

Comprendre la douleur chronique au spectre du genre : attentes de rôles de genre et pandémie

CATHERINE CÔTÉ¹, B.SC. (HONS), ÉLISE DEVELAY², M.SC., MATHIEU ROY³, PH. D., ÉTIENNE VACHON-PRESSEAU³, PH. D., SONIA LUPIEN¹, PH. D., PIERRE RAINVILLE¹, PH. D., & M GABRIELLE PAGÉ^{1,2}, PH. D.

¹Université de Montréal

²CRCHUM

³McGill University

La douleur chronique est un problème majeur de santé publique, touchant un·e Canadien·ne sur quatre, majoritairement des femmes. L'étude vise à documenter les effets de la pandémie sur les individus vivant de la douleur chronique selon le genre et explorer les attentes de rôles de genre liées à la douleur en lien avec l'interférence de douleur. Les participant·e·s (N = 49) ont rempli des questionnaires avant, pendant et après la première vague de COVID-19, documentant leur solitude, leur détresse, les restrictions de la pandémie, leur douleur et leurs attentes de rôles de genre. Il était attendu que les femmes seraient plus affectées par la pandémie. Les résultats ($p > .05$) ne montrent pas de différences genrées ni d'association entre les attentes de rôle de genre et l'interférence de douleur. Plusieurs études seront nécessaires afin d'éclaircir nos connaissances sur les différences de genre en douleur et adresser les inégalités en santé.

Mots-clés : douleur chronique, COVID-19, différence de genre, attente de rôle de genre liée à la douleur, détresse psychologique

Chronic pain is a major health problem, afflicting one in four Canadians, with more women living with chronic pain. The study aims at documenting the impacts of the COVID-19 pandemic among individuals living with chronic pain depending on gender and at exploring gender role expectations of pain in relation to pain interference. Participants (N = 49) filled out questionnaires before, during and after the first wave of the COVID-19 pandemic, documenting their loneliness, distress, pandemic-related restrictions, pain and gender role expectations of pain. It was expected that women would be more affected by the pandemic. Results ($p > .05$) do not indicate gender differences, nor associations between gender role expectations and pain interference. Further research is needed to broaden our knowledge regarding gender differences in chronic pain and to address health inequalities.

Keywords: chronic pain, COVID-19, gender difference, gender role expectation of pain, psychological distress

La douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou apparentée à des dommages tissulaires dans le corps (Raja et al., 2020). Elle devient chronique lorsqu'elle persiste au-delà de 3 mois ou au-delà du délai normal de guérison (Merskey et al., 1994; Treede et al., 2015). La douleur chronique est un problème majeur de santé publique au Canada, touchant près de 25% de la population, dont une proportion un peu plus grande de femmes et avec une prévalence augmentant avec l'âge (Campbell et al., 2020; Reitsma et al., 2011;

Schopflocher et al., 2011). La douleur chronique représente aussi des coûts directs (p.ex., les soins de santé) et indirects élevés (p.ex., la perte de productivité au travail), atteignant entre 38.3 et 40.4 milliards de dollars annuellement (Campbell et al., 2020).

La douleur a des conséquences sur plusieurs sphères de vie, notamment la santé mentale (Demyttenaere et al., 2007). Environ 25% des personnes vivant avec de la douleur chronique vivent de l'anxiété (Haggman et al., 2004) et la prévalence de dépression majeure varie selon les conditions, allant de 13% pour les douleurs gynécologiques à 85% pour les douleurs faciales (Bair et al., 2003). Cette comorbidité serait généralement plus élevée chez les femmes (Munce & Stewart, 2007). Par ailleurs, en contexte de COVID-19, entre 25 et 30% des adultes vivraient un niveau de stress significatif dû à la pandémie (Cooke et al., 2020; Salari et al., 2020) et les mesures de confinement favorisant l'isolement

Nous sommes reconnaissant·e·s envers tout·e·s les participant·e·s qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires. Cette étude a été financée par une subvention attribuée à MG Pagé de la part du Réseau québécois de recherche sur la douleur. MG Pagé et E Vachon-Presseau sont des chercheurs Junior 1 du Fonds de recherche en santé-Québec. M Roy détient une chaire de recherche du Canada en imagerie cérébrale de la douleur chronique et expérimentale. S Lupien détient une chaire de recherche du Canada sur le stress humain. Toute correspondance doit être adressée à M Gabrielle Pagé, Ph.D., au gabrielle.page@umontreal.ca.

social pourraient avoir des conséquences sur le bien-être psychologique (Kim & Jung, 2021; Smith & Lim, 2020). Les personnes qui vivent avec une maladie chronique ou sont dans un état de santé plus vulnérable seraient aussi plus susceptibles de vivre une détérioration de leur santé psychologique (Alonzi et al., 2020; Horesh et al., 2020; Szabo et al., 2020; Xiong et al., 2020) et cette association semble plus marquée chez les femmes (Elran-Barak & Mozeikov, 2020). L'ensemble de ces conséquences sur les finances et le bien-être des individus appelle à une meilleure compréhension de la douleur chronique et des différences de genre qui y sont associées, particulièrement dans un contexte, comme celui de la COVID-19, où certaines inégalités de genre semblent exacerbées (Fisher & Ryan, 2021). À cet égard, deux questions majeures méritent d'être examinées. D'abord, quelles sont les relations entre le genre et l'expérience de la douleur au quotidien? Ensuite, comment les personnes vivant avec de la douleur chronique vivent-elles la pandémie en fonction de leur genre? Une meilleure compréhension de ce phénomène est pertinente, tant pour mieux intervenir auprès des personnes vivant de la douleur chronique que pour l'élaboration de politiques publiques sensibles aux différences genrées.

Le genre et la douleur chronique

Un corpus grandissant de littérature s'intéresse aux différences de sexe et de genre dans l'étude de la douleur chronique. Ces termes ne sont toutefois pas interchangeables (Bernardes et al., 2008). Le sexe est défini comme un ensemble de facteurs biologiques, tandis que le genre fait référence à des aspects construits socialement (Dorlin, 2008). À cet effet, l'identité de genre, soit le « sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou d'être à un autre point dans le continuum des genres » (Gouvernement du Canada, 2016), est généralement la variable recueillie en recherche comme donnée sociodémographique. Un autre aspect important du genre concerne les rôles de genre, qui sont des comportements, des attentes et des rôles appris au moyen de la socialisation et définis par la société comme masculins ou féminins et culturellement considérés appropriés ou non en fonction du genre (O'Neil, 1981). Des études récentes réalisées avec des échantillons de personnes cisgenres et trans soutiennent que l'identité de genre pourrait jouer un rôle plus important que le sexe dans la douleur (Strath & al., 2020). Bien que, d'un point de vue théorique, le sexe et le genre soient distincts, plusieurs études ne parlent que de différences entre hommes et femmes sans préciser si elles font référence au sexe ou au genre. Dans ce texte, l'emploi de ces termes fait donc référence à cette imprécision de la littérature.

Les différences de sexe et de genre dans la douleur sont de plus en plus documentées. Ainsi, la douleur chronique est plus prévalente (Fillingim, 2000; Fillingim et al., 2009; Moulin et al., 2002), sévère (Barnabe et al., 2012), fréquente, diffuse et présente sur de plus longues durées (Hurley & Adams, 2008; Unruh, 1996), en plus d'être davantage incapacitante (Unruh, 1996) chez les femmes. L'inclusion du genre dans l'étude de la douleur chronique permet d'en explorer la dimension sociale. Le modèle biopsychosocial conçoit la douleur comme une expérience influencée à la fois par des composantes biologiques (p.ex., la nociception), psychologiques (p.ex., la peur de la douleur) et sociales (p.ex., l'expression de la douleur) (Gatchel et al., 2007). Bien que les aspects biologiques et psychologiques aient reçu beaucoup d'attention, ce n'est que depuis plus récemment que les aspects sociaux sont explorés. Pourtant, dans son rôle de protection et d'alarme, la douleur est une expérience sociale et communicative (Craig et al., 2001; Deyo et al., 2004; Prkachin & Craig, 1995). Elle joue un rôle clé dans la sollicitation du soutien des autres et il semble y avoir des différences genrées quant à l'expression et à la reconnaissance de la douleur chez les autres (Coll et al., 2012; Earp et al., 2019; Keogh, 2014; McClelland & McCubbin, 2008; Wandner et al., 2012), de même que dans le besoin de communiquer la douleur (Nascimento et al., 2020). Il est possible que ces différences soient en partie dues aux normes culturelles et sociales.

