

Université du Québec en Outaouais

**Douleur chronique et diversité sexuelle et de genre:
Une étude comparative de l'expérience vécue au sein de la communauté LGBT+**

Essai doctoral

Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie (cheminement professionnel),
profil Psychologie clinique adulte (D. Psy.)

Par
© Philippe Trudel

Octobre 2025

Composition du jury

**Douleur chronique et diversité sexuelle et de genre:
Une étude comparative de l'expérience vécue au sein de la communauté LGBT+**

Par
Philippe Trudel

Cet essai doctoral est évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Stéphanie Cormier, Ph. D., Directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Noémie Bigras, Ph. D., Présidente de jury et examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Paul Samuel Greenman, Ph. D., Examineur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Janie Houle, Ph. D., Examinatrice externe, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers plusieurs personnes qui ont contribué de manière significative à la réalisation de cet essai doctoral.

Je voudrais d'abord adresser mes sincères remerciements à la D^{re} Stéphanie Cormier, Ph. D., pour son soutien inestimable tout au long de mon parcours. Son engagement et sa bienveillance ont été des éléments cruciaux dans mon cheminement. C'est en partie grâce à elle et à son soutien indéfectible que j'ai pu non seulement réussir mon baccalauréat avec brio, mais aussi accéder au programme de doctorat en psychologie clinique. La profonde complicité que j'ai partagée avec elle et les connaissances qu'elle m'a transmises ont véritablement enrichi mon parcours et seront des piliers dans ma future carrière de psychologue. Je tiens ensuite à exprimer ma profonde gratitude envers le D^r Paul Samuel Greenman, Ph. D., superviseur de mes activités cliniques, pour sa contribution indirecte, mais essentielle à mon parcours doctoral. Il a été une véritable source d'inspiration pour moi. Grâce à ses méthodes pédagogiques dynamiques et à son humour subtil, les supervisions avec lui ont toujours été empreintes de sentiments de camaraderie et de complicité, rendant chacune de nos rencontres à la fois enrichissante et mémorable.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers mon conjoint, Samuel. Son soutien et son amour inconditionnels, sa compréhension et son encouragement ont été d'une importance capitale tout au long de cette aventure. Sans lui, surmonter les défis et les obstacles rencontrés sur le chemin aurait été bien plus ardu. Son soutien constant m'a donné la force et la motivation nécessaires pour persévérer et atteindre mes objectifs. Je remercie en fin de compte mes parents, mes amis, mes collègues et toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce projet. Leur appui a été une source de réconfort tout au long de ce parcours exigeant. Je porterai toujours avec moi les précieuses leçons apprises et les souvenirs partagés.

Résumé

La douleur chronique est une condition de santé hautement prévalente, dont la répartition inégale soulève des enjeux d'équité en santé. Certaines populations, dont les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, seraient touchées de manière disproportionnée, bien que peu d'études aient comparé directement leur expérience de la douleur chronique. Le présent essai doctoral visait à explorer cette question à partir d'un échantillon de 90 individus répartis en trois groupes: cishétérosexuel, cishomosexuel, et autre (c.-à-d. personnes non monosexuelles ou non binaires). À l'aide d'un devis quantitatif transversal, un sondage en ligne composé de questionnaires autorapportés a permis d'évaluer les caractéristiques de la douleur chronique, son impact fonctionnel et ses corrélats psychosociaux. Diverses analyses statistiques (khi-carré, ANOVA, régressions multiples) ont permis d'examiner les disparités entre les trois groupes. Les résultats révèlent que les personnes non monosexuelles ou non binaires (groupe autre) rapportent des douleurs plus sévères, un fonctionnement quotidien plus altéré, ainsi qu'une plus faible proportion de diagnostics médicaux formels. Ce groupe présente également des niveaux plus élevés de stigmatisation perçue liée à la douleur et de dramatisation face à la douleur. Enfin, la tendance à dramatiser la douleur semble prédire l'intensité de la douleur et le niveau de fonctionnement, et pourrait jouer un rôle clé dans l'effet du groupe d'appartenance sur l'expérience de la douleur chronique. Ces résultats mettent en lumière d'importantes disparités dans l'expérience de la douleur chronique au sein des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, et soulignent la pertinence d'examiner les facteurs psychosociaux dans une perspective de soins équitables.

