'intensité de la douleur pour atteindre 27,5 % dans le groupe DS. Pour les personnes bénéficiant d'un emploi, la douleur entraînerait, par rapport à un groupe sans douleur ramené à 8,6 M de personnes 1,1 M de journées perdues par semaine soit 48 M par an. Le présentéisme atteint 22,1 % dans le groupe douleur versus 11,7 % dans le groupe sans douleur, et 34,6 % dans le groupe DS, soit un équivalent de 13 minutes par heure travaillée. Par rapport à un groupe sans douleur ramené à 8,6 M de personnes, il y aurait 910 000 journées supplémentaires concernées par semaine et 40 M par an. Si le nombre de personnes bénéficiant d'un emploi est significativement plus faible dans le groupe des personnes avec douleur, la qualité professionnelle et la productivité sont aussi également altérées. Ainsi, pour les personnes avec un emploi la douleur associée à une perte des capacités fonctionnelles va avoir un impact sociétal et un retentissement économique importants [14, 15]. Ainsi en extrapolant sur la population totale, les calculs ont montré qu'en comparant les deux groupes avec et sans douleur, plus de 88 M de journées additionnelles par an seraient altérées par la douleur (48 M par l'absentéisme et 40 M par le présentéisme). Confirmant ces résultats, les pertes de productivité et d'activité sont deux fois plus importantes dans le groupe avec douleur, pour concerner environ 30 et 40 % respectivement des personnes. Dans le groupe DS, ces pertes d'activité et de productivité touchent plus d'une personne sur deux.

Breivick *et al.* [6] ont montré qu'en France, les personnes avec douleur ont signalé des pertes d'emploi (15 %), des modifications des responsabilités professionnelles (12 %), et des changements d'emploi (12 %). Cependant, cette étude était limitée du fait de l'absence d'un groupe témoin permettant d'évaluer l'impact réel de la douleur. Des résultats comparables ont été retrouvés dans d'autres études, avec en Australie (23 M d'habitants) 9,9 M de journées perdues par absentéisme, 36,5 M de journées altérées du fait de la douleur chronique, et une perte de productivité représentant un coût global annuel de 5,1 milliards de dollars australiens [16]. Kronborg *et al.* [17] ont démontré sur une population souffrant de douleurs chroniques non malignes et consultant en Centre de la Douleur au Danemark que seulement 29 % disposaient d'un emploi, que l'absentéisme concernait 19,4 % du temps travaillé, et que la perte de productivité atteignait 51,1 % du temps travaillé, soit plus de 30 minutes par heure.

Dans l'étude de la National Health and Wellness Survey [10], il y a significativement plus de personnes disposant d'un emploi à plein temps dans le groupe sans douleur (51 %) par rapport à celui avec douleur (48 %). Ce pourcentage est inversement proportionnel à l'intensité de la douleur : DL (59 %), DM (48 %) et DS (41 %). Par rap-

port à un groupe sans douleur équivalent en nombre, il y aurait dans le groupe avec douleur 258 000 personnes de plus sans emploi. Parmi les personnes avec emploi, un pourcentage significativement plus important travaillant à plein temps est retrouvé dans le groupe sans douleur (40 % versus 35 %). Cet impact sur l'emploi avait déjà été noté [6, 18] et peut s'expliquer partiellement par des données purement démographiques telles que l'âge et le sexe. Les femmes sont significativement plus nombreuses et plus âgées dans les groupes de patients douloureux [6, 10, 19]. La Haute Autorité de Santé avait évalué, dans un rapport en 2008 [20], que les « limitations d'activités professionnelles ou domestiques du fait de la douleur sont importantes chez 6 % des personnes de 25-64 ans, puis 15 % des 65-84 ans et enfin 33 % des personnes de 85 ans et plus ». Les arrêts de travail sont 5 fois plus fréquents que dans la population générale et 45 % des patients sont concernés par des arrêts de travail dont la durée moyenne cumulée dépasse 4 mois/an. Les patients souffrant d'une douleur chronique sévère sont plus fréquemment hospitalisés (13,6 % versus 5,6 %). Et il y a significativement plus de personnes en arrêt maladie de longue durée dans le groupe avec douleur (5 %) que dans celui sans douleur (1 %), soit un équivalent de 344 000 personnes en plus. Cet impact de la douleur sur les arrêts pour maladie avait déjà été retrouvé chez des patients souffrant de pathologies rachidiennes et de spondylarthrite ankylosante [21].