Afin d'explorer les différences de genre en relation à la douleur, Robinson et al. (2001) ont développé le *Gender Role Expectation of Pain* (GREP) qui nous informe des attentes de rôles de genre des individus par rapport à la douleur et de comment ils se situent en relation à ces attentes. Ce questionnaire évalue les attentes de rôles de genre stéréotypées (c.-à-d., comment une personne évalue un homme typique en comparaison avec une femme typique et vice-versa) et personnelles (c.-à-d., comment une personne s'évalue elle-même en comparaison à un homme ou une femme typique) en rapport à la douleur sur trois dimensions : la *sensibilité*, qui correspond à combien de temps s'écoule après une blessure avant qu'une personne ressente la douleur ; l'*endurance*, qui correspond au temps qu'une personne peut passer à endurer la douleur avant de chercher à la faire cesser ; et la *volonté à rapporter la douleur*, qui correspond à la susceptibilité qu'a une personne à rapporter sa douleur à autrui (Robinson et al., 2001).

Certaines études ont montré que manipuler en laboratoire les attentes de rôle de genre liées à la douleur a un effet sur la douleur. En effet, Robinson et al. (2003) ont montré que les hommes et les femmes ne différaient plus dans leur tolérance ou leur seuil de

douleur lorsqu'on communique aux participant·e·s une performance moyenne des personnes de leur genre à une tâche et que cette norme est la même pour les hommes et les femmes (p.ex., 30 secondes). Toutefois, le GREP ne semble pas encore avoir été utilisé dans la recherche en douleur chronique. Si, dans un contexte de douleur induite en laboratoire, la manipulation des attentes de rôles de genre liées à la douleur influence la douleur, il est possible que ces attentes viennent aussi moduler l'expérience de la douleur chronique au quotidien, notamment dans son interférence avec différentes sphères de vie. Il est donc important de comprendre de quelle façon les attentes de rôles de genre en situation de douleur sont associées à l'expérience de la douleur chronique. Pourraient-elles avoir un effet sur l'expérience de la douleur au quotidien? Afin de répondre à cette question de recherche, cette étude explorera les relations entre les attentes de rôles de genre personnelles (c.-à-d., la comparaison de l'individu par rapport à un homme ou à une femme typique) et stéréotypées (c.-à-d., la comparaison d'un homme et d'une femme typiques entre eux) liées à la douleur sur trois dimensions (c.-à-d., la sensibilité, l'endurance et la volonté à rapporter la douleur) chez les individus qui vivent avec de la douleur chronique ainsi que l'interférence de la douleur sur la vie quotidienne. Bien que les études réalisées en douleur expérimentale soutiennent que les attentes de rôles de genre peuvent moduler la douleur chez les individus, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude en douleur chronique s'intéressant aux attentes de rôles de genre en situation de douleur chronique. Par conséquent, le premier objectif, de nature exploratoire, vise à brosser un portrait de la relation entre les attentes de rôles de genre en situation de douleur et l'interférence de la douleur en contexte de douleur chronique.

Douleur chronique et détresse psychologique en contexte de COVID-19

Outre les attentes de rôles de genre, des éléments contextuels, comme le contexte stressant de la pandémie, sont importants à prendre en considération dans l'expérience de douleur chronique. À cet effet, plusieurs expert·e·s évoquent une possible augmentation de la douleur chronique après la pandémie, que cette douleur soit due à l'hospitalisation ou aux conséquences du virus chez les gens infectés ou à l'exacerbation des facteurs de risque chez les individus (Clauw et al., 2020; Elran-Barak & Mozeikov, 2020). Certain·e·s auteur·rice·s ont aussi mis en lumière que la réduction des soins pour les personnes vivant avec de la douleur chronique durant la pandémie en raison du délestage pourrait mener à l'augmentation de la douleur, de l'anxiété et du stress (Clauw et al., 2020; Pope, 2020; Villegas-Echeverri & Carrillo, 2020). D'autre part,

une étude de Pagé et al. (2021) rapporte que 69% des individus vivant avec de la douleur chronique ont noté une détérioration de leur condition durant la première vague de la pandémie. Les personnes vivant avec une maladie chronique ou ayant une santé plus fragile seraient aussi plus susceptibles de vivre de la détresse psychologique, soit un niveau de stress, de dépression ou d'anxiété élevé en contexte de COVID-19 (Alonzi et al., 2020; Horesh et al., 2020; Szabo et al., 2020; Xiong et al., 2020) et cette détresse semble plus marquée chez les femmes (Elran-Barak & Mozeikov, 2020). Cela souligne l'importance de s'intéresser aux effets de la pandémie sur la détresse psychologique et sur la douleur dans une population d'individus vivant avec de la douleur chronique, notamment chez les femmes. L'état actuel de la littérature suggère que la pandémie a un effet sur la détresse psychologique, en particulier chez les femmes et les personnes vivant avec des problèmes de santé, mais aucune étude ne semble s'être intéressée à la pandémie et au spectre du genre spécifiquement chez des individus vivant avec de la douleur chronique. Les personnes vivant avec de la douleur chronique vivent-elles différemment les effets de la pandémie en fonction de leur genre?

Effets genrés de la COVID-19

En contexte de COVID-19, il semble y avoir un consensus soutenant que les femmes vivraient plus de détresse psychologique, notamment de l'anxiété, de la dépression et du stress, liée à la pandémie (Alonzi et al., 2020; Ausín et al., 2021; Broche-Pérez et al., 2020; Etheridge & Spantig, 2020; Horesh et al., 2020; Rossi et al., 2020; Szabo et al., 2020; Xiong et al., 2020). Plusieurs auteur·rice·s soutiennent que cette détresse serait due à la solitude imposée par le confinement, qui entraînerait des conséquences plus grandes chez les femmes en raison de l'importance qu'elles accordent au maintien de liens sociaux (Ausín et al., 2021; Elran-Barak & Mozeikov, 2020; Etheridge & Spantig, 2020; Horesh et al., 2020; Serafini, 2020).

Hors COVID-19, la littérature révèle que les femmes, dans la population générale, seraient 1.5 à 3 fois plus touchées par la dépression que les hommes (Abate, 2013; Kessler, 2006; Salk et al., 2017). De plus, si les femmes vivent plus de douleurs chroniques et de dépression en général, il y a aussi une plus grande comorbidité entre la douleur chronique, et l'anxiété ou la dépression chez elles (Munce & Stewart, 2007; Unruh, 1996).

Parmi les personnes vivant avec une maladie chronique, les femmes semblent aussi plus affectées par la pandémie, puisqu'elles semblent vivre plus de détresse (Elran-Barak & Mozeikov, 2020). Selon des données provenant de plusieurs pays, en matière

d'emploi, contrairement à d'autres récessions, les secteurs d'emplois féminins (p.ex., vente au détail, écoles, garderies) ont été plus touchés par le confinement (Alon et al., 2020). La fermeture des écoles et des garderies aurait également eu des conséquences plus marquées chez les femmes, encore majoritairement responsables des soins aux enfants (Alon et al., 2020). Les mères avec de jeunes enfants auraient, par ailleurs, réduit leurs heures de travail quatre à cinq fois plus que les pères (Collins et al., 2021). Les femmes seraient donc susceptibles de vivre davantage de restrictions associées à la pandémie.

En contexte de COVID-19, alors que la détresse psychologique semble plus élevée dans la population générale, mais encore plus particulièrement chez les femmes et les personnes vivant avec une maladie chronique, il semble important de s'intéresser à comment les personnes vivant avec de la douleur chronique vivent la pandémie de façon différentielle selon le genre. D'autre part, aucune étude dans une population de douleur chronique ne semble avoir été réalisée dans un contexte québécois. Or, puisque les mesures sanitaires varient d'un pays et d'une province à l'autre, il importe de s'intéresser à comment les mesures spécifiques au Québec, notamment le confinement large de la population entre mars et juin 2020, peut avoir eu un impact sur la douleur et la santé psychologique des individus vivant de la douleur chronique.

Le deuxième objectif de l'étude vise donc à explorer l'effet de la pandémie COVID-19 sur les personnes vivant avec de la douleur chronique en fonction de leur identité de genre. Il est attendu que les personnes de genre féminin vivant avec de la douleur chronique seront plus nombreuses à vivre de la solitude en raison du confinement (H1), qu'une plus grande proportion d'individus de genre féminin vivant avec de la douleur chronique rapporteront de la détresse modérée à sévère pendant la COVID-19 comparativement aux individus de genre masculin (H2) et que les femmes vivront davantage de restrictions associées à la COVID-19 (H3) comparativement aux personnes de genre masculin vivant avec de la douleur chronique. De plus, il est attendu que la douleur se sera détériorée chez une plus grande proportion d'individus de genre féminin, comparativement aux individus de genre masculin (H4).

Méthodologie

Participant·e·s

Les participant·e·s ont été recruté·e·s au moyen d'une annonce envoyée par courriel aux membres de l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC). Les personnes éligibles ayant manifesté leur

intérêt ont ensuite été contactées par téléphone afin de recevoir des explications sur l'étude. Les critères d'inclusion consistaient à vivre avec de la douleur non cancéreuse depuis plus de trois mois et d'une intensité supérieure à 3 sur une échelle de 0 (*pas de douleur*) à 10 (*pire douleur imaginable*). Les participant·e·s devaient aussi habiter au Québec, être âgé·e·s de 18 ans ou plus, parler et écrire le français et avoir accès à une connexion internet pour remplir les questionnaires. Les participant·e·s ne répondant pas à ces critères, de même que celles et ceux présentant un trouble physique ou cognitif majeur empêchant la réponse aux questionnaires, ont été exclu·e·s.

