



DOULEUR CHRONIQUE

fardeau supplémentaire sur les Canadiennes*

Marta Meana, Ph.D. (University of Nevada), Robert Cho, Marie DesMeules, M.Sc. (Santé Canada)

Historique

La douleur chronique est un important problème de santé publique qui impose un stress sérieux aux personnes qui en sont affligées, au système de soins de santé et à l'industrie privée. On l'a associée à des déficits de la qualité de vie et de l'adaptation psychologique, à l'incapacité, à une baisse des possibilités de revenu, à des taux élevés d'utilisation des soins de santé et à des coûts élevés pour l'industrie privée. Définie en général comme toute douleur intermittente continue ou persistante ressentie pendant plus de trois mois [1], la douleur chronique atteint des personnes de tous âges, de toutes les origines ethniques et des deux sexes. Les études épidémiologiques, cliniques et expérimentales ont toutefois constaté régulièrement que le fardeau de la douleur est plus lourd pour les femmes que pour les hommes.

L'ordre de grandeur de la différence entre les sexes au niveau de la douleur [2, 3] est difficile à déterminer, car il varie selon le type de douleur et la population à l'étude. Des analyses récentes indiquent toutefois que la prévalence de la plupart des problèmes de douleur est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. [4, 5] La définition des causes de cette différence au niveau de la douleur est une question complexe qui exige une perspective biopsychosociale.

Sur le plan des facteurs biologiques, la transmission et la modulation des signes de douleur peuvent différer chez les hommes et les femmes. [5, 6] Les variations hormonales normales et les changements reliés aux fonctions de reproduction des femmes peuvent constituer des sources sexospécifiques de douleur, tout comme les processus pathologiques connexes. [7] Sur le plan psychologique, les femmes peuvent différer par leur façon cognitive et affective de traiter la douleur et se comporter aussi différemment lorsqu'elles sont aux prises avec la douleur. [4] Sur le plan social, les femmes diffèrent des hommes par leurs rôles sociétaux, familiaux et professionnels (p. ex., responsabilités multiples du rôle principal), qui peuvent aussi constituer des sources possibles de différences entre les sexes sur le plan de la douleur. Tendances de la prévalence de la douleur au Canada

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Une enquête aléatoire menée auprès de 500 ménages de l'Ontario a révélé que les taux de prévalence de la douleur chronique s'établissaient à 11 % chez les moins de 60 ans et variaient de 25 à 40 % chez les plus de 60 ans. [8] L'ENSP de 1994-1995 a indiqué que 17 % de la population totale de 15 ans et plus vivait avec une douleur chronique. La prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (20 % contre 16 %) et augmentait avec l'âge. [9] Le mal de dos et l'arthrite/rhumatisme étaient les causes les plus courantes de douleur chronique. Une enquête menée auprès de 410 adultes de la région d'Edmonton a révélé un taux de prévalence de 44 %, la douleur touchant le plus souvent le dos, la tête et le cou. Dans l'ensemble, la prévalence était là aussi plus élevée chez les femmes (65,5 % contre 34,5 %), mais elle n'avait aucun lien avec l'âge dans le cas de cet échantillon. [10]

Les taux récents de prévalence de la douleur chronique dans d'autres pays occidentaux se comparent à ceux du Canada. Les estimations américaines établissent les taux de prévalence à 14,7 % chez les femmes américaines de 18 à 50 ans [11]. Une enquête réalisée en Australie a révélé un taux de 20 % chez les femmes comparativement à 17 % chez les hommes. [12] En Europe, une enquête réalisée en Suède a révélé que 23,9 % des sujets de l'échantillon vivaient avec une douleur chronique locale [13]. Une étude démographique réalisée en Écosse sur 4 611 sujets de 25 ans et plus a révélé que le taux de prévalence de la « douleur chronique importante » s'établissait à 14,1 %, et qu'il était plus élevé chez les femmes et les sujets plus âgés. [14]

Facteurs individuels associés à la douleur chronique

On a établi un lien entre la douleur chronique et l'âge et les variables socioéconomiques. Dans le cas de certains syndromes de douleur, comme les douleurs articulaires, la douleur généralisée chronique et la fibromyalgie, les taux de prévalence augmentent avec l'âge. [15] On établit aussi un lien entre la douleur chronique et de multiples problèmes de comorbidité, ce qui n'est pas étonnant. [9] Des études ont en outre révélé constamment l'existence d'un lien entre la douleur chronique et un faible niveau d'études et un faible statut socio-économique [12, 13, 16]. La détresse psychologique est courante tant chez les hommes que chez les femmes qui vivent avec la douleur chronique et il y a un lien commun et solide avec la dépression. [7, 17] Les estimations relatives à la prévalence de la dépression chez les patients vivant avec la douleur chronique varient de 31 % à 100 %; [18] et de 34 % à 66 % des personnes déprimées se plaignent de la douleur. [19] Le problème est particulièrement préoccupant chez les femmes qui présentent des taux de dépression clinique deux fois plus élevés que les hommes.

L'interférence fonctionnelle causée par la douleur est aussi élevée et les sujets vivant avec la douleur se voient sérieusement limités dans tout un éventail d'activités. Les tâches quotidiennes deviennent difficiles, la capacité à travailler diminue, tout comme le taux d'emploi à plein temps. [10-12] Le soutien social peut aussi diminuer à mesure que les amis et les membres de la famille perdent patience face à un problème habituellement invisible et dont on ne voit pas la fin. [20] Les personnes qui vivent avec la douleur chronique peuvent aussi se sentir rejetées par les dispensateurs de soins de santé, frustrés parce qu'ils ne réussissent pas à guérir les patients et par la dépendance des médicaments contre la douleur qu'ils constatent couramment chez eux. [11]

Facteurs sociétaux associés à la douleur chronique

Outre le fardeau imposé à la personne, la douleur chronique entraîne aussi un coût élevé pour la société en général et le système de soins de santé en particulier. On l'associe à une perte de productivité, à des taux élevés d'utilisation des services de santé et à des dépenses importantes en soins de santé. Les femmes de l'Amérique du Nord présentent un taux d'utilisation des soins de santé plus élevé que les hommes, [21] ce qui peut être attribuable en partie à leurs taux plus élevés de plaintes reliées à la douleur. On a estimé à 881,5 millions de dollars par année les coûts médicaux directs des consultations en service externe reliées à la douleur pelvienne chronique seulement aux États-Unis. Une étude a révélé que 15 % des 548 répondants ont signalé avoir perdu du temps de travail rémunéré et 45 %, que leur productivité au travail avait diminué. [11] Le coût économique de la douleur chronique pour la société est très difficile à calculer, car elle met en cause divers secteurs, tant publics que privés. Si l'on en juge toutefois par les taux de prévalence élevés, les taux élevés d'utilisation des soins de santé par cette population, l'absentéisme, l'incapacité, les taux élevés de dépendance des médicaments et l'échec d'interventions médicales multiples et souvent coûteuses, les coûts sont certainement astronomiques pour l'économie.

On reconnaît de plus en plus la douleur, qui peut être un trouble en soi plutôt qu'un simple symptôme d'un problème sous-jacent, comme un important problème de santé publique. Il faut créer au Canada une information plus complète et sexospécifique afin de mettre au point des interventions améliorées. Dans ce chapitre, on évalue le fardeau global de la douleur chronique chez les femmes du Canada, ainsi que ses déterminants et ses répercussions, en se fondant sur des données actuellement disponibles au sujet de la santé de la population.

Méthodes

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Cycle 1.1 (2000) a servi à la production de ce chapitre. On a compté au total 131 535 répondants à cette enquête transversale. Santé Canada a eu accès aux données sur les 95,5 % (125 574) de ces répondants qui ont consenti à partager leurs renseignements. Toutes les analyses présentées dans ce chapitre sont fondées sur l'échantillon de répondants qui ont consenti à partager leurs renseignements. On a comparé la prévalence et l'intensité de la douleur chronique entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre des sous-groupes de femmes. On a déterminé l'état de la douleur chronique en fonction de la réponse des participants à la question suivante : « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? » On a considéré que ceux qui ont répondu « non » vivaient avec une douleur chronique. On a calculé les prévalences estimatives au moyen d'une méthode pondérée pour tenir compte de la conception complexe de l'échantillon qui a servi à l'enquête. On a analysé les effets relatifs des facteurs physiques et médicaux (présence de problèmes chroniques, etc.) et socioéconomiques sur les différences entre les sexes au moyen d'une l'analyse bidimensionnelle et multidimensionnelle (régression logistique).

On a aussi analysé les liens entre la douleur chronique, y compris la dépression, les restrictions des activités quotidiennes, l'utilisation des services de santé et la consommation de médicaments, que l'on a comparés entre hommes et femmes et entre des sous-groupes de femmes.

On a utilisé le programme Bootstrap de Statistique Canada pour déterminer les différences statistiquement significatives entre les taux de prévalence pour tous les intervalles de confiance (IC) indiqués à l'égard de la différence entre hommes et femmes.

Résultats

Prévalence de la douleur chronique

Selon les données recueillies du Cycle 1.1 (2000) de l'ESCC, 16 % des 12 ans et plus vivent avec une douleur chronique (14 % chez les hommes et 18 % chez les femmes, IC à 95 %, 3,73, 4,99). La classification de la douleur en douleur bénigne, moyenne ou grave était semblable, toutes proportions gardées, chez les hommes et les femmes (figure 1).



Même si de nombreux problèmes peuvent causer la douleur chronique, l'enquête comportait des questions précises sur quatre problèmes qui ont des liens reconnus solides avec la douleur chronique. Chez les répondants vivant avec la douleur chronique, la prévalence de l'arthrite/rhumatisme (IC à 95 % 9,29, 12,97), de la fibromyalgie (IC à 95 %, 5,51, 7,06) et des migraines (IC à 95 %, 9,76, 12,68) est beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes (graphique 2). Il y a une légère différence au niveau de la prévalence des maux de dos (IC à 95 %, 0,20, 4,27) chez ceux qui signalent avoir une douleur chronique (sauf la fibromyalgie et l'arthrite). Même si la différence au niveau des maux de dos est statistiquement significative, les répercussions pratiques de cet écart justifient une étude plus poussée. La prévalence de la fibromyalgie est faible chez les répondants qui signalent avoir de la douleur chronique (figure 2).