Utilisation des systèmes de soins

Sur l'ensemble de la population interrogée (personnes avec ou sans douleur) dans l'étude de la National Health and Wellness Survey, près de neuf personnes sur dix (88 %) ont consulté au moins une fois un professionnel de santé au cours des 6 mois ayant précédé l'étude [10]. Ce pourcentage atteint 94 % dans le groupe avec douleur et 99 % dans le groupe DS. Dans le groupe douleur, 688 000 personnes de plus auraient consulté un professionnel de santé par rapport à un groupe sans douleur ramené à 8,6 M de personnes. Les personnes ayant présenté une douleur au cours du mois précédant l'étude ont consulté deux fois plus souvent les professionnels de santé que celles sans douleur (9,0 versus 4,8 consultations). Ce nombre de consultations est trois fois plus important dans le groupe DS (13,6 consultations) que dans le groupe DL (5,3 consultations). Ainsi, dans le groupe avec douleur, il y aurait 72,2 M de consultations supplémentaires par an par rapport au groupe sans douleur ramené à 8,6 M de personnes. Sur la base minimale d'une consultation de médecin généraliste de 23 € dont 70 % (16,1 €) sont pris en charge par l'assurance maladie, le groupe avec douleur présenterait un surcoût annuel lié aux seules consultations de 1,163 milliards d'euros.

Au cours de l'étude pan-européenne de Breivik *et al.* [6], 60 % des personnes ont consulté, entre deux et neuf fois en six mois, leur médecin pour cause de douleur. Ces résultats sont comparables à ceux d'Andersson *et al.* [22] qui ont montré qu'en Suède, sur une période de trois mois, 45,7 % des personnes souffrant de douleur chronique avaient consulté un médecin contre 29,8 % dans un groupe sans douleur, soit 1,5 fois plus. En Norvège [23] chez des patients souffrant de pathologies rhumatismales non

inflammatoires, la cause de la première consultation chez le MG était la douleur. L'ensemble de ces données montre que la douleur est génératrice d'une augmentation très significative des consultations médicales.

Dans l'étude d'Elder *et al.* [24] un patient sur 2 a recours aux médecines alternatives sans en informer son médecin traitant. 58 % de ces participants ont eu recours à la chiropractie et/ou à l'acupuncture, 35 % des participants ont pratiqué l'acupuncture seule et 42 % la chiropractie seule. Les pathologies concernées sont les douleurs articulaires et musculaires, l'arthrose, les céphalées et les dorso-lombalgies. La très grande majorité de ces participants (6000 patients, âge moyen 61 ans, 71 % de femme) se déclare disposée à partager cette information avec un professionnel de santé. L'étude constate surtout que les médecins n'évoquent pas cette possibilité ou ne sont pas à l'écoute de ces traitements. Ces travaux mettent en évidence l'importance de ces recours qui traduisent le besoin à combler par rapport aux prises en charge plus classique des systèmes de santé.

Les personnes avec douleur se sont également adressées significativement plus souvent aux urgences (13 % versus 7 %) et ce pourcentage augmente significativement avec l'intensité de la douleur : DL (6 %), DM (12 %) et DS (18 %) [10]. Enfin, 14 % des personnes avec douleur ont été hospitalisées et ce pourcentage a atteint 24 % dans le groupe DS. Dans le groupe avec douleur par rapport au groupe sans douleur ramené à 8,6 M de personnes, 516 000 personnes de plus qui se seraient présentées aux urgences et 516 000 de plus auraient été hospitalisées.