Procédure

Les participant·e·s ont été recruté·e·s dans le contexte d'une étude longitudinale pilote à trois temps de mesure portant sur le stress et la douleur chronique. Le premier temps de mesure (T0) a été réalisé entre novembre 2019 et février 2020, soit avant le début de la pandémie de la COVID-19. Le deuxième temps de mesure (T1) a été réalisé durant la première vague de la pandémie, soit entre mars et mai 2020, et le troisième temps de mesure (T2) a été réalisé après la première vague de la pandémie, soit entre juin et août 2020 (voir Figure 1). Au T0, les participant·e·s ont complété une batterie de questionnaires en ligne documentant leur niveau de stress global, leur détresse psychologique, les caractéristiques de leur douleur et leur qualité de vie, de même que des données démographiques. Au début de la pandémie (T1), les participant·e·s ont été recontacté·e·s et invité·e·s à participer à une étude de suivi. Ce suivi (T1 et T2) a mesuré notamment le nombre de restrictions associées aux mesures de santé publique qui les affectaient directement, le niveau de solitude perçue, le stress global, la détresse psychologique, l'impression globale de changement de leur état douloureux, l'interférence et l'intensité de la douleur. Le *Gender Role Expectations of Pain Questionnaire* a aussi été administré au T2. Seulement les questionnaires mesurant les variables pertinentes aux objectifs de recherche sont détaillés plus bas.

Les participant·e·s ont reçu une compensation de 30\$ pour la participation au T0, puis une compensation additionnelle de 30\$ après la complétion du T2. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (18.368-YP).

Instruments

Données démographiques. Au T0, les participant·e·s ont répondu à un questionnaire démographique comprenant des questions sur leur sexe, leur genre, leur origine, leur niveau de scolarité,

leur condition de vie (p.ex., avec qui ils ou elles habitent) et leur statut d'emploi.

Caractéristiques de la douleur. Au T1 et au T2, les participant·e·s ont complété le *Brief Pain Inventory* (BPI), un outil mesurant l'interférence de la douleur (Cleeland, 2009). Les participant·e·s devaient indiquer, sur une échelle de type Likert à 11 points allant de 0 (*n'interfère pas*) à 10 (*interfère complètement*), comment leur douleur a créé de l'interférence dans leur vie au cours de la dernière semaine sur sept dimensions, comme l'activité générale, l'humeur, le travail, ou encore, l'envie de vivre (Cleeland, 2009). Cet instrument possède de bonnes propriétés psychométriques avec une excellente consistance interne ($\alpha = .89$). Dans la présente étude, l'interférence de la douleur est considérée au T2, puisque l'on s'intéresse à l'interférence de la douleur en lien avec les attentes de rôles de genre aussi mesurées au T2.

La *Global Impression of Change Scale* (Salaffi et al., 2004) a été administrée au T1 et au T2 afin de mesurer si les participant·e·s ont perçu un changement dans leur état de douleur depuis le début de la pandémie sur une échelle allant de 1 (*considérablement détériorée*) à 7 (*considérablement améliorée*). Dans la présente étude, le changement dans le statut de douleur des individus est considéré au T1, puisqu'il est inclus dans l'objectif 2, qui vise à analyser les effets de la première vague de la pandémie sur la douleur en fonction du genre.

Three-Item Loneliness Scale (TILS). Au T1 et au T2, les participant·e·s ont noté le niveau de solitude ressenti depuis le début des restrictions associées à la pandémie (indiquée comme débutant au 13 mars 2020) au moyen de la *Three-Item Loneliness Scale* (Hughes et al., 2004), une échelle à trois items de type Likert à trois points : *presque jamais, parfois et souvent*. Un exemple d'item est : *combien de fois vous êtes-vous senti isolé des autres?* Cette échelle possède de bonnes propriétés psychométriques ($\alpha = .72$), avec une bonne validité convergente et divergente (Hughes et al., 2004). Dans la présente étude, la solitude est considérée au T1, puisqu'elle est incluse dans l'objectif 2, qui vise à analyser les effets pendant la première vague de la pandémie.

Restrictions associées à la COVID-19. Les participant·e·s ont également dû, dans une liste préétablie, cocher quelles restrictions associées à la COVID-19 les affectaient directement au T1 et au T2. La liste de restrictions comprenait : des enfants à charge qui doivent rester à la maison suite à la fermeture des écoles et/ou des garderies, le télétravail, un arrêt de travail, l'annulation de rendez-vous avec un ou des professionnels de la santé, la diminution de

l'aide médicale reçue pour d'autres conditions/maladies (p.ex., services du CLSC, réadaptation, etc.), la réduction de l'aide reçue par des membres de la famille, amis ou voisins, les restrictions de sortir de la maison (p.ex., être âgé.e de 70 ans et plus ou recevoir des traitements affectant le système immunitaire) et l'isolement volontaire pour 14 jours. Les participant·e·s pouvaient également spécifier d'autres restrictions non listées. Le nombre de restrictions associées à la pandémie de la COVID-19 est considéré au T1, puisqu'elles sont incluses dans l'objectif 2, qui vise à analyser les effets pendant la première vague de la pandémie.

Patient Health Questionnaire (PHQ-4). Le *Patient Health Questionnaire-4* (Kroenke et al., 2009) a été administré aux trois temps de mesure dans le but de mesurer les symptômes d'anxiété et de dépression. Ce questionnaire comprend quatre items, deux mesurant l'anxiété et deux mesurant la dépression. Les répondant·e·s devaient identifier, sur une échelle de type Likert à quatre points allant de *jamais à presque tous les jours* la fréquence à laquelle ils ou elles ont été dérangé·e·s par certains problèmes. Un exemple d'item pour la dépression est : *peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses* et un exemple d'item pour l'anxiété est : *sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension*. Ce questionnaire a de bonnes propriétés psychométriques ($\alpha > .75$) pour ses deux échelles, avec une bonne validité de construit et factorielle (Kroenke et al., 2009; Stanhope, 2016). Dans la présente étude, la détresse psychologique est considérée au T1, puisqu'elle est incluse dans l'objectif 2, qui vise à analyser les effets de la première vague de la pandémie.

Gender Role Expectations of Pain (GREP). Au T2, le *Gender Role Expectations of Pain* (Robinson et al., 2001) a été administré afin de mesurer les attentes de rôles de genre personnelles et stéréotypées liées à la douleur des participant·e·s sur trois dimensions : la sensibilité, l'endurance et la volonté à rapporter la douleur. Pour chaque dimension, le GREP mesure les attentes de rôles de genre au moyen de quatre items (deux pour les attentes personnelles et deux pour les attentes stéréotypées), utilisant la même échelle visuelle analogique de 100 mm allant de 0 (*beaucoup moindre*) à 100 (*beaucoup plus grande*). Pour les attentes personnelles, les participant·e·s évaluent leur sensibilité, leur endurance et leur volonté à rapporter la douleur comparativement à une femme typique, puis comparativement à un homme typique. Pour les attentes stéréotypées, les participant·e·s évaluent la sensibilité, l'endurance et la volonté à rapporter la douleur d'une femme typique comparativement à un homme typique, puis d'un homme typique en comparaison à une femme typique. La fiabilité test-retest est de passable à bonne, variant de .53 à .93, et

la consistance interne est bonne (Robinson et al., 2001).

Analyses statistiques

Afin de répondre à l'objectif 1, qui explore les associations entre les attentes de rôles de genre associées à la douleur et l'interférence de la douleur, six modèles de régression linéaire ont été utilisés. La variable dépendante pour chacun des modèles était le score continu au *Brief Pain Inventory*. Toutes les variables indépendantes ont été centrées avant de créer les termes d'interaction. Le premier modèle concerne les attentes personnelles quant à la sensibilité. Il inclut comme variables indépendantes le score de sensibilité des participant·e·s comparativement à l'homme typique, le score de sensibilité comparativement à la femme typique, ainsi que l'interaction entre ces deux scores. Le deuxième modèle concerne les attentes stéréotypées de sensibilité. Il inclut comme variables indépendantes le score de sensibilité de l'homme typique en comparaison à la femme typique, le score de sensibilité de la femme typique en comparaison à l'homme typique et l'interaction entre ces scores. Les modèles pour l'endurance et la volonté à rapporter la douleur ont été construits de la même manière.

Pour l'objectif 2, afin d'examiner si des différences de genre existent quant au niveau de solitude (H1) et de détresse psychologique (H2) chez les personnes vivant avec de la douleur chronique lors de la première vague de la pandémie (T1), des analyses de chi-carré ont été réalisées. Le score de solitude a été dichotomisé suivant les recommandations de Nielsen (2021) pour le *Three-Items Loneliness Scale*. Ainsi, un score compris entre 3 et 5 correspondait à ne pas vivre de solitude et un score compris entre 6 et 9 correspondait à une solitude modérée à sévère. Similairement, le score de détresse psychologique a aussi été dichotomisé. Un score au *Patient Health Questionnaire-4* compris entre 0 et 5 correspondait à un niveau de détresse psychologique normal à léger, et un score de 6 à 12 correspondait à un niveau de détresse psychologique modéré à sévère (Kroenke et al., 2009). Afin d'examiner les différences de genre quant au nombre de restrictions associées aux mesures de santé publique (H3), un test *t* à groupes indépendants a été utilisé.