Facteurs individuels associés à la douleur chronique

La prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge chez les deux sexes (figure 3). La prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes à tous les âges. Il existait aussi un lien clair entre le revenu du ménage et la douleur chronique (figure 4). La prévalence de la douleur chronique était plus faible dans les catégories de revenu plus élevées, et plus élevée dans les catégories de revenu plus faibles.

Il semblait y avoir un lien entre la situation de famille et la douleur chronique. Chez les deux sexes et pour tous les âges, la prévalence de la douleur chronique était la plus faible chez les célibataires (figure 5), sauf chez les hommes de moins de 65 ans, et la plus élevée chez les sujets divorcés ou séparés. Il n'y avait aucune différence au niveau de la prévalence de la douleur chronique selon la structure de la famille.

La majorité des sujets des deux sexes et de tous les âges vivant avec la douleur chronique avaient trois problèmes chroniques ou plus dont la prévalence augmentait avec l'âge chez les deux sexes (figure 6).

L'intensité de la douleur était la même chez les hommes et les femmes (figure 7). Toutes proportions gardées, cette étude a révélé que l'intensité de la douleur chez les sujets qui avaient des problèmes chroniques associés à la douleur (maux de dos, fibromyalgie, arthrite/rhumatisme et migraine) était semblable à celle que ressentait d'autres sujets aux prises avec d'autres types de douleur chronique.

On a constaté qu'il y a un lien entre un Indice de masse corporelle (IMC) élevé et une augmentation de la mortalité et une baisse de l'espérance de vie. Une comparaison de la prévalence de la douleur chronique en fonction des IMC a aussi révélé l'existence d'un lien : la prévalence était plus élevée dans chaque catégorie subséquente d'IMC chez les femmes, la prévalence la moins élevée se retrouvant chez celles qui avaient un IMC de moins de 20, tandis que celles qui avaient un IMC de plus de 27 affichaient la prévalence la plus élevée (figure 8). Chez les hommes, la prévalence de la douleur chronique était semblable dans toutes les catégories d'IMC. La prévalence de la douleur chronique était beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les catégories « un peu d'excédent de poids » et « excédent de poids » (IC à 95 %, 3,41, 7,21 et 7,14, 9,92 respectivement).

La prévalence de la dépression était deux fois plus importante chez les sujets vivant avec la douleur chronique que chez les autres et semblait être reliée à l'âge autant chez les hommes que chez les femmes (figure 9). La prévalence de la dépression était presque deux fois plus élevée chez les moins de 65 ans vivant avec la douleur chronique que chez les 65 ans et plus, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 9).

On a aussi établi un lien entre la dépression et l'intensité de la douleur chez les deux sexes. Le figure 10 montre qu'on a établi un lien entre une douleur plus intense et une prévalence plus élevée de la dépression.

La douleur chronique a des répercussions sur les tâches quotidiennes et peut limiter les activités quotidiennes. Dans les deux catégories d'âge (moins de 65 ans et 65 ans et plus), la majorité des personnes aux prises avec la douleur chronique avaient des limitations causées directement par la douleur dans au moins « quelques » activités. Le pourcentage des femmes qui avaient des limitations dans quelques activités ou plus était plus élevé que celui qu'on a observé chez les hommes (77,7 % contre 70,7 %).

Lorsque l'on compare les personnes vivant avec la douleur chronique aux autres, le pourcentage de celles qui ont besoin d'aide pour accomplir au moins une tâche est beaucoup plus élevé chez les sujets aux prises avec la douleur chronique que chez les autres (figure 11).

Les questions relatives à l'emploi étaient très importantes pour les personnes vivant avec la douleur chronique. Dans cet échantillon, on a constaté que la majorité des sujets incapables de travailler au cours de la semaine qui a précédé l'entrevue vivaient avec la douleur (tableau 12). Il semblait aussi y avoir un lien entre la douleur chronique et le type de profession, la prévalence étant la plus basse chez les professionnels et la plus élevée dans les secteurs de la fabrication et des ressources naturelles. Le lien entre le type de profession et la prévalence de la douleur chronique était le même chez les hommes que chez les femmes.

On a établi un lien inverse entre l'état de santé médiocre autoévalué et la douleur chronique (figure 13). Les répondants qui jugeaient leur état de santé excellent présentaient la prévalence la plus faible de douleur chronique, mais la prévalence était la plus élevée chez les répondants qui s'estimaient en mauvaise santé. Cette tendance était semblable chez les hommes et chez les femmes.

On a établi un lien entre le stress autoévalué et la douleur chronique, car les sujets extrêmement stressés présentaient la prévalence la plus élevée de douleur chronique, dont la prévalence était moins élevée chez les sujets moins stressés (figure 14).

Dans le contexte de cette analyse, on a mesuré le soutien social au moyen de la variable appelée « soutien social tangible » qui indique si la personne en cause disposait des services de quelqu'un pour la conduire chez le médecin, effectuer ses tâches ménagères, préparer ses repas ou l'aider dans le cas de celles qui étaient confinées au lit.

La figure 15 montre qu'il y a un lien négatif entre la douleur chronique et le soutien social perçu. Les sujets qui recevaient moins de soutien social signalaient plus souvent avoir de la douleur. Cette affirmation vaut pour les hommes et les femmes et indique que le soutien social perçu est un facteur important dont il faut tenir compte chez les personnes qui vivent avec la douleur chronique.

Il ne semble pas y avoir de différences majeures entre les ethnies quant à la prévalence de la douleur chronique, à l'exception digne de mention près de deux groupes ethniques. Chez les 65 ans et plus des deux sexes, le pourcentage de ressortissants de l'Asie du Sud qui ont signalé vivre avec la douleur chronique était plus élevé que dans tout autre groupe ethnique. Les hommes et les femmes d'origine chinoise présentaient les taux les plus faibles pour ce groupe d'âge. Chez les 65 ans et moins, les Autochtones signalaient le pourcentage le plus élevé de douleur chronique chez les deux sexes (tableau 16).

Une analyse bidimensionnelle n'a pas établi de lien entre le niveau de scolarité et la douleur chronique chez l'un ou l'autre des deux sexes ni selon le groupe d'âge.

Le tableau 17 résume le modèle de régression logistique multidimensionnelle. Les résultats de la régression montrent que compte tenu de l'âge, des problèmes chroniques associés à la douleur, d'autres problèmes chroniques, du revenu et de la scolarité, les femmes ne présentaient pas de risque de douleur chronique plus élevé que les hommes.

Facteurs sociétaux associés à la douleur chronique

Les personnes qui vivent avec la douleur chronique ont un effet important sur l'utilisation des services de soins de santé. Comme le montre le tableau 18, des comparaisons établies pour tous les indicateurs choisis d'utilisation des soins de santé indiquent que l'utilisation est plus élevée chez les personnes qui déclarent vivre avec la douleur chronique que chez les autres. Les 65 ans et plus recouraient moins aux services de chiropraticiens, de physiothérapeutes et de dispensateurs de services de santé parallèles.

Les sujets qui déclarent vivre avec la douleur chronique consomment plus de médicaments que les autres pour tous les médicaments en général et tous les types choisis de médicaments (tableau 19). Les personnes vivant avec la douleur chronique consomment de deux à quatre fois plus que d'autres des médicaments contre la douleur comme les analgésiques, tranquillisants, antidépresseurs et opiacés.



Discussion

Caractéristiques des personnes qui vivent avec la douleur chronique

Il y a plus de chance que les personnes qui vivent avec la douleur chronique au Canada soient des femmes que des hommes, même si la différence entre les deux n'est pas liée exclusivement au sexe. Les femmes ont aussi un revenu moins élevé, sont moins scolarisées et la prévalence de la dépression est deux fois plus élevée chez elles, facteurs que l'on a tous reliés solidement à la déclaration de douleur chronique au cours de l'étude. Il semble donc raisonnable de poser en hypothèse que les différences montrées par l'enquête au niveau de la douleur chronique étaient attribuables à une combinaison de facteurs biologiques et psychosociaux spécifiques à chaque sexe. On a aussi établi un lien solide entre la douleur chronique et l'âge, ainsi que de multiples problèmes chroniques, ce qui n'est pas étonnant. Les femmes vivant avec la douleur chronique étaient plus susceptibles de signaler qu'elles avaient la fibromyalgie, de l'arthrite et des migraines, même s'il n'y avait pas de différences significatives entre les sexes au niveau de la prévalence du mal de dos. Sur le plan de l'impact possible, on a établi des liens solides entre la douleur chronique et le mauvais état de santé, des taux élevés de stress, des taux faibles de soutien social, une plus grande interférence fonctionnelle avec les activités professionnelles et autres, des taux plus élevés de dépendance à l'égard de tiers, d'utilisation des soins de santé et de consommation de médicaments.

Stratégie de traitement

Dans l'expression douleur chronique, le mot « chronique » englobe le sentiment de défaitisme qui caractérise l'attitude courante de nombreux patients et dispensateurs de soins de santé confrontés à ce problème qui est cause de perplexité et d'incapacité. L'étiologie de la plupart des syndromes de la douleur chronique demeure en grande partie inconnue et c'est pourquoi les efforts de traitement ont porté au mieux sur la prise en charge de la douleur et, au pire, sur la dépendance des stupéfiants. La douleur est un problème multidimensionnel qui ne se prête pas à une seule explication de cause à effet ou à une seule stratégie de traitement. Elle comporte des processus biologiques, cognitifs, affectifs et sociaux. C'est pourquoi la douleur chronique constitue un défi à la fois pour les dispensateurs de soins de santé et pour les patients à la recherche d'une solution rapide et définitive, ce qui est compréhensible.