Scores de santé mentale et physique au SF-12V2D

Les relations entre âge, qualité de vie (QdV) liée à la santé, et utilisation des systèmes de soins, a été bien documentée et la douleur est l'élément le plus impactant [8,25]. Des publications récentes ont montré que les douleurs chroniques altèrent toutes les composantes du SF36 chez les personnes présentant une douleur chronique [9]. La plupart des activités sont impactées totalement ou partiellement chez plus de 50 % des personnes concernées. Un quart des personnes interrogées ne peuvent plus conduire, un tiers ne peuvent plus travailler à l'extérieur. Mac Dermot [4], en utilisant l'EQ-5D, a mis en évidence un impact en fonction de l'intensité de douleur. Confirmant ces données, la douleur apparaît avoir un impact sur les scores de santé physique et mentale du SF12V2D. L'utilisation du SF12V2D a permis non seulement d'évaluer l'impact de la douleur mais également des pathologies et des comorbidités telles que l'anxiété, la dépression et les troubles du sommeil associées [10].

L'ALLONGEMENT DE L'ESPÉRANCE DE VIE COROLLAIRE DE DOULEURS, MALADIES, HANDICAPS...

La population vieillit du fait de la diminution régulière de la fécondité que l'on observe depuis plusieurs années, mais aussi en raison d'une forte réduction de la

mortalité aux âges avancés depuis 1985. L'espérance de vie à la naissance était de 66 ans en 1950 dans les pays développés et de 41 ans dans les autres. En 1998, en France, elle atteint 74,6 ans pour les hommes et 82,2 ans pour les femmes et continuera d'augmenter encore dans les années à venir davantage pour les hommes que pour les femmes.

- D'après des projections basées sur des hypothèses modérées, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus (7,8 millions en 1990), va dépasser les 13 millions en 2020 soit un accroissement de deux tiers sachant que 16 % auront plus de 85 ans en 2020. Ce chiffre pourrait atteindre 24 % en 2050. En 2000, on dénombrait 10 000 centenaires. La projection des données de l'INSEE estime cette population à 150 000 en 2050 [26].
- Nous gagnons chaque jour 6 heures soit chaque année 3 mois d'espérance de vie. L'espérance de vie devrait donc s'allonger d'environ 6 ans pour les femmes et de 5 ans pour les hommes d'ici 2050.

La prévalence de la douleur est très élevée chez les personnes âgées (25 à 30 % de celles vivant à leur domicile, 50 à 93 % de celles vivant en institution). La douleur d'intensité sévère augmente de plus de 10 % entre 65 et 95 ans. Elle est surtout d'origine musculo-squelettique ou cancéreuse, mais l'âge est aussi un facteur de risque pour certaines douleurs neuropathiques (diabète, post-zona...). Elle est très vite responsable dans cette population de limitations fonctionnelles et de situation de handicap, d'autant plus que s'y associent polyopathie, polymédication ou isolement.

Ces éléments sont essentiels à considérer, ils sont un puissant moteur du changement social et doivent être pris en compte dans l'élaboration d'une politique de santé qui se doit d'anticiper les grands problèmes de demain.

LE DÉFI DES MALADIES CHRONIQUES : CONSÉQUENCES DU PROGRÈS MÉDICAL ET ENJEUX ÉTHIQUES

Les maladies infectieuses, aiguës ou subaiguës étaient un des défis médicaux du siècle passé, la médecine de demain sera celle de la gestion des conséquences de la survie avec des maladies chroniques. Lors d'une séance de l'Académie des Sciences morales et politiques Jacques Dupâquier [27] pose le questionnement de l'allongement de l'espérance de vie et ses conséquences multiples. : « La part des maladies infectieuses dans la mortalité est tombée de 90 % au début du xx^e siècle à 1,9 % seulement dans la France d'aujourd'hui, alors que celle des maladies chroniques est devenue prépondérante. Or les unes et les autres sont fonction de l'âge, mais en sens inverse : les maladies infectieuses fauchaient prioritairement les jeunes enfants, alors que les maladies dégénératives frappent exclusivement les personnes âgées. D'où un renversement de la répartition des âges des décès ».