Afin d'examiner s'il y avait une différence entre les genres quant à la proportion d'individus qui rapportent une détérioration de leur douleur depuis le début de la pandémie (H4), un test de chi-carré a été utilisé. Le score de détérioration de la douleur a été dichotomisé. Ainsi, un score compris entre 1 (*considérablement détériorée*) et 3 (*un peu détériorée*) était catégorisé comme une détérioration de la douleur et un score compris entre 4 (*aucun changement*) et 7 (*considérablement améliorée*) était catégorisé comme

une amélioration ou un état stable du statut de douleur (Salaffi et al., 2004). Toutes les analyses ont été réalisées au moyen du logiciel IBM SPSS Statistics 26.0.

Résultats

Sur les 54 participant·e·s recruté·e·s au départ, 49 ont accepté de participer au temps T1 et/ou au T2 et ont donc été inclus·e·s pour les analyses. Les caractéristiques sociodémographiques de ces participant·e·s se trouvent au Tableau 1. En résumé, l'échantillon est composé d'une majorité de femmes (73,5%), avec un âge moyen de 51.1 ans et un écart-type de 10.6 ans. Aucun·e participant·e ne s'est identifié·e comme appartenant à un genre autre qu'homme ou femme sur le spectre de l'identité de genre. Cependant, le genre n'est pas en parfaite adéquation avec le sexe dans l'échantillon. En effet, six personnes de sexe féminin ont mentionné être de genre masculin et une personne de sexe masculin a mentionné être de genre féminin. L'échantillon est presque exclusivement composé de personnes blanches/caucasiennes (91,8%) et la majorité (71,4%) ne travaille pas. La durée moyenne de la douleur des participant·e·s est de 15.1 ans et l'écart-type de 11.3 ans. Les autres caractéristiques de la douleur peuvent être observées au Tableau 2. Des participant·e·s additionnel·le·s ont été retiré·e·s de cet échantillon pour les fins d'analyse de l'objectif 1, car iels n'avaient pas répondu au T2 ou avaient omis de répondre à certaines questions du GREP. Pour les cinq premiers modèles de régression linéaire, 43 participant·e·s ont été inclus·e·s dans les analyses. Pour le sixième modèle, 44 participant·e·s ont été inclus·e·s dans les analyses.

Objectif 1 : Associations entre les attentes de rôles de genre associées à la douleur et l'interférence de la douleur

Pour ce qui est des attentes de rôles de genre associées à la douleur et l'interférence de la douleur, aucun des six modèles de régression linéaire n'est significatif ($p > .05$). Les résultats des différents modèles de régression peuvent être trouvés au Tableau 3. Le score moyen d'interférence de la douleur au T2 est de 5.1 avec un écart-type de 2.1.

Objectif 2 : Effet de la pandémie de la COVID-19 sur les personnes vivant avec de la douleur chronique en fonction de leur identité de genre

Aucune différence significative n'a été trouvée concernant les effets de la pandémie en fonction du genre pour la solitude, $\chi^2(1, N = 47) = .01, p = .932$ (H1), la détresse psychologique, $\chi^2(1, N = 47) = .01, p = .919$ (H2), le nombre de restrictions associées à la COVID-19, $t(46) = 0.47, p = .640$ (H3), ou la

détérioration de la douleur, $\chi^2(1, N = 47) = .42, p = .518$ (H4).

Concernant la solitude, 6 hommes et 17 femmes rapportent de la solitude, tandis que 6 hommes et 18 femmes n'en rapportent pas.

Pour la détresse, 7 hommes et 21 femmes ne rapportent pas de détresse, tandis que 5 hommes et 14 femmes rapportent un niveau de détresse modéré à sévère. Environ 37% ($N = 18$) des participant·e·s rapportent de la détresse modérée à sévère au T0, 41% ($N = 20$) au T1 et 31% ($N = 15$) au T2.

Pour ce qui est des restrictions liées à la pandémie, les participant·e·s rapportent une médiane de 2 restrictions au T1 avec un écart interquartile de 2. Les hommes ont une médiane de 2.5 restrictions, tandis que les femmes ont une médiane de 2 restrictions. Seulement 4 participant·e·s (8,2%) ne rapportent aucune restriction liée à la pandémie au T1. Par ailleurs, environ 73% ($N = 36$) des participant·e·s rapportent au moins une restriction liée à la santé comme l'annulation d'un rendez-vous médical (55%, $N = 27$), la diminution de l'aide médicale (39%, $N = 19$) ou de l'aide des proches (33%, $N = 16$). Seulement environ 27% ($N = 13$) des participant·e·s rapportent au moins une restriction liée au travail comme le télétravail (18%, $N = 9$) ou les enfants à charge (18%, $N = 9$).

Enfin, concernant la détérioration de la douleur, une majorité d'individus (65,3%) ont rapporté une détérioration de leur douleur depuis le début de la pandémie lorsqu'interrogés au T1. Les changements dans l'état de douleur peuvent être observés au Tableau 2, qui recense les caractéristiques de douleur de l'échantillon. Il n'y a pas de différence concernant le changement du statut de douleur en fonction de l'identité de genre selon les résultats au test de chi-carré, $\chi^2(1, N = 47) = .42, p = .518$. En effet, 7 hommes et 24 femmes rapportent une détérioration de leur douleur, tandis que 5 hommes et 11 femmes rapportent une amélioration ou pas de changement.

Discussion

Cette étude s'est intéressée aux associations entre les attentes de rôles de genre liées à la douleur et l'interférence de la douleur parmi les individus qui vivent avec de la douleur chronique de manière exploratoire. Aucune association n'a été trouvée entre les attentes de rôles de genre et l'interférence de la douleur.

La présente étude a aussi examiné les effets de la pandémie de la COVID-19 et la détérioration de la douleur chez les personnes vivant avec de la douleur chronique en fonction de leur identité de genre.

Contrairement aux hypothèses, parmi les personnes vivant avec de la douleur chronique, les femmes ne sont pas significativement plus nombreuses à vivre de la solitude (H1) ou de la détresse psychologique (H2) en contexte de pandémie. Elles ne vivent pas significativement plus de restrictions associées à la COVID-19 (H3) et il n'y a pas une plus grande proportion d'entre elles qui vit une détérioration de leur douleur en comparaison aux individus de genre masculin (H4).

Objectif 1 : Associations entre les attentes de rôles de genre liées à la douleur et l'interférence de la douleur

En ce qui concerne les associations entre les attentes de rôles de genre liées à la douleur et l'interférence de la douleur, aucun modèle n'était significatif. Cela signifie que, pour chacune des trois dimensions du GREP, ni les attentes de rôles de genre personnelles, ni les attentes de rôles de genre stéréotypées ne sont associées à l'interférence de douleur sur la vie quotidienne.

Il est possible que les attentes de rôles de genre ne permettent simplement pas de prédire l'interférence de la douleur. Puisqu'il s'agit d'une première tentative d'utilisation du GREP dans un contexte de douleur chronique, il est possible que les attentes de rôles de genre n'aient un effet sur la douleur que dans un contexte expérimental, qui est très différent du contexte de douleur chronique. En effet, la douleur induite en laboratoire, dans laquelle il existe une certaine notion de performance, est très différente de l'expérience quotidienne de douleur qui interfère avec plusieurs sphères de vie.

Au-delà des attentes de rôles de genre liées à la douleur, les rôles de genre plus largement, non liés à une situation de douleur, pourraient aussi être impliqués dans l'expérience de douleur chronique et permettre d'expliquer les différences genrées généralement observées dans la littérature. Une étude qualitative récente (Arman et al., 2020) a mis en lumière que les femmes vivant avec de la douleur chronique expérimentaient de la solitude en combinant plusieurs rôles et en se conformant aux rôles de genre traditionnellement féminins (p.ex., s'occuper de la famille et/ou des enfants tout en travaillant à temps plein, avoir peu de temps pour l'auto-soin et n'avoir personne pour prendre soin de soi). Certaines participantes associaient également leur douleur à cette charge additionnelle qui s'imposait à elles en raison de leur genre. Une étude qualitative aurait possiblement permis de mieux saisir l'expérience des personnes vivant avec de la douleur chronique selon leur genre en pandémie dans toutes ses subtilités. Le GREP est centré sur les rôles de genre spécifiques aux situations de douleur et ne capte peut-être pas

adéquatement les différences dans l'expérience de douleur chronique en fonction des rôles sociaux exercés comme vivre avec une limitation fonctionnelle en plus d'assurer d'autres rôles sociaux attendus selon le genre.