Le traitement multidisciplinaire est indiqué dans le cas de problèmes multidimensionnels comme la douleur chronique. Outre le traitement médical et la physiothérapie, il a été démontré que les stratégies fondées sur la cognition et le comportement sont d'importants éléments constitutifs du traitement. Des recherches récentes indiquent que les interventions visant le comportement donnent en général de meilleurs résultats que les moyens de contrôle du traitement médical lorsqu'il s'agit d'atténuer la douleur, de réduire l'incapacité et de hausser les taux d'activité. [22] Ces interventions peuvent aussi enseigner aux patients des techniques de soins autoadministrés continus. [23]

Répercussions sur l'utilisation des soins de santé

Même si les stratégies multidisciplinaires de traitement de la douleur chronique ont fait leurs preuves, seuls les patients d'un groupe très restreint se rendent aux cliniques multidisciplinaires de traitement de la douleur. La plupart des patients vivant avec la douleur chronique consultent de façon répétitive des médecins de premier recours et consultent à de multiples reprises en espérant trouver le spécialiste qui réglerait le problème. Ce taux élevé de consultation est parfois attisé aussi par la recherche d'autres analgésiques d'ordonnance après que les intéressés ont épuisé la tolérance de leurs dispensateurs de soins de santé antérieurs. La continuité des soins devient un problème d'envergure, car les patients sautent d'un dispensateur à un autre. On ne trouve jamais le traitement insaisissable, la pharmacodépendance est courante et les dépenses qui en découlent constituent un fardeau majeur pour le système de santé du Canada.

Même si l'on considère souvent les cliniques spécialisées de traitement de la douleur comme des projets coûteux, les résultats des traitements qu'elles dispensent peuvent atténuer l'incapacité des patients. Elles peuvent ainsi avoir des répercussions sur l'utilisation des soins de santé. [24] Les caractéristiques économiques des soins de santé peuvent être telles que d'importants investissements de départ peuvent entraîner à long terme des réductions des dépenses de soins de santé pour l'ensemble du système.

Limites des données

Les données qui ont servi à l'analyse présentée dans ce chapitre proviennent d'une source transversale et c'est pourquoi il est difficile d'en déduire des liens de cause à effet. En outre, comme l'enquête reposait sur l'autodéclaration des répondants, on ne peut déterminer la qualité et l'exactitude des données. De plus, l'enquête comportait des questions sur quatre maladies chroniques précises seulement qu'on a associées à la douleur chronique. Il est clair qu'il y a beaucoup d'autres problèmes qui peuvent causer la douleur chronique.

Lacunes et recommandations

Les données actuellement disponibles sur la douleur chronique et les sexes comportent de nombreuses lacunes. Le manque de données détaillées sur les types de douleur chronique que connaissent les femmes constitue une lacune importante. La douleur pelvienne chronique est un exemple de douleur sexospécifique reliée à la fonction de reproduction des femmes sur laquelle les données démographiques canadiennes sont peu nombreuses, même si beaucoup de données probantes américaines indiquent qu'il s'agit d'un important problème de soins de santé pour les femmes. L'endométriose et le syndrome des ovaires polykystiques sont deux seulement des troubles courants de la fonction de reproduction qui sont cause de douleurs pelviennes chroniques, même s'il n'y a pas de pathologie évidente pour la majeure partie de cette douleur. Les femmes ménopausées et les autres signalent de plus en plus de cas de vestibulite vulvaire et de vulvodynie. Le trouble de l'articulation temporomandibulaire (ATM) est un autre exemple de douleur chronique qui atteint surtout les femmes.

La collecte systématique de données provenant de sources autres que les autodéclarations constitue une deuxième lacune importante des publications canadiennes. Il faut analyser les bases de données provinciales sur les demandes de paiement afin de brosser un tableau plus clair de l'utilisation des soins de santé, de la prévalence des troubles liés à la douleur et des caractéristiques connexes de prescription d'analgésique. Les données provenant du régime d'assurance-médicaments de certaines provinces pourraient aider à déduire la présence de syndromes de douleur chronique, car cette source pourrait permettre de détecter la prévalence des consommateurs lourds d'analgésiques. Beaucoup de femmes signalent en outre des douleurs reliées à la fonction de reproduction à des obstétriciens ou gynécologues qui sont souvent leur principal dispensateur de soins. Les études sur les soins de santé des femmes doivent porter davantage sur ce groupe de dispensateurs en sus de la convergence actuelle vers les médecins de premier recours. Les bases de données sur la facturation peuvent aussi aider à clarifier le tableau actuellement brouillé de la prévalence de la douleur chronique dans différents groupes ethniques. Des différences culturelles sur le plan du caractère acceptable de la déclaration de la douleur peuvent voiler des tendances ethniques que des efforts reliés à la santé publique pourraient viser directement.

L'absence d'évaluation des répercussions fonctionnelles que la douleur chronique a sur les responsabilités du ménage et les techniques de parentage constitue une troisième lacune qui importe particulièrement pour les femmes. L'ESCC et beaucoup d'autres enquêtes ont révélé constamment l'existence d'un lien entre les déclarations de douleur chronique et des problèmes d'emploi, mais on enquête très peu au sujet des incidences de la douleur sur le travail à domicile. Les données sur l'emploi oublient en quelque sorte ce type d'incapacité fonctionnelle. Si la douleur chronique empêche de travailler à l'extérieur, il est fort probable qu'elle empêche aussi de faire de même à domicile. L'absence d'évaluation d'obstacles de cette nature ne sert qu'à marginaliser un aspect important de la vie des femmes et à faire oublier l'effet néfaste général de la douleur chronique sur les femmes et les membres de leur famille.



Pour élaborer des stratégies visant à réduire l'impact de la douleur chronique, il sera probablement essentiel de combler nos lacunes en connaissances sur les femmes et la douleur. Il est toutefois possible de formuler déjà certaines recommandations. La surveillance et l'identification rapide des troubles de la douleur sont cruciales, car il y a des raisons à la fois théoriques et empiriques de croire que le traitement rapide améliore les résultats. La douleur non traitée peut établir, sur le système nerveux central, une empreinte qui résiste de plus en plus aux interventions périphériques et autres. Une douleur de longue date peut aussi créer des tendances comportementales (p. ex., inactivité) qui entraînent d'autres complications (p. ex., obésité) et des problèmes de la cognition et de l'affectivité (p. ex., dépression) qui compliquent le traitement. Enfin, plus la douleur date de longtemps, plus il y a de chances que la personne en cause soit dépendante des stupéfiants et d'autres médicaments contre la douleur.

Les dispensateurs de soins primaires et les obstétriciens/gynécologues jouent un rôle crucial dans cet effort de surveillance et de détection rapide. Il faut intégrer l'évaluation de la douleur dans la première consultation et la cibler, même si la douleur n'est pas la principale raison de consulter. Il faut ensuite la réévaluer périodiquement. Il importe aussi d'informer les patients au sujet des syndromes de douleur chronique, car l'information peut donner naissance à un espoir qui demeure réaliste et refroidir l'impulsion de consulter de multiples médecins dans la recherche de « la solution ». Il peut aussi s'agir de moyens efficaces d'apprendre aux patients des stratégies d'autogestion dont on a démontré de façon empirique qu'elles réduisent considérablement la douleur, l'incapacité et le nombre des consultations médicales. [23] Il a en outre été démontré que les femmes se prêtent davantage que les hommes à de tels soins autoadministrés.

Les cliniques multidisciplinaires contre la douleur ont démontré leur efficacité et peuvent à long terme constituer le moyen le plus économique et le plus efficace de traiter la douleur chronique. Au lieu de concevoir ces cliniques à l'intérieur de grands hôpitaux métropolitains centraux, des versions communautaires de moindre envergure pourraient peut-être mieux servir la population en cause. Ces cliniques de taille réduite pourraient être plus accessibles pour les femmes qui peuvent être plus âgées, handicapées, avoir un faible revenu ou des enfants, et pourraient aussi être personnalisées en fonction des caractéristiques culturelles spécifiques de la collectivité.

Conclusion

La douleur chronique est un problème intimidant à la fois pour la personne et pour la société. Il faut en analyser les effets sur la qualité de vie et ses coûts pour l'économie à l'aube du XXI^e siècle, au moment où nous planifions des améliorations de la prestation des soins de santé à la population canadienne. La structure actuelle de la population canadienne selon l'âge indique que le nombre des plus de 65 ans augmentera considérablement comme prévu au cours des 30 prochaines années. Ce qui signifie obligatoirement que la prévalence de la douleur chronique augmentera, particulièrement chez les femmes. Il faut élaborer des stratégies pour s'attaquer à ce problème croissant afin de réduire l'impact global de la douleur chronique. Il faut réunir de l'information plus précise sur la nature et les conséquences de la douleur chronique et sur l'utilisation des services de santé, mais les stratégies de prestation des soins de santé ne peuvent attendre qu'on ait recueilli toute l'information. Cette enquête et ce rapport visent à contribuer aux efforts futurs de collecte de données, ainsi qu'aux applications courantes et à venir axées sur le soin des hommes et des femmes qui souffrent de douleur chronique.