Mots clés: douleur chronique; LGBT+; dramatisation; dépression; stigmatisation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
AVANT-PROPOS	viii
CHAPITRE I: INTRODUCTION	1
1.1. La douleur chronique	3
1.1.1. Les répercussions de la douleur chronique	4
1.2. Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique	6
1.2.1. Les facteurs psychologiques de la douleur chronique	7
1.2.1.1. La dramatisation face à la douleur.	8
1.2.1.2. Les affects dépressifs.	9
1.2.2. Les facteurs sociaux de la douleur chronique	10
1.2.2.1. La stigmatisation de la douleur chronique.	11
1.3. La douleur chronique chez la communauté LGBT+	13
1.4. La pertinence du projet proposé.....	21
1.5. Les objectifs et les hypothèses.....	24
CHAPITRE II: MÉTHODOLOGIE	26
2.1. Personnes participantes.....	26
2.2. Procédure	26
2.3. Instruments de mesure	27
2.3.1. Questionnaire des personnes participantes	27
2.3.2. Questionnaire concis sur les douleurs.....	27
2.3.3. Questionnaire sur la santé du patient	28
2.3.4. Échelle de dramatisation face à la douleur	28
2.3.5. Échelle de stigmatisation perçue de la douleur chronique.....	29
2.4. Analyses statistiques	30
CHAPITRE III: RÉSULTATS	32
3.1. Résultats.....	32
3.1.1. Description sociodémographique de l'échantillon.....	32
3.1.2. Caractéristiques de la douleur chronique et comparaison entre les trois groupes	34
3.1.3. Composantes psychosociales de la douleur et comparaison entre les trois groupes... 38	
3.1.4. Prédiction de la douleur chronique à partir des variables psychosociales	40
CHAPITRE IV: DISCUSSION	45
4.1.1. Synthèse intégrative des principaux résultats	45
4.1.1.1. Disparités dans l'expérience de la douleur selon l'appartenance LGBT+.....	45
4.1.1.2. Vulnérabilité psychosociale et douleur chronique dans les groupes minoritaires.	48
4.1.1.3. Facteurs psychosociaux en lien avec la sévérité de la douleur.	51
4.1.4. Retombées de l'étude.....	53
4.1.4.1. Retombées en pratique clinique.	54
4.1.4.2. Retombées éducatives.	57
4.1.5. Limites et forces de l'étude.....	58
4.1.6. Pistes pour les études futures	60

4.2. Conclusion	62
RÉFÉRENCES	64
ANNEXE A: CONFIRMATIONS DES COAUTRICES	84
ANNEXE B: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	86
ANNEXE C: CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	90
ANNEXE D: QUESTIONNAIRES.....	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Description sociodémographique de l'échantillon en fonction des trois groupes.</i>	33
Tableau 2. <i>Caractéristiques de la douleur chronique en fonction des trois groupes.</i>	35
Tableau 3. <i>Composantes psychosociales de la douleur en fonction des trois groupes.</i>	39
Tableau 4. <i>Résultats de la régression linéaire multiple hiérarchique prédisant l'intensité générale de la douleur chronique.</i>	42
Tableau 5. <i>Résultats de la régression linéaire multiple hiérarchique prédisant l'interférence de la douleur chronique.</i>	44

AVANT-PROPOS

Le contexte théorique de cet essai doctoral est en partie inspiré d'un article scientifique que j'ai rédigé et publié à titre de premier auteur. L'article en question est une revue des écrits scientifique s'intitulant « *Les minorités sexuelles et de genre vivant avec une douleur chronique: Survol des expériences et défis en contexte de soins de santé* ». Cette recension des écrits a été publiée dans la revue *Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement*. Dans le cadre de cette publication, j'ai notamment mené le processus de recherche sur les bases de données, conceptualisé le plan de l'article, rédigé la première version de l'article, et révisé l'article.