Objectif 2 : Effets de la pandémie selon le genre : solitude, restrictions liées à la COVID-19, détresse et détérioration de la douleur

De manière générale, l'une des explications possibles aux résultats qui ne soutiennent pas d'effet différentiel de la pandémie selon le genre, pour les personnes vivant avec de la douleur chronique, pourrait résider dans les différences entre l'échantillon à l'étude et la population générale. En effet, l'échantillon était constitué de personnes plus âgées ($M = 51.1$, $\bar{E}-T. = 10.6$), et seulement 14 participant·e·s (29%) ont déclaré travailler, comparativement aux études en contexte de COVID-19 dans lesquelles sont ancrées les hypothèses de recherche, qui étaient généralement réalisées sur une population comprenant une plus large proportion d'individus en emploi. Puisque, dans la population générale, les différences entre les hommes et les femmes semblent surtout concerner les restrictions associées au travail en contexte de COVID-19 (p.ex., Alon et al., 2020; Collins et al., 2021), le fait que ces restrictions ne concernent qu'une faible proportion de notre échantillon pourrait expliquer l'absence de différence genrée.

En effet, puisque la majorité (71%) de l'échantillon ne travaille pas, les restrictions associées au travail, comme le fait d'avoir des enfants à charge en télétravail, qui peut différer selon le genre, ne s'appliquent pas vraiment. Il n'y a pas non plus de raison de croire que les autres restrictions, comme les restrictions liées à la santé (c.-à-d., l'annulation de rendez-vous ou la diminution de l'aide médicale) toucheraient davantage de femmes que d'hommes. Il est aussi possible de croire que c'est plutôt la nature qualitative des restrictions, comme leurs effets, qui diffère selon le genre.

Bien que l'échantillon de la présente étude diffère de ceux recueillis en contexte de COVID-19 dans la population générale, il est assez similaire à d'autres échantillons recueillis dans des populations de douleur chronique en contexte de pandémie (p.ex., Pagé et al., 2021). Une différence majeure réside toutefois dans la proportion d'individus en situation d'invalidité temporaire ou permanente dans notre étude, avec plus de 57% des participant·e·s ($N = 28$) dans cette situation, en comparaison à une proportion de seulement 32% pour l'étude de Pagé et al. (2021). Puisque, dans notre échantillon, la plupart des participant·e·s ne travaillent pas et/ou sont en situation d'invalidité temporaire ou permanente, il est possible

que la vie sociale des participant·e·s fût déjà limitée au départ. À cet égard, l'absence de différence entre les genres concernant la solitude vécue pourrait résulter du fait que les personnes vivant avec de la douleur chronique, en général, vivent déjà de la solitude, indépendamment de leur genre. Dans une étude qualitative sur les effets psychosociaux de la douleur chronique, des participant·e·s ont mentionné que la douleur les avait séparé·e·s des autres et avait affecté leurs relations (Ojala et al., 2015). Il est en effet possible de penser que la douleur chronique peut constituer un obstacle à la participation à la vie sociale. La nature parfois imprévisible de la douleur, qui peut notamment amener à annuler des plans à la dernière minute, la difficulté d'être cru·e, ou encore, l'incompréhension des proches quant à la douleur, ont été recensées comme des obstacles aux relations sociales pour les personnes vivant avec de la douleur chronique (Closs et al., 2009). Plusieurs études établissent par ailleurs la solitude comme un prédicteur de la douleur (Allen et al., 2020; Jaremka et al., 2013), et la douleur comme étant associée au risque de vivre de la solitude (Batley, 2019; Emerson et al., 2018). La littérature rapporte également l'isolement social comme un prédicteur de l'interférence de la douleur (Karayannis et al., 2019). Plus de recherches seraient donc nécessaires afin de mieux comprendre la solitude en contexte de COVID-19 chez les personnes vivant avec de la douleur chronique et les différences de genre à cet effet.

Il est aussi possible que les restrictions associées à la pandémie constituent un obstacle mineur en comparaison aux difficultés auxquelles les personnes vivant avec de la douleur chronique font face chaque jour. À cet effet, il se peut que ces personnes aient développé plus de résilience en raison des épreuves qu'elles ont déjà surmontées en relation avec leur situation de douleur (p.ex., accident, maladie, chirurgie, etc.). La résilience, soit la capacité à faire face à l'adversité et à se rétablir rapidement lors de conditions difficiles, a été associée positivement à des indicateurs de santé mentale favorables et négativement à des indicateurs de santé mentale défavorables dans la population générale (Hu et al., 2015). Dans un contexte de COVID-19, la résilience a aussi été évoquée comme un facteur de protection pour la détresse psychologique (Serafini et al., 2020) et comme favorisant l'ajustement psychologique (Chen & Bonanno, 2020). La résilience a aussi été décrite comme un mécanisme important dans l'expérience de douleur (Goubert & Trompetter, 2017) et comme un facteur protecteur pour la dépression chez les adultes âgé·e·s vivant avec de la douleur chronique (Bauer et al., 2016). Une autre étude a rapporté qu'un haut niveau de résilience chez les individus vivant avec la douleur chronique était associé à une intensité de douleur plus faible (Newton-

John et al., 2014). La solitude serait aussi associée négativement à toutes les facettes de la résilience dans la population générale (Jakobsen et al., 2020).

La résilience semble donc être un facteur associé à la fois à la détresse psychologique, à la solitude et à l'intensité de douleur. Puisqu'il n'y a pas vraiment de raison de croire que cette résilience serait développée de façon différentielle selon le genre, la résilience pourrait potentiellement aider à comprendre l'absence de différence genrée. L'absence de différence genrée concernant la détresse psychologique dans l'échantillon demeure toutefois surprenante, puisque la littérature documente généralement des différences entre les hommes et les femmes concernant la détresse psychologique, tant dans la population générale (Abate, 2013; Kessler, 2006; Salk et al., 2017) que chez les personnes vivant avec de la douleur chronique (Munce & Stewart, 2007; Unruh, 1996). Les recherches futures pourront donc élucider ces relations.

Enfin, concernant la détérioration de la douleur, la majorité des participant·e·s (65%) a observé une détérioration de la douleur durant la première vague de la pandémie, mais aucune différence genrée n'a été détectée à cet égard. Suivant les arguments présentés par Karos et al. (2020), il est possible que, de manière générale, les individus vivant avec de la douleur chronique aient été affectés par l'accès réduit aux programmes de gestion de la douleur pendant la première vague de la pandémie, ce qui aurait eu un effet sur leur douleur indépendamment du genre.

Forces de l'étude

Cette étude est une première tentative d'exploration des attentes de rôles de genre liées à la douleur dans un contexte de douleur chronique. Elle ouvre la porte aux recherches futures sur ce sujet afin d'arriver à expliquer les différences genrées qui existent chez les individus vivant avec de la douleur chronique.

Il s'agit aussi d'une tentative pour examiner l'existence de différences de genre dans l'expérience de la douleur chronique dans un contexte comme celui de la COVID-19 qui s'ajoute donc au corpus récent de littérature sur la COVID-19.

Cette étude est également composée d'un échantillon communautaire d'individus vivant avec de la douleur chronique, ce qui offre une meilleure validité écologique pour comprendre l'expérience de la douleur chronique qu'un échantillon constitué d'individus issus de la population générale à qui des questionnaires de douleur auraient été administrés. L'étude a aussi un excellent taux de rétention à travers les trois temps de mesure.

Limites de l'étude

Les résultats de la présente étude comportent toutefois certaines limites, comme la petite taille de l'échantillon et le nombre plus faible de participants de genre masculin, ce qui rend plus difficile la comparaison entre les groupes. Par ailleurs, la puissance statistique n'est vraisemblablement pas responsable des résultats non significatifs, puisque les moyennes et les proportions entre les genres sont très similaires.

Il convient également de souligner le grand manque de diversité dans l'échantillon, composé presque exclusivement de personnes blanches/caucasiennes. Pourtant, plusieurs études soulignent des différences dans l'expérience de la douleur chronique pour les personnes racisées (p.ex., Ndao-Brumblay & Green, 2005; Pryma, 2017; Wandner, 2012), dans l'accès à la réhabilitation (Wiklund et al., 2016) et dans l'évaluation que font les médecins de la douleur des patient·e·s racisé·e·s, notamment des femmes racisé·e·s (Anderson et al., 2000). La recherche dans le domaine suggère également l'importance de considérer conjointement les différentes identités sociales marginalisées afin d'adresser les inégalités en santé, plus spécifiquement, en douleur chronique (Befus et al., 2018; Brady et al., 2019), la combinaison de ces identités créant potentiellement une expérience unique de douleur (Quiton et al., 2020).