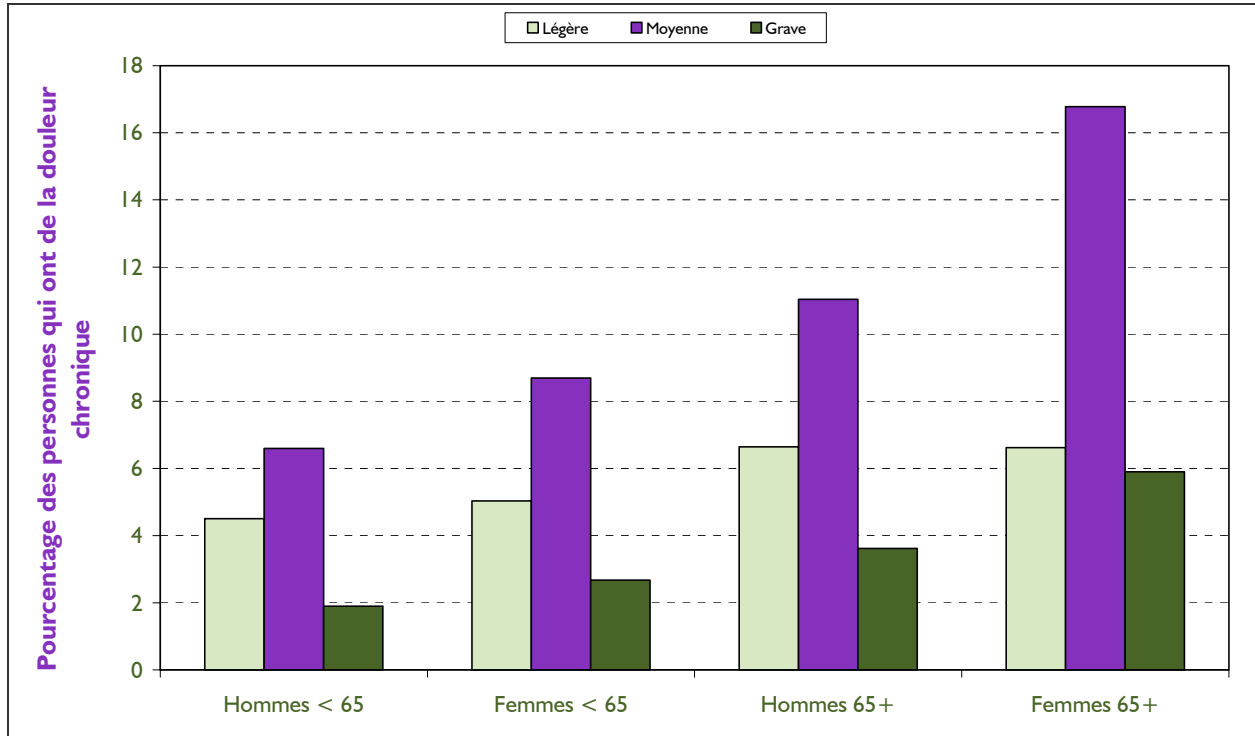
Références

1. Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. 2nd edition. Seattle: IASP Press, 1994.
2. Fillingim RB. Sex, gender and pain: a biopsychosocial framework. In: Fillingim RB, ed. *Sex, gender and pain*. Seattle: IASP Press, 2000: 1-6.
3. Leresche L. Chronic pain. In: Blechman EA, Brownell KD, eds. *Behavioral medicine and women*. New York: The Guilford Press, 1998: 788-92.
4. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996;65:123-67.
5. Berkley KJ. Sex differences in pain. *Behav Brain Sci* 1997;20:371-80.
6. Gear RW, Miaskowski C, Gordon NC et al. Kappa-opioids produce significantly greater analgesia in women than in men. *Nat Med* 1996;2:1248-250.
7. Meana M. The meeting of pain and depression: comorbidity in women. *Can J Psychiatry* 1998;43(9):893-99.
8. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984;18:299-316.
9. Millar WJ. Chronic pain. *Health Rep* 1996;7(4): 47-53.
10. Birse TM, Lander J. Prevalence of chronic pain. *Can J Public Health* 1998;89(2):129-31.
11. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321-27.
12. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89(2-3):127-34.
13. Bergman S, Herrstrom P, Hogstrom K et al. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol* 2001;28(6):1369-77.
14. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA et al. The impact of chronic pain in the community. *Fam Prac* 2001;18(3):292-99.
15. Leresche L. Epidemiologic perspectives on sex differences in pain. In: Fillingim RB, ed.. *Sex, gender and pain*. Seattle: IASP Press, 2000: 233-49.
16. Turner JA, Cardenas DD, Warms CA et al. Chronic pain associated with spinal cord injuries: a community survey. *Arch Physical Med Rehab* 1996;82:501-509.
17. Meana M, Stewart D. Pain: adding to the affective burden. In: Steiner M, Yonkers KA, Ericsson E, eds. *Mood disorders in women*. London: Martin Dunitz, 2000: 269-85.
18. Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychol Bull* 1985;97:18-34.
19. Smith GR. The epidemiology and treatment of depression when it co-exists with somatoform disorders, somatization, or pain. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:265-72.
20. Davis AE. Primary care management of chronic musculoskeletal pain. *Nurse Pract* 1996;21(8):72,75,79-82.
21. *Health status of Canadians: report of the 1991 General Social Survey*. General Social Survey analysis series. Ottawa: Statistics Canada, 1994; Cat. No. 0836-043X: 8.



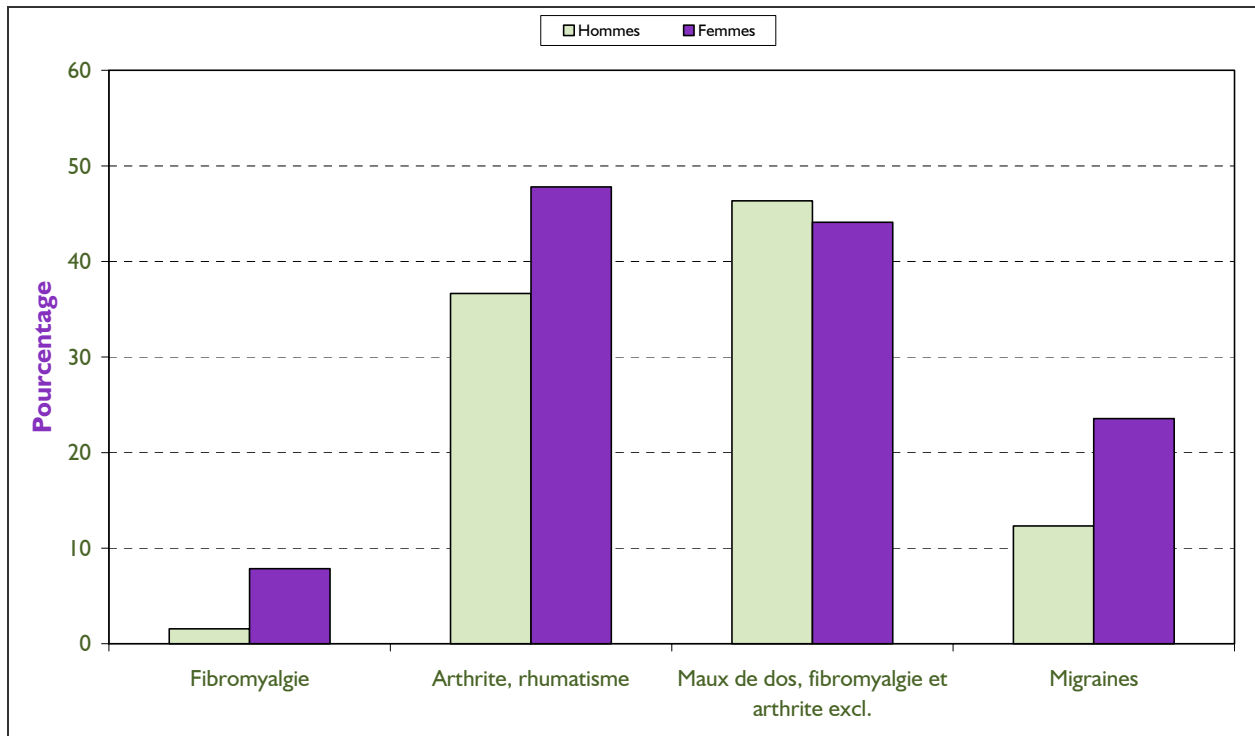
22. Becker N, Sjogren P, Bech P et al. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multi-disciplinary pain center compared to general practice: a randomized controlled trial. *Pain* 2000;84:203-11.
23. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL et al. Self-efficacy as the mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 1999;81:483-91.
24. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Correlates of improvement in the multidisciplinary treatment of chronic pain. *J Clin Consult Psychol* 1994;62(1):172-79.

Figure 1 : Prévalence de la douleur chronique selon l'âge, le sexe et l'intensité, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

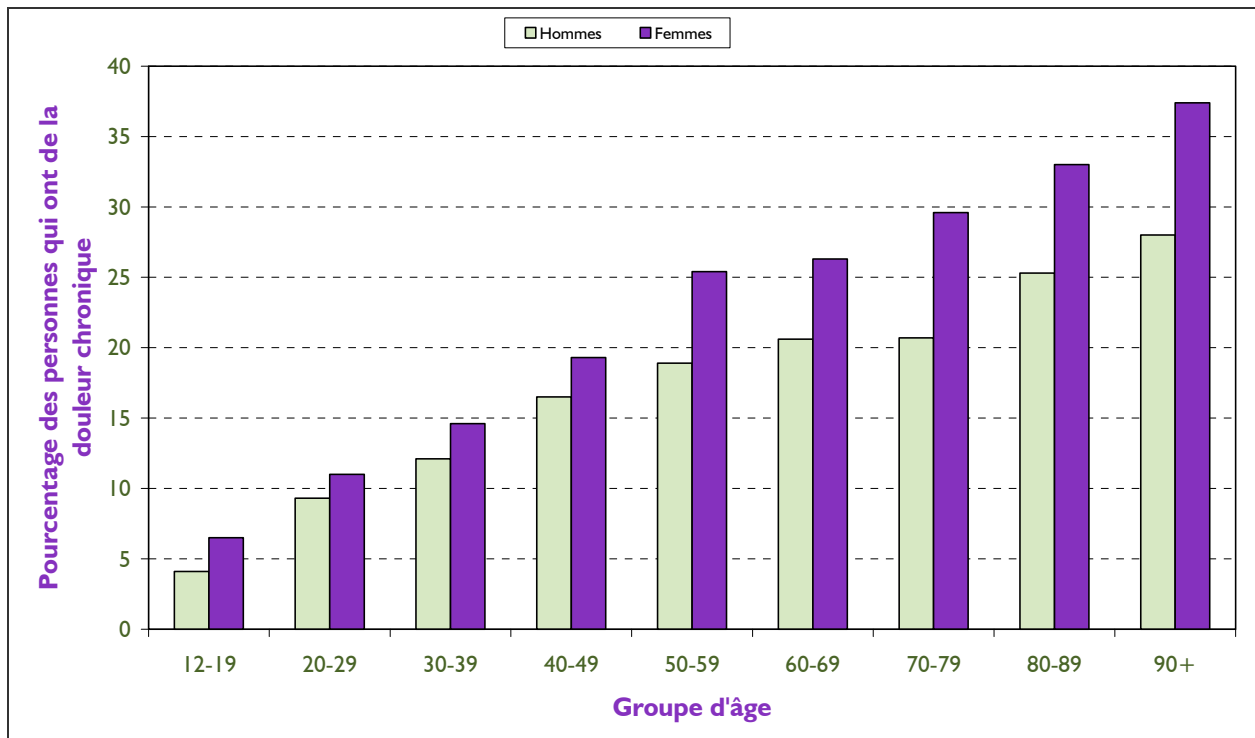
Figure 2 : Prévalence de certains problèmes chroniques chez les personnes qui ont de la douleur chronique, selon le sexe, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