- L'amélioration des soins favorise le vieillissement des plus âgés et conduit naturellement à concentrer les décès dans cette population pour laquelle la prévalence des affections chroniques est la plus forte. Entre 1994 et 2004, les affections de longue durée (ALD) ont progressées de 75 %. Mais l'augmentation de l'espérance de vie, en ce qu'elle n'est pas synonyme d'espérance de vie sans incapacité conduit assez logiquement à poser la question de la qualité des années de vie ainsi gagnées [28].
- La cancérologie est un des domaines de la médecine qui a le plus progressé, on ralentit la progression du cancer mais parfois sans guérison. La survie peut s'accompagner de douleurs très intenses entraînées par les traitements, la qualité de vie peut être gravement diminuée avec des inconforts ou des handicaps.

« Si l'espérance de vie sans incapacité augmente à peu près au même rythme que l'espérance de vie tout court, c'est-à-dire de 2 ou 3 mois par an, il y a une exception notable : les fonctions cognitives » [27]. Vivre avec la maladie ou bien vivre plus vieux sont des réels problèmes de société, car non seulement cela renforce la demande à ne plus souffrir, mais ces notions fondamentales sont indissociables de la relation entre les avancées médicales et la qualité de vie et le sens même de la vie. Ce sont les enjeux éthiques du progrès concernant la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs pour des pathologies qui ne mettent pas inéluctablement l'espérance de vie en jeu.

Des choix sont nécessaires, une réflexion en amont s'impose, car ils doivent permettre la poursuite du progrès, l'accès pour tous à la santé qui est un droit et le maintien de la solidarité nationale. Dans une société ou l'économie est contrainte, il faut se poser la question de la place du citoyen qui est dépendant et donc vulnérable. La cascade de situation : isolement pouvant entraîner une forme de marginalisation et induire des processus d'exclusion, est alors possible. Cette réflexion est essentielle à mener en amont des décisions qui pourraient être prises parfois dans la hâte ou de façon inappropriée. Car si ces questions ne sont pas abordées, le risque est grand de la tentation de l'exclusion du fait de la dépendance et des couts liés à sa prise en charge. Associée aux progrès exponentiels de la médecine intimement liés aux financements de ces progrès, il pourrait y avoir une certaine légitimité de l'exclusion et une tentation d'ostracisme [28].

CONCLUSION

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps, d'invalidités et d'altérations majeures de la qualité de vie. Elles engendrent, outre leurs dégâts propres, des réactions parfois violentes, d'autres fois plus nuancées, qui modifient durablement la perception du monde pour celui qui est concerné mais également pour ceux qui sont les collatéraux. Car la personne qui souffre n'est pas la seule victime, l'entourage familial, professionnel, de voisinage devient victime. D'une certaine façon, ces souffrances ont été le facteur le plus puissant de changement des mentalités dans l'organisation des systèmes sociaux.

Les systèmes de santé doivent se soucier autant du malade que de la maladie. Il n'est plus admissible que l'on se préoccupe exclusivement de l'efficacité des moyens thérapeutiques mis en œuvre. L'introduction d'une « culture anti-douleur » au sein des pratiques et des exercices nécessite le changement des comportements de l'ensemble des professionnels de santé, mais aussi celui des malades et de leurs proches. La qualité d'un système de santé est définie par la prise en compte de l'efficacité du traitement proposé mais aussi par le soulagement de la souffrance des patients. Dès lors, l'amélioration de la prise en charge de la douleur doit être un de nos objectifs essentiels. Des considérations éthiques et morales ne peuvent plus être écartées de l'élaboration et de la mise en application d'un projet de soins. La lutte contre la douleur est inséparable de l'évolution de ces idées.