Par ailleurs, bien que certain·e·s participant·e·s aient rapporté un genre qui n'était pas en adéquation avec le sexe assigné à la naissance, aucun·e participant·e ne s'est identifié·e à un genre autre qu'homme ou femme sur le spectre de l'identité de genre et aucune hypothèse dans l'étude ne s'intéressait à l'expérience particulière de la douleur des personnes trans ou non binaires. La formulation des options pour s'identifier à un genre (c.-à-d., homme, femme, autre, indéterminé) pourrait aussi être améliorée (Jaroszewski et al., 2018). Enfin, il est aussi possible que la formulation des questions (c.-à-d., l'absence de définition des mots « sexe » et « genre ») ait apporté de la confusion chez les participant·e·s puisque 7 participant·e·s (14%) se sont identifié·e·s à un genre différent de leur sexe, alors que, dans la population générale au Canada, seulement 0,24% de la population rapporte un genre qui diffère du sexe assigné à la naissance (Statistiques Canada, 2020).

Orientations futures

Tant en ce qui concerne les attentes de rôles de genre liées à la douleur dans un contexte de douleur chronique (objectif 1) que l'expérience de la pandémie pour les personnes vivant avec de la douleur chronique (objectif 2), la recherche qualitative semble

une avenue intéressante. Cela pourrait permettre de mieux cibler des variables d'intérêt pour comprendre comment les personnes vivant avec de la douleur chronique traversent des situations qui amènent de grands changements, comme une pandémie (p.ex., Margolies et al., 2021), en fonction de leur genre. Similairement, la recherche qualitative s'intéressant aux rôles de genre pourrait permettre de mieux comprendre comment le genre affecte la douleur chez les personnes vivant avec de la douleur chronique.

Les limites nommées plus haut appellent à l'utilisation d'un cadre d'analyse intersectionnel dans l'étude de la douleur chronique. Ce cadre d'analyse permet de s'intéresser à comment différentes identités sociales convergent pour créer une expérience unique (Wilson et al., 2015). Certaines études ont déjà exploré les associations entre la douleur chronique et la discrimination (p.ex., Brown et al., 2018) et l'exclusion sociale (Jaremka et al., 2013). Les recherches futures pourront donc s'intéresser davantage à comment un ensemble d'identités et de systèmes d'oppression qui créent des discriminations (p. ex., racisme, capacitisme, âgisme, etc.) peuvent interagir entre eux et avec le genre afin de teinter l'expérience de douleur chronique. Hankivsky (2012) dépeint l'importance d'un cadre d'analyse intersectionnel dans la recherche en santé, particulièrement lorsque l'on s'intéresse aux inégalités. Cette approche permettrait de mieux comprendre les facteurs sociaux de l'expérience de douleur chronique. L'inclusion de personnes trans et non binaires pourrait aussi aider à mieux comprendre la contribution du genre dans la douleur, puisque les recherches récentes soutiennent que l'identité de genre pourrait être plus pertinente que le sexe assigné à la naissance dans l'expérience de la douleur (Strath et al., 2020).

Conclusion

Bien que la présente étude ne permette pas de tirer des conclusions quant à l'importance du genre dans l'expérience de douleur chronique en contexte de pandémie, la pandémie de la COVID-19 semble avoir des conséquences chez les personnes vivant avec de la douleur chronique, puisqu'une majorité d'entre elles (65%) a rapporté une détérioration de la douleur lors de la première vague. Cela appelle à une meilleure compréhension des différents facteurs pouvant contribuer à l'expérience de douleur chronique dans un contexte comme celui d'une pandémie. Par ailleurs, les liens entre le genre et la douleur chronique devront aussi être clarifiés, notamment en ce qui concerne les attentes de rôle de genre liées à la douleur chez les personnes vivant avec de la douleur chronique. L'inclusion de la diversité dans les échantillons, notamment la recherche incluant l'expérience de

douleur chronique de personnes trans et non binaires et la recherche qualitative se centrant sur les expériences vécues, pourrait permettre de mieux comprendre ces relations. Plusieurs études seront donc nécessaires afin d'élargir nos connaissances sur la douleur chronique dans le futur.

Références

- Abate, K. H. (2013). Gender disparity in prevalence of depression among patient population: A systematic review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 23, 283-288. <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v23i3.11>
- Allen, S. F., Gilbody, S., Atkin, K., & van der Feltz-Cornelis, C. (2020). The associations between loneliness, social exclusion and pain in the general population: A N=502,528 cross-sectional UK Biobank study. *Journal of Psychiatric Research*, 130, 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.028>
- Alon, T., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., & Tertilt, M. (2020). *The impact of COVID-19 on gender equality* (publication n° 26947). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w26947>
- Alonzi, S., La Torre, A., & Silverstein, M. W. (2020). The psychological impact of preexisting mental and physical health conditions during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, S236-S238. <https://doi.org/10.1037/tra0000840>
- Anderson, K. O., Mendoza, T. R., Valero, V., Richman, S. P., Russell, C., Hurley, J., DeLeon, C., Washington, P., Palos, G., Payne, R., & Cleeland, C. S. (2000). Minority cancer patients and their providers: Pain management attitudes and practice. *Cancer*, 88, 1929-1938. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(20000415\)88:8%3c1929::aid-cncr23%3e3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000415)88:8%3c1929::aid-cncr23%3e3.0.co;2-2)
- Arman, M., Gebhardt, A., Hök Nordberg, J., & Andermo, S. (2020). Women's lived experiences of chronic pain: Faces of gendered suffering. *Qualitative Health Research*, 30, 772-782. <https://doi.org/10.1177/1049732319888478>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Ángel Castellanos, M., & Muñoz, M. (2021). Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 30, 29-38. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799768>
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433-2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Barnabe, C., Bessette, L., Flanagan, C., LeClercq, S., Steiman, A., Kalache, F., Kung, T., Pope, J. E., Haraoui, B., Hochman, J., Mosher, D., Thorne, C.,

- & Bykerk, V. (2012). Sex differences in pain scores and localization in inflammatory arthritis: A systematic review and metaanalysis. *The Journal of Rheumatology*, *39*, 1221-1230. <https://doi.org/10.3899/jrheum.111393>
- Batley, S., Aartun, E., Boyle, E., Hartvigsen, J., Stern, P. J., & Hestbæk, L. (2019). The association between psychological and social factors and spinal pain in adolescents. *European Journal of Pediatrics*, *178*, 275-286. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3291-y>
- Bauer, H., Emeny, R. T., Baumert, J., & Ladwig, K.-H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *European Journal of Pain*, *20*, 1253-1265. <https://doi.org/10.1002/ejp.850>
- Befus, D. R., Irby, M. B., Coeytaux, R. R., & Penzien, D. B. (2018). A critical exploration of migraine as a health disparity: The imperative of an equity-oriented, intersectional approach. *Current Pain and Headache Reports*, *22*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0731-3>
- Bernardes, S. F., Keogh, E., & Lima, M. L. (2008). Bridging the gap between pain and gender research: A selective literature review. *European Journal of Pain*, *12*, 427-440. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.08.007>
- Brady, B., Veljanova, I., & Chipchase, L. (2019). The intersections of chronic noncancer pain: Culturally diverse perspectives on disease burden. *Pain Medicine*, *20*, 434-445. <https://doi.org/10.1093/pm/pny088>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Fernández-Castillo, E., & Rodríguez-Martin, B. C. (2020). Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00343-8>
- Campbell, F., Hudspith, M., Choinière, M., El-Gabalawy, H., Laliberté, J., Sangster, M., Swidrovich, J., & Wilhelm, L. (2020). *Working together to better understand, prevent, and manage chronic pain: What We Heard* (publication no 200249). Santé Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2020-rapport/report-2020.pdf>
- Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*, S51-S54. <https://doi.org/10.1037/tra0000685>
- Clauw, D. J., Häuser, W., Cohen, S. P., & Fitzcharles, M.-A. (2020). Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain*, *161*, 1694-1697. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001950>
- Cleeland, C. S. (2009). *The brief pain inventory user guide* https://www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf
- Closs, S. J., Staples, V., Reid, I., Bennett, M. I., & Briggs, M. (2009). The impact of neuropathic pain on relationships. *Journal of Advanced Nursing*, *65*, 402-411. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04892.x>
- Coll, M.-P., Budell, L., Rainville, P., Decety, J., & Jackson, P. L. (2012). The role of gender in the interaction between self-pain and the perception of pain in others. *The Journal of Pain*, *13*, 695-703. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.04.009>
- Collins, C., Landivar, L. C., Ruppanner, L., & Scarborough, W. J. (2021). COVID-19 and the gender gap in work hours. *Gender, Work & Organization*, *28*, 101-102. <https://doi.org/10.1111/gwao.12506>
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>
- Craig, K. D., Prkachin, K. M., & Grunau, R. E. (2001). *Handbook of pain assessment* (2e éd.). Guilford.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Nakane, H., Mneimneh, Z., Lara, C., de Graaf, R., Scott, K. M., Gureje, O., Stein, D. J., Haro, J. M., Bromet, E. J., Kessler, R. C., Alonso, J., & Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys: *Pain*, *129*, 332-342. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.022>
- Deyo, K. S., Prkachin, K. M., & Mercer, S. R. (2004). Development of sensitivity to facial expression of pain: *Pain*, *107*, 16-21. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00263-X](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00263-X)
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités*. Presses universitaires de France.
- Earp, B. D., Monrad, J. T., LaFrance, M., Bargh, J. A., Cohen, L. L., & Richeson, J. A. (2019). Featured article: Gender bias in pediatric pain assessment. *Journal of Pediatric Psychology*, *44*, 403-414. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy104>
- Elran-Barak, R., & Mozeikoff, M. (2020). One month into the reinforcement of social distancing due to the COVID-19 outbreak: Subjective health, health behaviors, and loneliness among people with chronic medical conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*, 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155403>