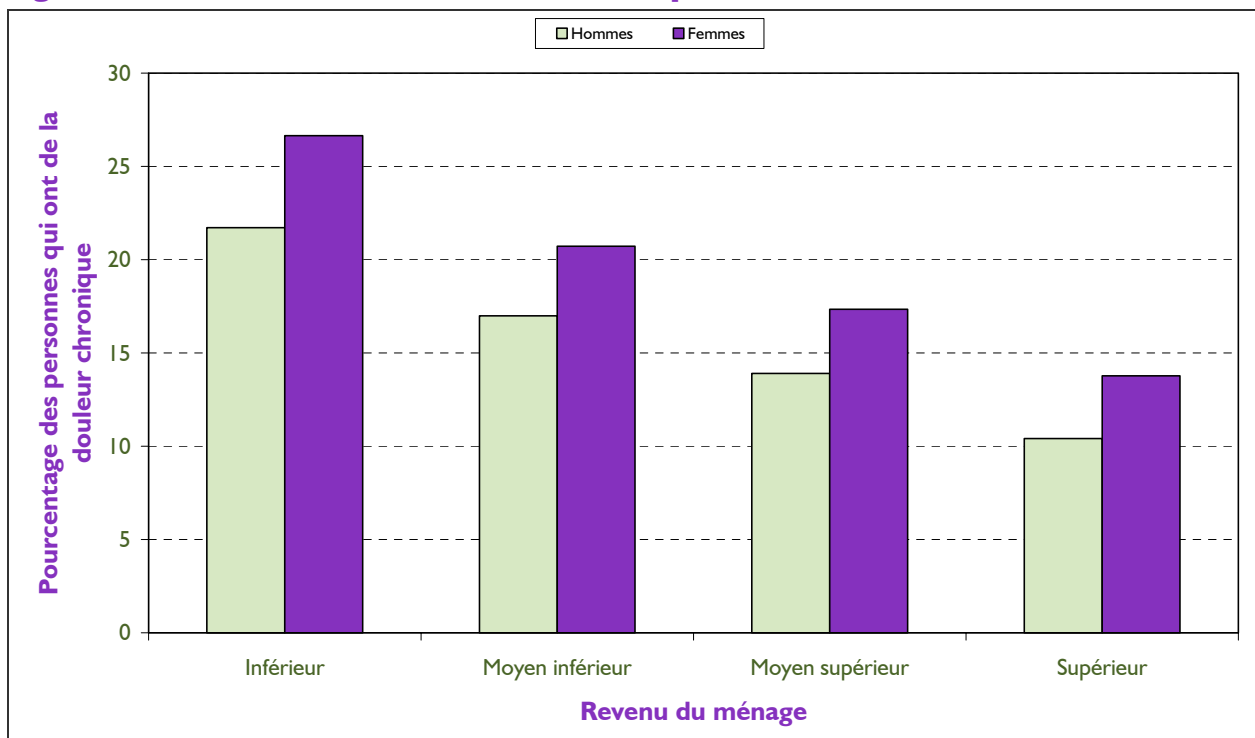


Figure 3 : Prévalence de la douleur chronique selon l'âge et le sexe, au Canada



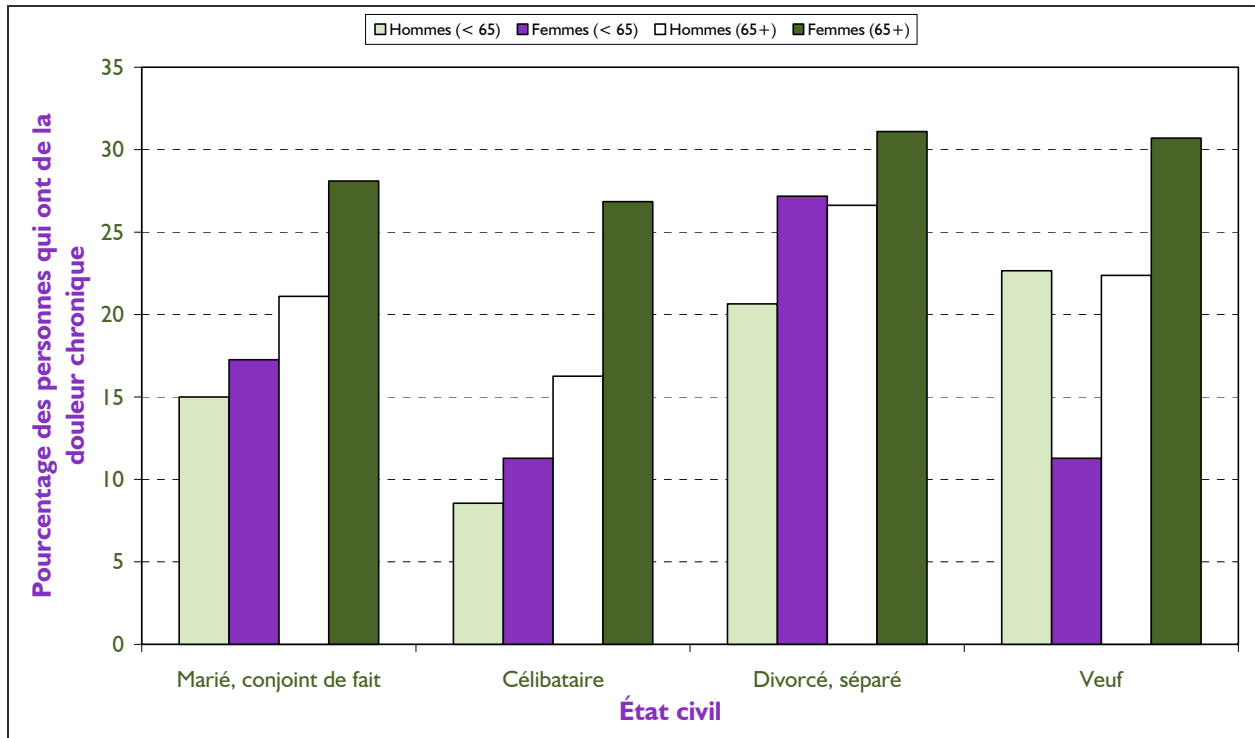
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Figure 4 : Prévalence de la douleur chronique selon le revenu familial, au Canada



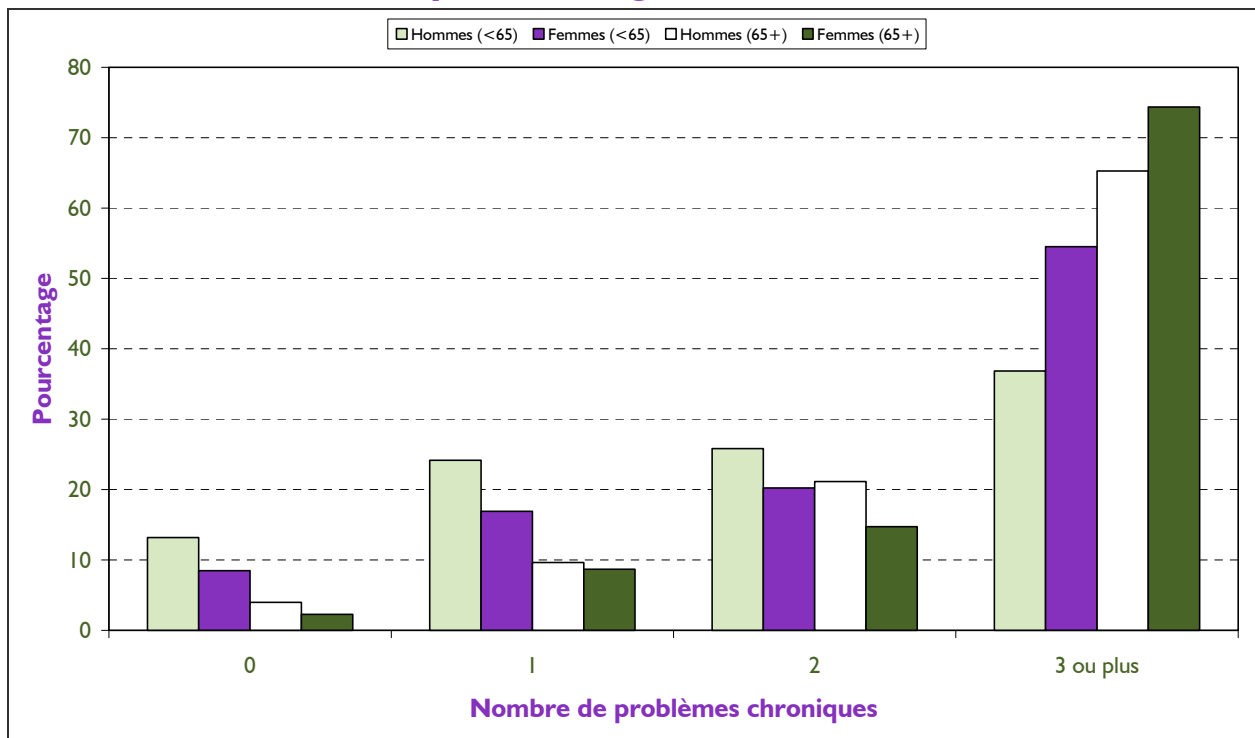
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Figure 5 : Prévalence de la douleur chronique selon le sexe, l'âge et l'état civil, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