CHAPITRE I: INTRODUCTION

Considérée comme l'une des principales causes d'invalidité à l'échelle mondiale, la douleur chronique constitue un problème de santé hautement prévalent, mais encore insuffisamment compris et étudié chez certaines populations (Driscoll et al., 2021; Mills et al., 2019; Perugino et al., 2022). De récents écrits ont indiqué que les adultes canadiens ne présentent pas tous un risque équivalent de développer une douleur chronique (Choinière et al., 2020). Plus précisément, sa prévalence et sa sévérité tendent à être significativement plus élevées chez les personnes exposées à des inégalités systémiques en matière de santé et d'accès aux soins (Craig et al., 2020). Ces disparités seraient particulièrement marquées au sein des groupes minoritaires, notamment chez les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre (Craig et al., 2020; Pinnamaneni et al., 2022; Tabernacki et al., 2024).

L'acronyme officiel *2ELGBTQI+*¹ regroupe les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queers, intersexuées, ainsi que celles s'identifiant à d'autres identités de genre ou orientations sexuelles marginalisées (Gouvernement du Canada, 2022). Dans un souci de lisibilité et de cohérence terminologique, le présent essai doctoral emploie le terme abrégé *LGBT+*, reconnu internationalement par la communauté scientifique pour désigner ces diverses orientations sexuelles ou romantiques et identités de genre.

¹ 2E = les personnes « deux esprits »; L = les personnes lesbiennes, c.-à-d. celles qui sont attirées émotionnellement ou sexuellement par des femmes de même sexe; G = les personnes gaies, soit des hommes attirés émotionnellement ou sexuellement par d'autres hommes; B = les personnes bissexuelles, soit celles qui sont attirées émotionnellement ou sexuellement par des personnes des deux sexes; T = les personnes transgenres, soit celles dont l'identité de genre diffère de leur genre assigné à la naissance; Q = les personnes queers, soit celles qui ne se sentent pas à l'aise avec d'autres étiquettes ou qui ne s'identifient pas à des catégories définies; I = les personnes intersexuées, soit celles qui naissent avec des caractéristiques sexuelles qui ne correspondent pas strictement aux normes biologiques typiques mâles ou femelles; + = les personnes qui se reconnaissent dans d'autres groupes de genre, comme celles aromantiques qui ne ressentent pas d'attrance ou d'intérêt romantique et ne souhaitent pas s'exprimer romantiquement.

Des recherches récentes ont montré que les personnes appartenant à la communauté LGBT+ présentent un risque accru de développer divers problèmes de santé physique et mentale, y compris des douleurs chroniques (Fredriksen-Goldsen & Kim, 2017; Nagata et al., 2021; National LGBT Health Education Center, 2018; Pinnamaneni et al., 2022; Stocking et al., 2024; Tabernacki et al., 2024). Ces individus seraient également plus susceptibles de rencontrer des obstacles dans le système de santé, lesquels pourraient contribuer à un accès réduit au diagnostic, à une reconnaissance tardive des symptômes ou à une prise en charge sous-optimale de la douleur (Craig et al., 2020; Tabernacki et al., 2024). Ces constats soulignent l'importance de considérer les déterminants sociaux de la santé comme des facteurs susceptibles d'influencer directement l'expérience de la douleur chronique (De Ruddere & Craig, 2016). D'ailleurs, certains auteurs ont avancé que les expériences de discrimination, de rejet ou d'invalidation vécues par les personnes issues de la communauté LGBT+ pourraient accentuer leur vulnérabilité face à la douleur (Cyrus, 2017; Frost & Fingerhut, 2016; Hsieh & Shuster, 2021; Marchi et al., 2024; Meyer, 2003; Meyer et al., 2021).

Conformément à des perspectives biopsychosociale et intersectionnelle, il est plausible que les personnes issues de la communauté LGBT+ aux prises avec une douleur chronique soient confrontées à un double fardeau: celui lié à une condition de santé chronique méconnue et celui découlant de leur identité sociale marginalisée. Comprendre les particularités de l'expérience de la douleur chronique dans cette population apparaît dès lors essentiel pour réduire les disparités en santé, adapter les pratiques cliniques et guider les politiques de soins vers une plus grande équité. Le présent projet s'inscrit dans cette visée en explorant l'expérience de la douleur chronique au sein de la diversité sexuelle et de genre, à travers l'analyse de ses caractéristiques cliniques, fonctionnelles et psychosociales.