- Emerson, K., Boggero, I., Ostir, G., & Jayawardhana, J. (2018). Pain as a risk factor for loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health, 30*, 1450-1461. <https://doi.org/10.1177/0898264317721348>
- Etheridge, B., & Spantig, L. (2020). The gender gap in mental well-being during the COVID-19 outbreak: Evidence from the UK (preliminary working paper). *Institute for Social and Economic Research*
- Fillingim, R. B. (2000). Sex, gender, and pain: Women and men really are different. *Current Review of Pain, 4*, 24-30.
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain, 10*, 447-485. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.12.001>
- Fisher, A. N., & Ryan, M. K. (2021). Gender inequalities during COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations, 24*, 237-245. <https://doi.org/10.1177/1368430220984248>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*, 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Goubert, L., & Trompetter, H. (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain, 21*, 1301-1315. <https://doi.org/10.1002/ejp.1062>
- Gouvernement du Canada. (2016, 17 mai). *Identité de genre et expression de genre*. <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html>
- Haggman, S., Maher, C. G., & Refshauge, K. M. (2004). Screening for symptoms of depression by physical therapists managing low back pain. *Physical Therapy, 84*, 1157-1166.
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine, 74*, 1712-1720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Horesh, D., Kapel Lev-Ari, R., & Hasson-Ohayon, I. (2020). Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: Loneliness, age, gender, and health status play an important role. *British Journal of Health Psychology, 25*, 925-933. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12455>
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences, 76*, 18-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging, 26*, 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Hurley, R. W., & Adams, M. C. B. (2008). Sex, gender, and pain: An overview of a complex field: *Anesthesia & Analgesia, 107*, 309-317. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0b013e31816ba437>
- Jakobsen, I. S., Madsen, L. M. R., Mau, M., Hjemdal, O., & Friborg, O. (2020). The relationship between resilience and loneliness elucidated by a Danish version of the resilience scale for adults. *BMC Psychology, 8*, 131. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00493-3>
- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology, 38*, 1310-1317. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.11.016>
- Jaroszewski, S., Lottridge, D., Haimson, O. L., & Quehl, K. (2018). "Genderfluid" or "Attack Helicopter": Responsible HCI Research Practice with Non-binary Gender Variation in Online Communities. *Proceedings of the 2018 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems, 370*, 1-15. <https://doi.org/10.1145/3173574.3173881>
- Karayannis, N. V., Baumann, I., Sturgeon, J. A., Melloh, M., & Mackey, S. C. (2019). The impact of social isolation on pain interference: A longitudinal study. *Annals of Behavioral Medicine, 53*, 65-74. <https://doi.org/10.1093/abm/kay017>
- Karos, K., McParland, J. L., Bunzli, S., Devan, H., Hirsh, A., Kapos, F. P., Keogh, E., Moore, D., Tracy, L. M., & Ashton-James, C. E. (2020). The social threats of COVID-19 for people with chronic pain. *Pain, 161*, 2229-2235. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002004>
- Keogh, E. (2014). Gender differences in the nonverbal communication of pain: A new direction for sex, gender, and pain research? *Pain, 155*, 1927-1931. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.06.024>
- Kessler, R. C. (2006). The epidemiology of depression among women. Dans C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Éds.), *Women and Depression* (p. 22-38). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511841262.004>
- Kim, H. H., & Jung, J. H. (2021). Social isolation and psychological distress during the COVID-19 pandemic: A cross-national analysis. *The Gerontologist, 61*, 103-113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa168>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, *50*, 613-621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Margolies, S. O., Patidar, S. M., Chidgey, B. A., Goetzinger, A., Sanford, J. B., & Short, N. A. (2021). Growth in crisis: A mixed methods study of lessons from our patients with chronic pain during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *19*, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.10.010>
- McClelland, L. E., & McCubbin, J. A. (2008). Social influence and pain response in women and men. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 413-420. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9163-6>
- Merskey, H., Bogduk, N., & International Association for the Study of Pain (Éds.). (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed). IASP Press.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada—Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research and Management*, *7*, 179-184. <https://doi.org/10.1155/2002/323085>
- Munce, S. E. P., & Stewart, D. E. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, *48*, 394-399. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.394>
- Nascimento, M. G., Kosminsky, M., & Chi, M. (2020). Gender role in pain perception and expression: An integrative review. *Brazilian Journal of Pain*, *3*, 58-62. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200013>
- Ndao-Brumblay, S. K., Green, C. R., & Arbor, A. (2005). Racial differences in the physical and psychosocial health among black and white women with chronic pain. *Journal of the National Medical Association*, *97*, 1369-1377.
- Newton-John, T. R. O., Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, *59*, 360-365. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037023>
- Nielsen, T., Friderichsen, I. S., & Rayce, S. B. (2021). Classification of loneliness using the T-ILS: Is it as simple as it seems? *Scandinavian Journal of Psychology*, *62*, 104-115. <https://doi.org/10.1111/sjop.12697>
- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., & Piirainen, A. (2015). Chronic pain affects the whole person – A phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, *37*, 363-371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- O’Neil, J. M. (1981). Patterns of gender role conflict and strain: Sexism and fear offemininity in men’s lives. *The Personnel and Guidance Journal*, *60*, 203-210. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1981.tb00282.x>
- Otto, M. W., & Dougher, M. J. (1985). Sex differences and personality factors in responsivity to pain. *Perceptual and Motor Skills*, *61*, 383-390. <https://doi.org/10.2466/pms.1985.61.2.383>
- Pagé, M.G., Lacasse, A., Dassieu, L., Hudspith, M., Moor, G., Sutton, K., Thompson, J.M., Dorais, M., Janelle-Montcalm, A., Sourial, N. & Choinière, M. (2021). A cross-sectional study of pain status and psychological distress among individuals who live with chronic pain: The chronic pain & COVID-19 pan-canadian study. *Health Promotion & Chronic Disease Prevention in Canada*, *41*. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.5.01>
- Pope, J. E. (2020). What does the COVID-19 pandemic mean for rheumatology patients? *Current Treatment Options in Rheumatology*, *6*, 71-74. <https://doi.org/10.1007/s40674-020-00145-y>
- Prkachin, K. M., & Craig, K. D. (1995). Expressing pain: The communication and interpretation of facial pain signals. *Journal of Nonverbal Behavior*, *19*, 191-205. <https://doi.org/10.1007/BF02173080>
- Pryma, J. (2017). “Even my sister says I’m acting like a crazy to get a check”: Race, gender, and moral boundary-work in women’s claims of disabling chronic pain. *Social Science & Medicine*, *181*, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.048>
- Quiton, R. L., Leibel, D. K., Boyd, E. L., Waldstein, S. R., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2020). Sociodemographic patterns of pain in an urban community sample: An examination of intersectional effects of sex, race, age, and poverty status. *Pain*, *161*, 1044-1051. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001793>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*, 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Reitsma, M., Tranmer, J., Buchanan, D., & Vandenkerkhof, E. (2011). The prevalence of chronic pain and pain-related interference in the Canadian population from 1994 to 2008. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, *31*, 157-164. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.31.4.04>
- Robinson, M. E., Gagnon, C. M., Iii, J. L. R., & Price, D. D. (2003). Altering gender role expectations: Effects on pain tolerance, pain threshold, and pain