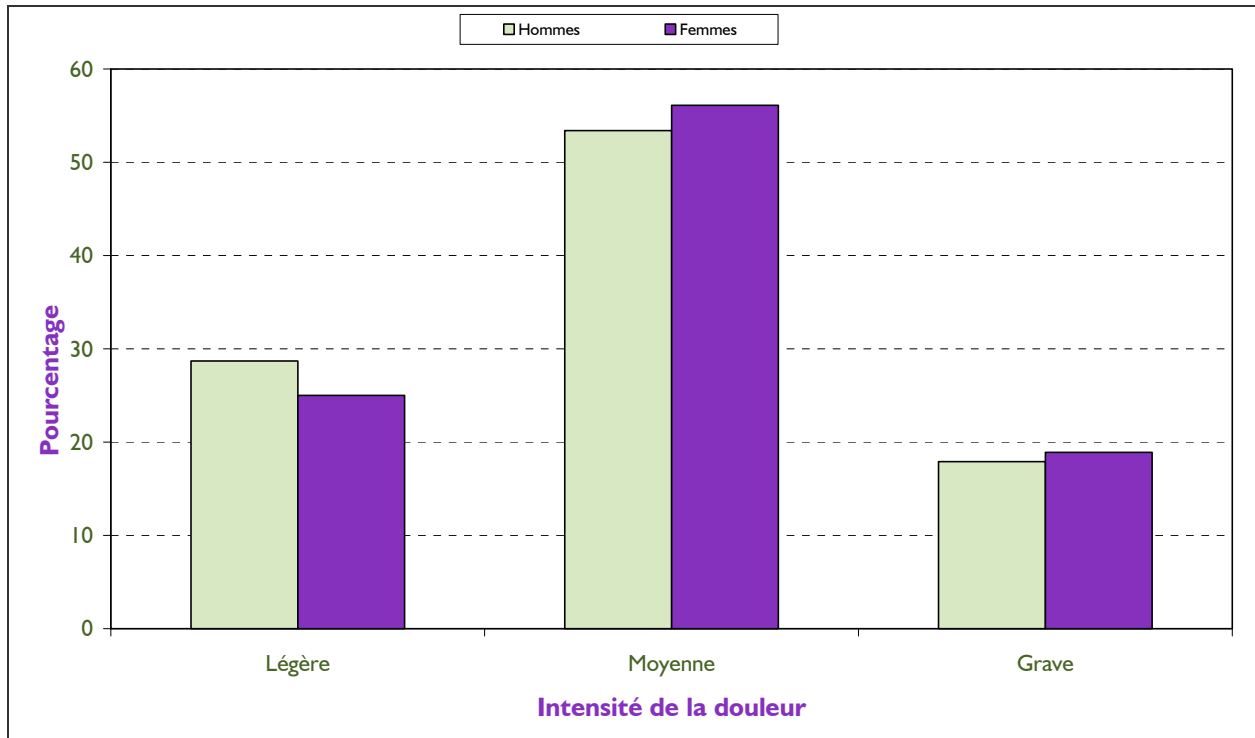
Figure 6 : Répartition des problèmes chroniques entre les personnes qui ont des douleurs chroniques, selon l'âge et le sexe, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

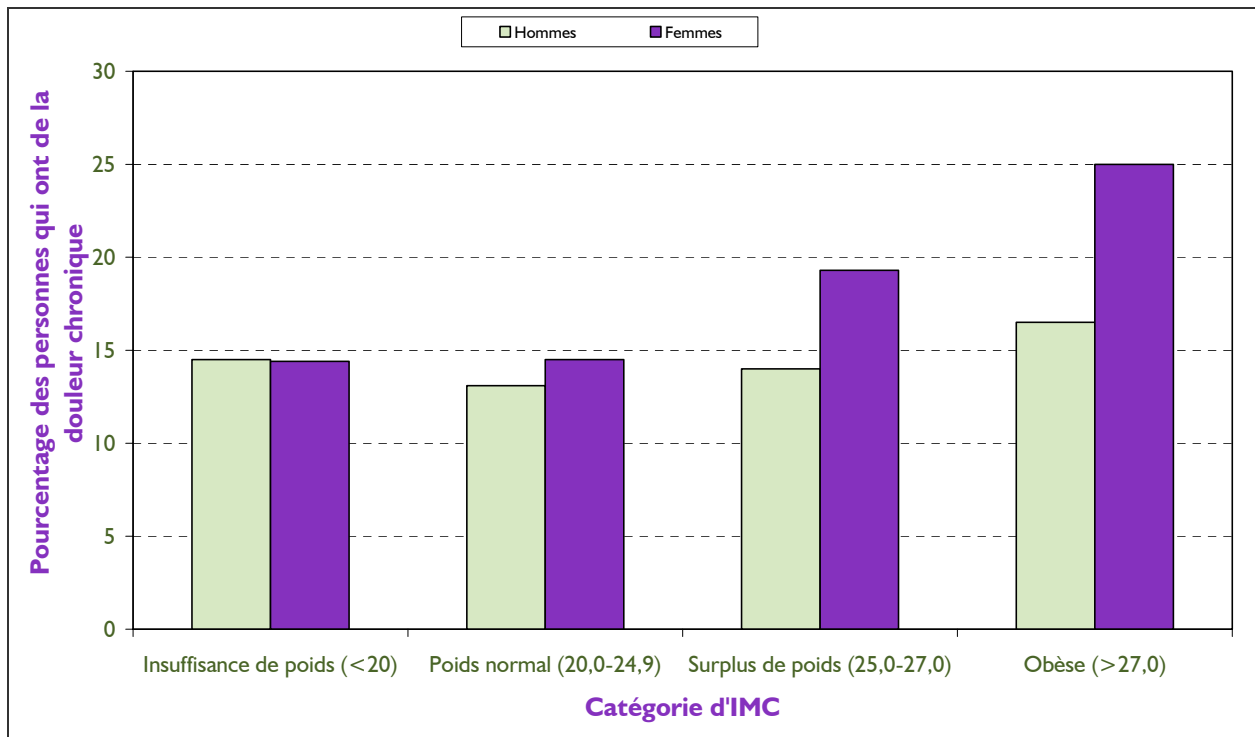


Figure 7 : Intensité de la douleur chez les personnes qui ont une douleur associée à un problème chronique, au Canada



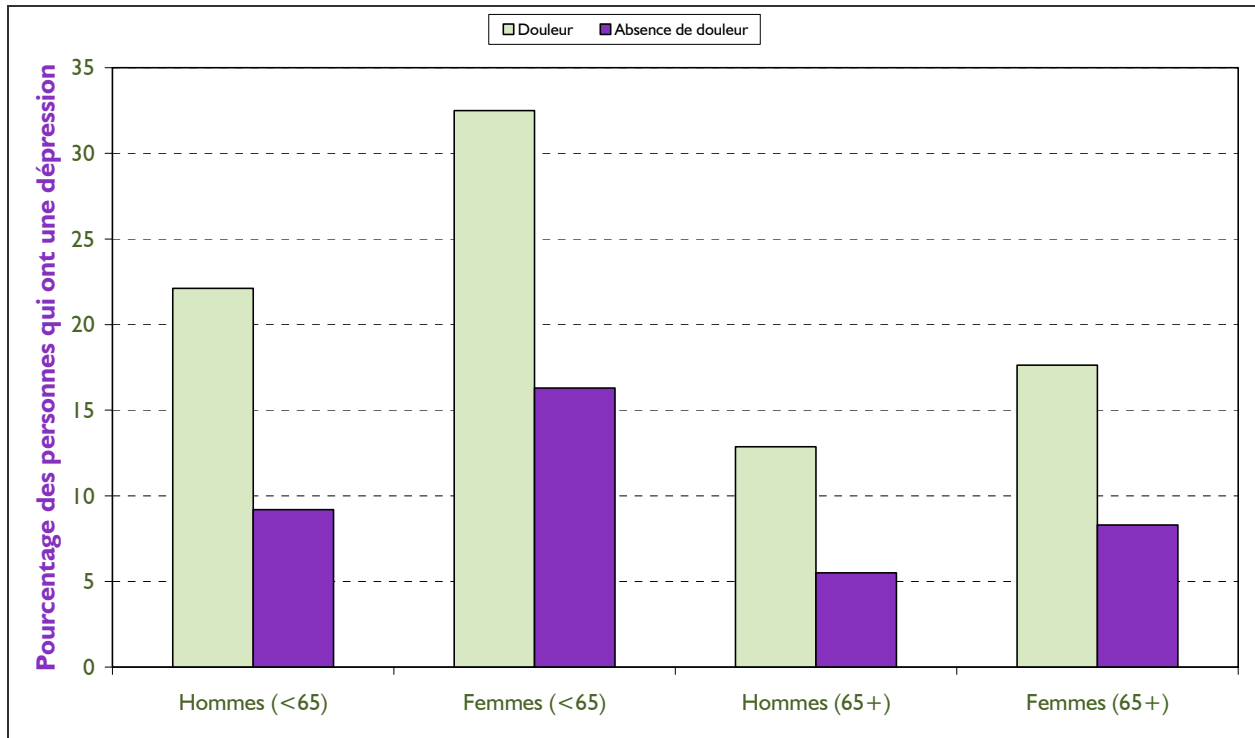
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Figure 8 : Prévalence de la douleur chronique selon le sexe et l'IMC, au Canada