1.1. La douleur chronique

Auparavant strictement perçue comme la conséquence d'une atteinte ou d'une blessure physique, la douleur chronique est désormais comprise comme une maladie à part entière (Raja et al., 2020; Turk & Gatchel, 2018). Malgré le fait que le terme « douleur chronique » soit couramment utilisé depuis les années 1970, ce n'est que plus récemment que cette affection a été reconnue formellement comme une maladie à part entière (douleur chronique primaire) plutôt que comme un simple symptôme d'une autre maladie (douleur chronique secondaire; Raffaeli et al., 2021). D'ailleurs, la douleur chronique figure pour la toute première fois dans la plus récente version de la Classification internationale des maladies (Nugraha et al., 2019).

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), la *douleur* est définie comme une expérience à la fois sensorielle et émotionnelle désagréable, qui est associée ou ressemble à celle qui est associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles (Raja et al., 2020). En contraste à la douleur aiguë, la *douleur chronique* se distingue par sa durée de plus de trois mois (Treede et al., 2019). Bien que le critère temporel fasse partie intégrante de la définition de la douleur chronique, ce dernier semble insuffisant pour qualifier avec justesse ce problème de santé complexe. En effet, cette limite de temps a été jugée arbitraire par certains auteurs, notamment parce qu'elle ne tiendrait pas compte de la variabilité individuelle dans l'expérience de la douleur persistante (Raffaeli et al., 2021). Au-delà de sa composante temporelle, la douleur chronique a pour particularité la perte de la fonction d'avertissement, qui est normalement attribuée à la nociception, soit le processus neurophysiologique par lequel le système nerveux détecte et transmet les signaux provenant de stimuli potentiellement dommageables pour les tissus (IASP, 2017). Autrement dit, la douleur qui persiste n'est plus un signal d'alarme adaptatif destiné à protéger l'organisme; elle est majoritairement maintenue par

des facteurs pathogéniques et physiquement éloignés de sa cause initiale (Raffaeli et al., 2021). En pratique clinique, le terme douleur chronique est fréquemment utilisé comme une catégorie générique englobant un large éventail de conditions douloureuses persistantes, telles que la migraine, la fibromyalgie ou la lombalgie (Raffaeli et al., 2021). Celles-ci sont souvent caractérisées par une étiologie incertaine et des répercussions notables sur le fonctionnement et la qualité de vie des gens concernés (Driscoll et al., 2021; Haack et al., 2020; Mills et al., 2019; Yong et al., 2022).

1.1.1. Les répercussions de la douleur chronique

Partout dans le monde, la douleur chronique représente un réel problème de santé publique (Mills et al., 2019; Yong et al., 2022). Au Canada, elle touche jusqu'à un adulte sur quatre, soit environ 7,6 millions de personnes, et engendre des coûts directs (soins médicaux, pharmacothérapie) et indirects (pertes de productivité, invalidité) considérables (Choinière et al., 2020). Toutefois, ces données ne rendent pas pleinement compte de la lourdeur du fardeau personnel, psychologique et social que représente cette affection persistante.

La douleur chronique est bien plus qu'un simple symptôme prolongé; elle constitue une condition invalidante, susceptible d'entraîner des altérations profondes du fonctionnement quotidien. Sur le plan physique, elle est fréquemment associée à une réduction de la mobilité, de la flexibilité et de l'endurance, rendant difficile la réalisation de tâches aussi simples que marcher, s'habiller ou effectuer des courses (Dueñas et al., 2016). Cette limitation peut mener à une perte d'autonomie, voire à un besoin accru d'assistance, ce qui peut à son tour affecter l'estime de soi et le sentiment de dignité personnelle. Le sommeil est également perturbé de manière significative. Des études ont d'ailleurs montré que plus de la moitié des gens vivant avec une douleur chronique ont rapporté des troubles du sommeil, incluant des difficultés

d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents et une sensation de sommeil non réparateur, ce qui alimente un cercle vicieux de fatigue, de douleur et d'irritabilité (Haack et al., 2020).