- ratings. *The Journal of Pain*, 4, 284-288. [https://doi.org/doi:10.1016/S1526-5900\(03\)00559-5](https://doi.org/doi:10.1016/S1526-5900(03)00559-5)
- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Papas, R. K., Wise, E. A., Waxenberg, L. B., & Fillingim, R. B. (2001). Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *The Journal of Pain*, 2, 251-257. <https://doi.org/10.1054/jpai.2001.24551>
- Rossi, R., Soggi, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
- Salaffi, F., Stancati, A., Silvestri, C. A., Ciapetti, A., & Grassi, W. (2004). Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *European Journal of Pain*, 8, 283-291. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2003.09.004>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143, 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102oh>
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management*, 16, 445-450. <https://doi.org/10.1155/2011/876306>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *An International Journal of Medicine*, 113, 529-535. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Smith, B., & Lim, M. (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Research & Practice*, 30, 1-4. <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>
- Stanhope, J. (2016). Patient Health Questionnaire-4. *Occupational Medicine*, 66, 760-761. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw165>
- Statistiques Canada. (2020, 9 septembre). *Sexual minority people almost three times more likely to experience violent victimization than heterosexual people.* <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200909/dq200909a-eng.htm>
- Strath, L. J., Sorge, R. E., Owens, M. A., Gonzalez, C. E., Okunbor, J. I., White, D. M., Merlin, J. S., & Goodin, B. R. (2020). Sex and gender are not the same: Why identity is important for people living with HIV and chronic pain. *Journal of Pain Research*, 13, 829-835. <https://doi.org/10.2147/JPR.S248424>
- Szabo, A., Ábel, K., & Boros, S. (2020). Attitudes toward COVID-19 and stress levels in Hungary: Effects of age, perceived health status, and gender. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 572-575. <https://doi.org/10.1037/tra0000665>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-1. *Pain*, 156, 1003-1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-167. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00214-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00214-6)
- Villegas-Echeverri, J. D., & Carrillo, J. F. (2020). Navigating the COVID-19 waters with chronic pelvic pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151, 172-174. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13359>
- Wandner, L. D., Scipio, C. D., Hirsh, A. T., Torres, C. A., & Robinson, M. E. (2012). The perception of pain in others: How gender, race, and age influence pain expectations. *The Journal of Pain*, 13, 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.10.014>
- Wiklund, M., Fjellman-Wiklund, A., Stålnacke, B.-M., Hammarström, A., & Lehti, A. (2016). Access to rehabilitation: Patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective. *Global Health Action*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31542>
- Wilson, M. G., Lavis, J. N., & Ellen, M. E. (2015). Supporting chronic pain management across provincial and territorial health systems in Canada: Findings from two stakeholder dialogues. *Pain Research and Management*, 20, 269-279. <https://doi.org/10.1155/2015/918976>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

COMPRENDRE LA DOULEUR CHRONIQUE AU SPECTRE DU GENRE

Reçu le 16 juin 2021
Révision reçue le 14 septembre 2021
Accepté le 12 octobre 2021 ■

Annexe A

Tableau 1

Données sociodémographiques

Sexe (N[%])	
Masculin	7 (14,3%)
Féminin	42 (85,7%)
Identité de genre (N[%])	
Homme	12 (24,5%)
Femme	36 (73,5%)
Âge moyen (écart-type)	51.13 (10.6)
Origine ethnique (N[%])	
Blanc·he ou caucasien·ne	45 (91,8%)
Niveau de scolarité (N[%])	
Secondaire	7 (14,3%)
École technique ou CEGEP	26 (53,1%)
Universitaire	16 (32,7%)
Condition de vie (N[%])	
Seul·e	12 (24,5%)
Avec membres de la famille	36 (73,5%)
Statut d'emploi (N[%])	
Invalidité temporaire ou permanente	28 (57,1%)
Travail à temps complet ou partiel	14 (28,6%)
Retraité·e	7 (14,3%)

Tableau 2

Caractéristiques et aspects de la douleur

	T0	T1	T2
Changement de douleur (N[%])			
Détérioration		32 (65,3%)	22 (44,9%)
Amélioration/pas de changement		16 (32,7%)	24 (49%)
Durée moyenne de la douleur en années (écart-type)	15.1 (11.3)		
Origine de la douleur (N[%])			
Accident	15 (30,6%)		
Maladie	13 (26,5%)		
Chirurgie	3 (6,1%)		
Mouvement répétitif	2 (4,1%)		
Aucune	16 (32,7%)		
Moyenne de l'intensité moyenne de douleur au cours des 7 derniers jours (écart-type)	5.86 (1.37)	6.03 (2.04)	5.63 (1.84)
Score moyen d'interférence de la douleur au BPI (écart-type)	5.9 (1.82)	5.11 (2.1)	5.09 (2.07)

COMPRENDRE LA DOULEUR CHRONIQUE AU SPECTRE DU GENRE

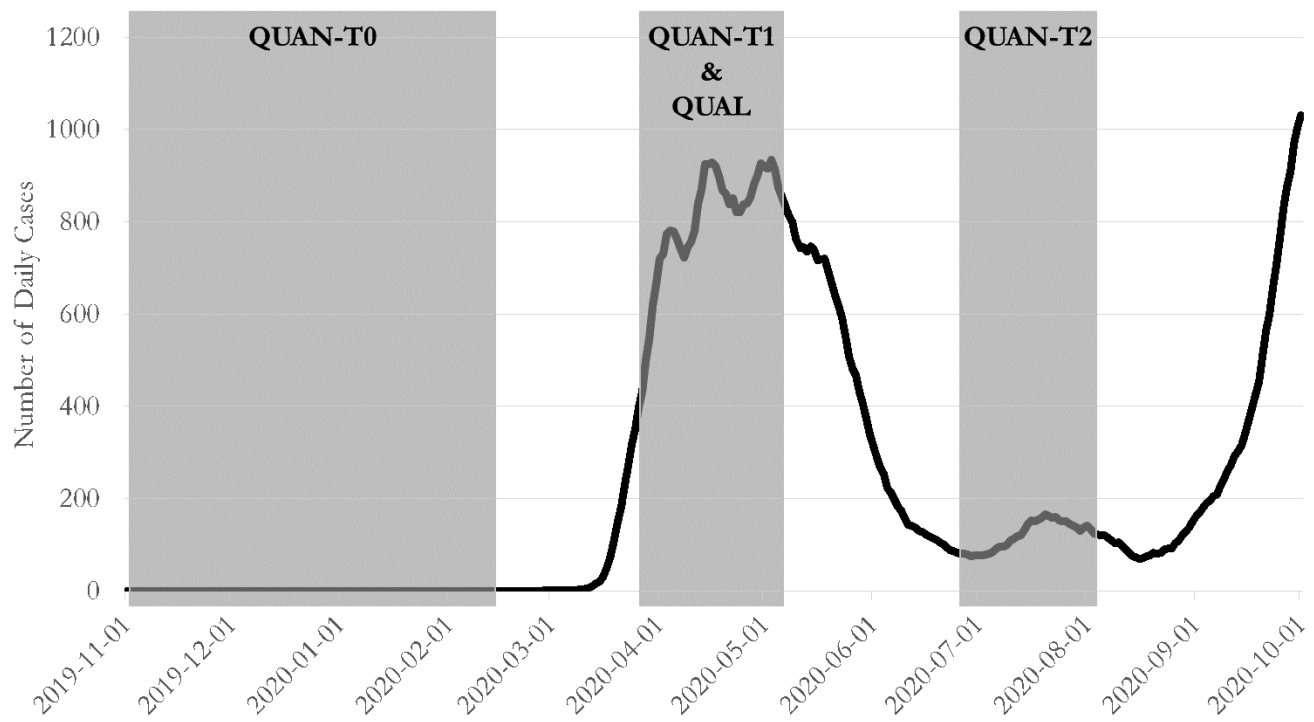
Tableau 3
Régressions

	Coefficients non-standardisés		Coefficients standardisés	<i>p</i>	<i>R</i> ² <i>ajusté</i>
	<i>b</i>	Erreur standard	Bêta		
A) Attentes de rôles de genre personnelles – sensibilité					
(Constante)	5.454	.444		.000	-.057
Comp. femme typique	.002	.017	.031	.900	
Comp. homme typique	-.010	.021	-.116	.641	
Interaction	.000	.001	-.125	.457	
B) Attentes de rôles de genre stéréotypées – sensibilité					
(Constante)	5.075	.327		.000	.007
H typique vs. F typique	.013	.019	.119	.493	
F typique vs. H typique	-.020	.021	-.168	.350	
Interaction	.001	.001	.219	.266	
C) Attentes de rôles de genre personnelles – endurance					
(Constante)	5.304	.437		.000	-.066
Comp. femme typique	-.002	.027	-.021	.948	
Comp. homme typique	-.006	.024	-.071	.808	
Interaction	.000	.001	-.112	.578	
D) Attentes de rôles de genre stéréotypées – endurance					
(Constante)	5.237	.312		.000	.018
H typique vs. F typique	.016	.018	.144	.378	
F typique vs. H typique	.000	.018	.004	.979	
Interaction	.001	.001	.218	.184	
E) Attentes de rôles de genre personnelles – volonté à rapporter la douleur					
(Constante)	5.235	.425		.000	-.052
Comp. femme typique	.011	.021	.163	.588	
Comp. homme typique	-.001	.021	-.010	.972	
Interaction	-3.719E-5	.000	-.015	.933	
F) Attentes de rôles de genre stéréotypées – volonté à rapporter la douleur					
(Constante)	5.104	.295		.000	.112
H typique vs. F typique	-.003	.013	-.037	.804	
F typique vs. H typique	.027	.014	.293	.051	
Interaction	.001	.000	.324	.032*	

Annexe B

Figure 1

Temps de mesure et nombre de cas de COVID-19 au Québec



Note. Temps de mesure en relation avec l'évolution de la pandémie de la COVID-19 au Québec, Canada. Les bandes grises réfèrent aux temps où ont été complétés les différents points de mesure. La ligne noire correspond au nombre de cas de COVID-19 recensés au Québec en fonction de la date. L'étude longitudinale plus large contenait des mesures quantitatives (QUAN) et qualitatives (QUAL).