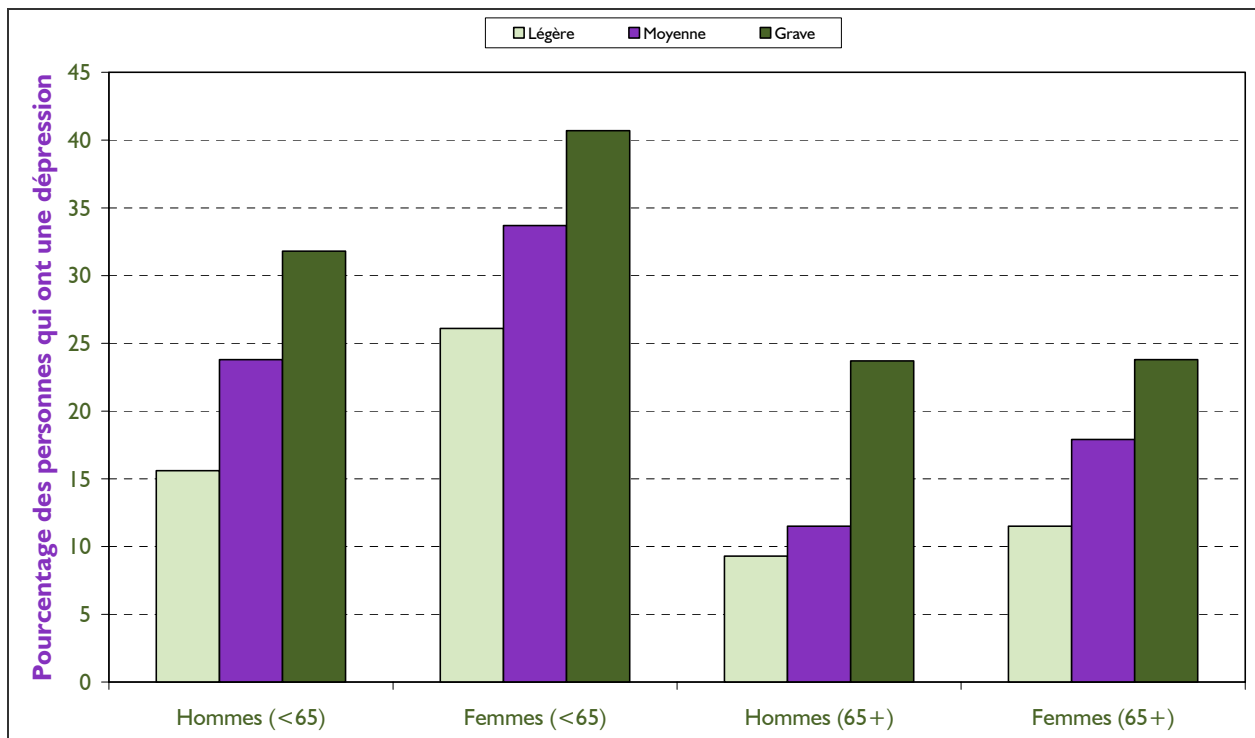
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Figure 9 : Prévalence de la dépression selon le statut de la douleur chronique, l'âge et le sexe, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

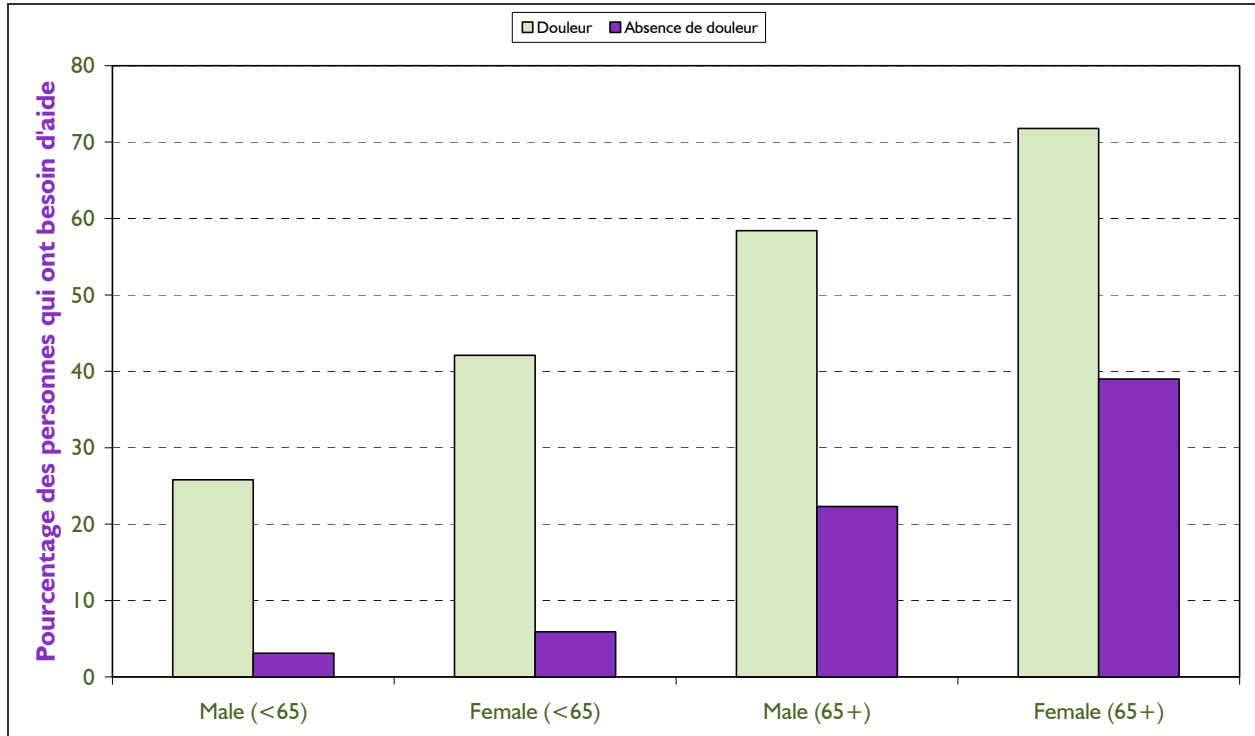
Figure 10 : Prévalence de la dépression selon l'intensité de la douleur, l'âge et le sexe, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001



Figure 11 : Pourcentage des personnes qui ont besoin d'aide selon le statut de la douleur chronique, le sexe et l'âge, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

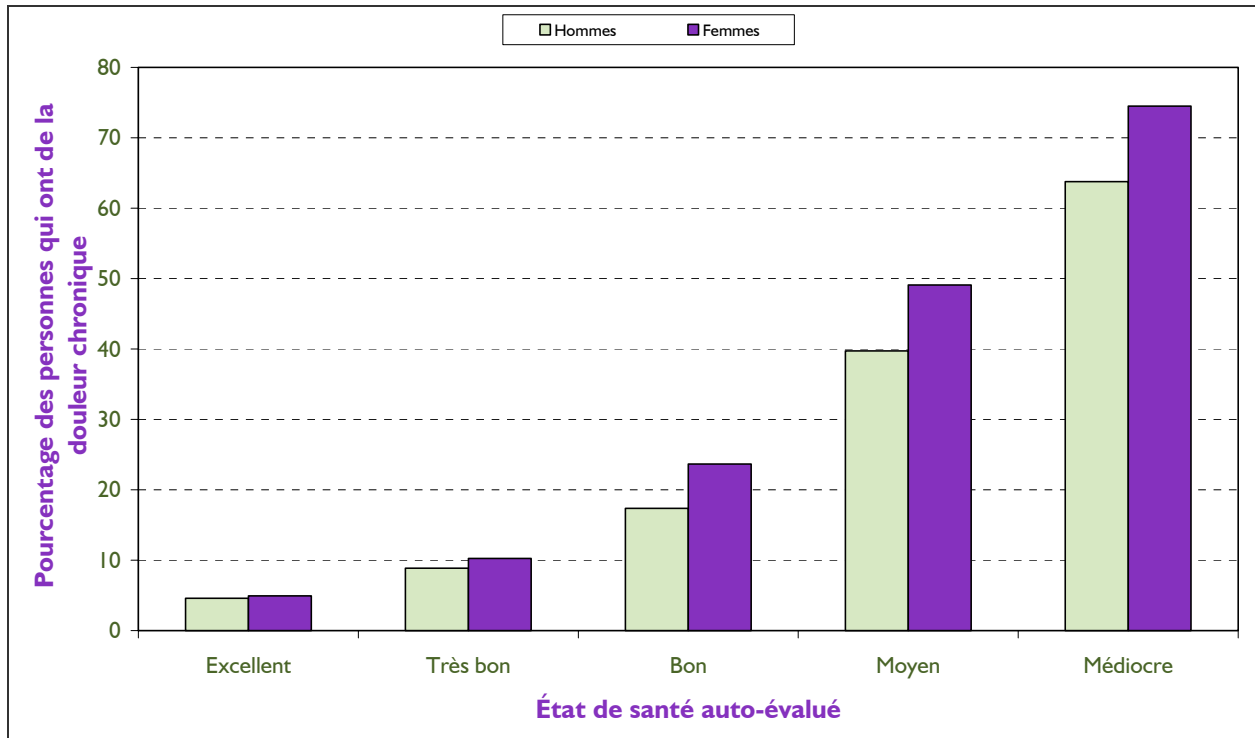
Tableau 12 : Prévalence de la douleur chronique selon les variables de l'emploi

Variables de l'emploi		% qui signalent avoir de la douleur	
		Hommes	Femmes
Vous avez travaillé la semaine dernière?	oui	11,3	13,4
	non	17,2	21,0
	incapable de travailler*	57,4	64,7
Vous vous êtes absenté(e) la semaine dernière?	oui	19,1	19,5
	non	16,8	21,2
Profession	gestion	10,7	14,6
	profession libérale	8,8	14,1
	technologie	10,3	14,4
	administration	10,8	13,6
	ventes et services	10,8	14,7
	métiers	14,0	16,0
	ressources naturelles	13,0	18,0
	fabrication	16,9	16,9
autres	11,7	15,0	