RÉFÉRENCES

- [1] Reid K.L, Harker J, Balla MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, *et al.* Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(2):449-62.
- [2] Bittou R. The economic burden of osteoarthritis. *Am J Manag Care.* 2009 ; 15(8 Suppl.):S230-S235.
- [3] Maetzel A, Li L. The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2002;16(1):23-30.
- [4] McDermott AM, Toell TR, Rowbotham DJ, Shaefer CP, Dukes EM. The burden of neuropathic pain: results form a cross-sectional survey. *Eur J Pain.* 2006; 10:127-135.
- [5] Serrie A, Queneau P. Livre blanc de la douleur. Paris: Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur. Paris: Ed. COEGD ; 2005.p. 141.
- [6] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallachar G. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006; 10:287-333.
- [7] Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, *et al.* Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain.* 2008;136(3):380-7.
- [8] Langley P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A, Liedgens H, Pergolizzi J, Varassi G. The societal impact of pain in the European Union: health related quality of life and healthcare resource utilization. *J Med Econ.* 2010;13(4):571-581.
- [9] Langley P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A, Liedgens H, Pergolizzi J, Varassi G. The impact of pain on labor force participation, absenteeism and presenteeism in the European Union. *J Med Econ.* 2010;13(4):662-672.
- [10] Eschalier A, Mick M, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, *et al.* Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Douleurs.* 2013;14(1):4-15.
- [11] Zickuhr K, Madden M. Older adults and Internet use. [En ligne]. 2012 6th of June. Disponible sur : <http://www.pewinternet.org/Reports/2012/Older-adults-and-internet-use/Summary-of-findings.aspx>.
- [12] Zhang W, Bansback N, Boonen A, Young A, Singh A, Aslam N. Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire — general health version in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2010;12:R177.

- [13] Larson CO. Use of the SF-12 instrument for measuring the health of homeless persons. *Health Serv Res.* 2002;(3):733-750.
- [14] Stömbeck B, Jacobsson LTH, Bremander A, Englund M, Heide A, Turkiewicz A, *et al.* Patients with ankylosing spondylitis have increased sick-leave — a registry-based case-control study over 7 years. *Rheumatology.* 2009;48:289-292.
- [15] Smith BL, Hopton JL, Chambres WA. Chronic pain in primary care. *Fam Pract.* 1999; 16(5):475-482.
- [16] Leeuwen van MT, Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain and reduced work effectiveness: the hidden cost to Australian employers. *Eur J Pain.* 2006; 10(2):161-166.
- [17] Kronborg C, Hanberg G, Axelsen F. Health care costs, work productivity and activity impairment in non-malignant chronic pain patients. *Eur J Health Econ.* 2009;10:5-13.
- [18] Jenkinson C, Layte R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). *J Health Serv Res Policy.* 1997;2(1):14-18.
- [19] Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain condition in the US Workforce.
- [20] HAS-Argumentaire Décembre 2008. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient.
- [21] Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: a cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain.* 2004;110:361-368.
- [22] Andresson HI, Ejlertsson G, Leden I, Scherstén B. Impact of chronic pain on health care seeking, self-care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53:503-509.
- [23] Hagen K, Bjørndal A, Uhlig T, Kvien TK. A population study of factors associated with general practitioner consultation for non-inflammatory musculoskeletal pain. *Ann Rheum Dis.* 2000; 59:788-793.
- [24] Elder C, DeBar L, Ritenbaugh C, Vollmer W, Richard A, Deyo R, John Dickerson J. Acupuncture and Chiropractic Care: Utilization and Electronic Medical Record Capture. *Am J Manag Care.* 2015;21(7):e414-e421.
- [25] Smith BH, Elliott AM, Alastair Chambers W, Cairns Smith W, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract.* 2001;18(3):292-299.
- [26] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Douleurs chroniques. In : L'état de santé de la population en France — Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Paris : DRESS ; Rapport 2007, 2008. P. 142-3.
- [27] Dupaquier J. L'allongement de l'espérance de vie et ses conséquences multiples. Académie des Sciences morale et politiques, séance du lundi 8 janvier 2007. <http://www.asmp.fr>
- [28] Aubry R. — Enjeux éthiques du progrès dans les maladies chroniques. *Le concours médical.* 2011 ; 133[09]:750-53.