* IC à 95 % diff : 2,25 à 12,38

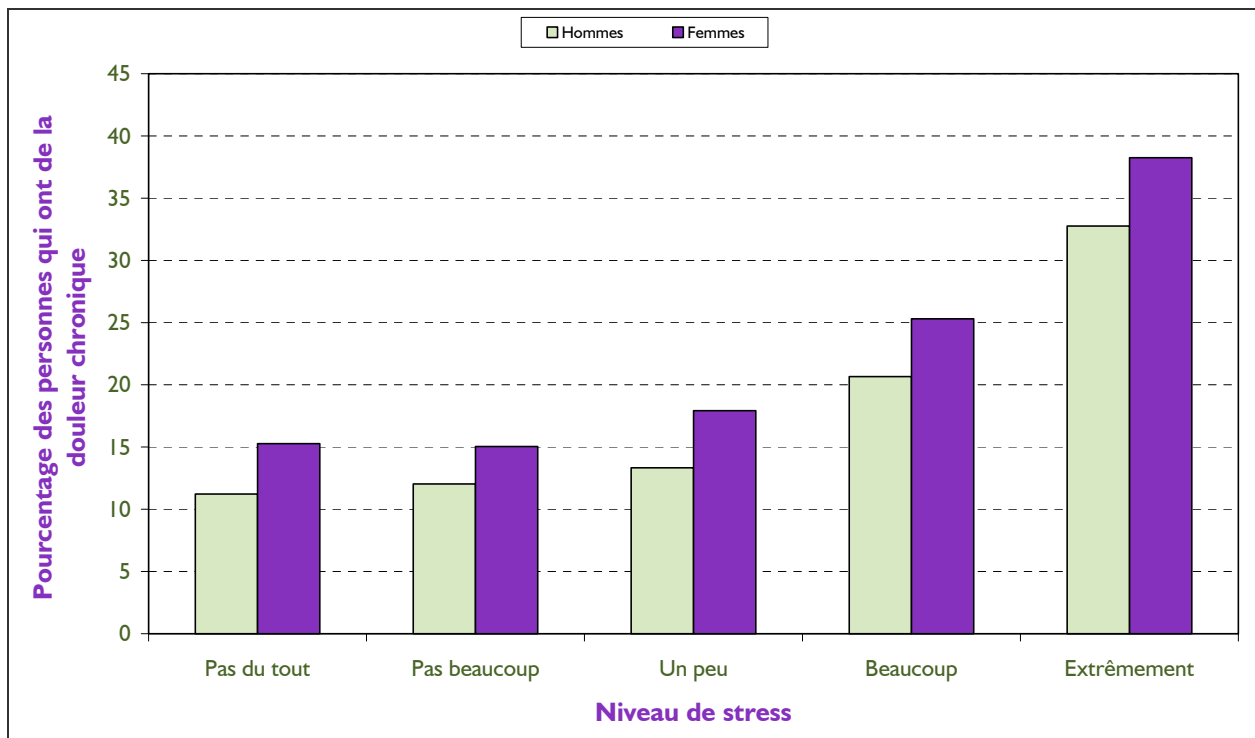
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Figure 13 : Prévalence de la douleur chronique selon l'état de santé auto-évalué, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

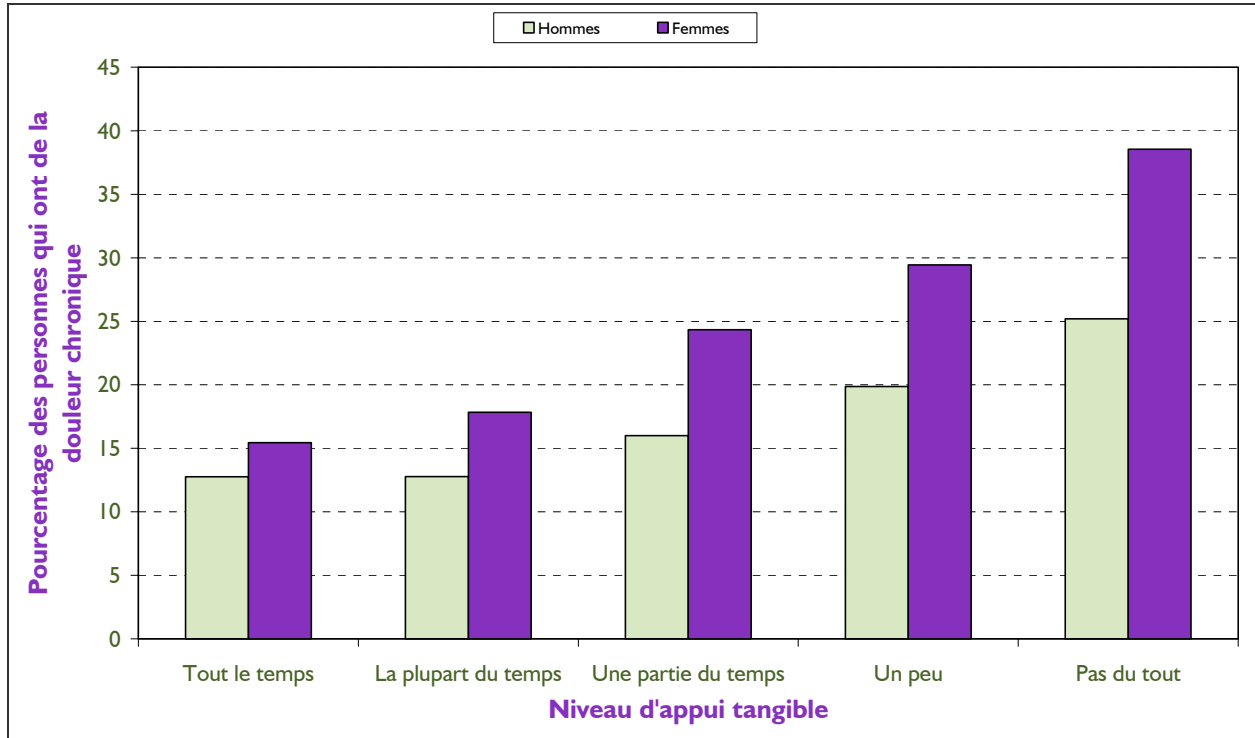
Figure 14 : Prévalence de la douleur chronique selon le stress auto-évalué, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001



Figure 15 : Prévalence de la douleur chronique selon l'appui tangible perçu, au Canada



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Tableau 16 : Pourcentage des personnes qui ont de la douleur chronique, selon le sexe, l'âge, l'origine ethnique

Origine ethnique	Moins de 65 ans		65 ans et plus	
	% hommes	% femmes	% hommes	% femmes
Autochtone	17,9	20,7	34,6	24,7
Noir	5,0	10,4	15,1	25,9
Canadien	13,4	15,8	20,9	26,6
Chinois	8,2	12,5	10,3	21,3
Sud asiatique	7,3	14,3	38,2	55,7
"Europe de l'Ouest"	13,5	17,0	20,8	29,2
Autre	10,8	15,8	21,3	32,3

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Tableau 17 : Régression logistique des variables associées à la douleur, coefficient de probabilité¹

Variables		Coefficient de probabilité	IC à 95 %
Sexe	Hommes	1,00	-
	Femmes	1,03	0,98, 1,09
Âge	De 0 à 19 ans	1,00	-
	De 20 à 44 ans	2,35	2,12, 2,61
	De 45 à 64 ans	3,30	2,98, 3,66
	65 ans et plus	2,77	2,49, 3,09
Conditions généralement associées à la douleur*	Non	1,00	-
	Oui	11,42	10,55, 12,36
Autres problèmes chroniques**	Non	1,00	-
	Oui	2,17	2,00, 2,36
Revenu	Le plus bas	1,00	-
	Classe moyenne inférieure	0,75	0,70, 0,81
	Classe moyenne supérieure	0,64	0,59, 0,68
	Le plus élevé	0,50	0,46, 0,55
Scolarité	Études secondaires non terminées	1,00	-
	Études secondaires terminées	0,80	0,74, 0,86
	Quelques études postsecondaires	0,83	0,74, 0,92
	Grade ou diplôme postsecondaire	0,71	0,67, 0,76

¹ Programmes d'initialisation de Statistique Canada utilisés.

* Problèmes généralement associés à la douleur : arthrite, migraine, maux de dos, fibromyalgie.

** Autres problèmes chroniques : Tout problème chronique autre que ceux reconnus comme généralement associés à la douleur, même si l'on peut associer certains problèmes de cette catégorie à la douleur.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001



Tableau 18 : Pourcentage d'utilisation des soins de santé au cours des 12 mois précédents, selon la douleur chronique et l'âge

	Moins de 65 ans		65 ans et plus	
	% sans douleur	% douleur	% sans douleur	% douleur
Patient hospitalisé ou en foyer de soins	6,0	12,7	12,7	22,9
Consultation d'omnipraticiens	74,7	88,5	87,5	93,5
Consultation d'autres médecins	23,8	45,7	33,5	46,1
Consultation d'infirmières	8,8	14,5	10,1	18,1
Consultation de chiropraticiens	10,5	19,5	7,6	10,0
Consultation de physiothérapeutes	6,6	19,4	6,5	14,0
Consultation de dispensateurs de soins de santé parallèles	10,4	20,4	4,9	8,8

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Tableau 19 : Utilisation des médicaments au cours du mois précédent, selon la douleur chronique et l'âge

	Moins de 65 ans		65 ans et plus	
	% sans douleur	% douleur	% sans douleur	% douleur
N'importe quel médicament	79,0	93,1	91,2	96,0
Analgésique	65,5	82,7	62,9	80,1
Tranquillisant	1,5	7,2	3,3	11,4
Antidépresseur	3,5	12,4	3,6	8,4
Codéine, démerol, morphine	3,8	18,3	3,2	13,5
Somnifères	2,5	10,7	7,3	17,3

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001