Les conséquences professionnelles sont aussi considérables. Nombreuses sont les personnes qui réduisent leurs heures de travail, changent d'emploi ou cessent complètement toute activité professionnelle en raison de leur état. Ce retrait forcé peut entraîner des pertes financières importantes, mais également des sentiments d'exclusion, d'inutilité et d'échec, particulièrement lorsque la douleur survient en milieu de vie active (Driscoll et al., 2021; Yong et al., 2022). Sur le plan relationnel, la douleur chronique agit souvent comme un agent perturbateur. Elle peut altérer la dynamique familiale, créer des tensions dans les relations conjugales, et restreindre la participation à des activités sociales, ce qui engendre progressivement un retrait social, un isolement et un sentiment de solitude (Karos et al., 2018). Ce désengagement pourrait parfois être volontaire, par crainte d'être jugé ou incompris, mais il pourrait aussi être le fruit d'une perte d'énergie ou de motivation.

Sur le plan psychologique, la douleur persistante est fortement associée à une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, à des niveaux accrus de stress perçu et à des difficultés d'adaptation. L'imprévisibilité des symptômes, le sentiment d'incontrôlabilité et l'inefficacité perçue des traitements peuvent favoriser l'émergence d'émotions intenses, telles que la colère, la frustration ou la honte (Mills et al., 2019; Schopflocher et al., 2011). Certaines personnes développent une vision négative d'elles-mêmes, marquée par une perception d'échec, de faiblesse ou d'inadéquation. Il en résulterait une diminution marquée de la qualité de vie, comparable, voire supérieure, à celle observée chez les patients atteints de maladies graves comme le cancer ou les troubles neurodégénératifs (Breivik et al., 2006).

Ces constats illustrent à quel point la douleur chronique peut engendrer des conséquences importantes sur la vie de l'individu qui en souffre. À cet effet, elle ne se limite pas à un inconfort physique persistant, mais se présente comme une expérience complexe, qui affecte non seulement le corps, mais aussi l'état psychologique et les relations interpersonnelles. Dans ce cadre, il devient impératif d'adopter une vision élargie de la douleur chronique, qui dépasse les explications strictement biomédicales. En effet, plusieurs études récentes ont souligné que les manifestations physiques de la douleur sont profondément influencées par des facteurs psychosociaux (Edwards et al., 2016; Quartana et al., 2020; Sturgeon & Zautra, 2023). Il est désormais bien établi que l'expérience psychologique d'une personne, qui comprend notamment ses émotions, ses cognitions et son vécu relationnel, peut moduler de manière significative l'expression de la maladie (Racine et al., 2021; Thompson et al., 2022).

1.2. Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique

Le modèle biopsychosocial a été proposé par Engel en 1977 afin d'élargir la perspective du modèle biomédical, qui tendait à considérer la douleur comme un simple reflet d'une atteinte physique localisée (Engel, 1977; Tait & Chibnall, 2022). Malgré une plus grande reconnaissance de la douleur chronique et de ses répercussions sur de nombreuses sphères de la vie des personnes qui en souffrent, cette compréhension biomédicale persiste encore aujourd'hui, tant dans la recherche que dans la pratique clinique (Tait & Chibnall, 2022). Or, cette vision apparaît réductrice et ne rend pas compte de la complexité de cette affection (Raja et al., 2020; Tait & Chibnall, 2022; Turk & Gatchel, 2018). Cela justifie d'ailleurs la position actuelle selon laquelle la douleur est une expérience multidimensionnelle, qui se doit d'être conceptualisée selon une perspective biopsychosociale (Gatchel et al., 2007; Mescouto et al., 2022).

À ce jour, le modèle biopsychosocial de la douleur demeure l'approche la plus exhaustive pour parvenir à une compréhension approfondie et juste de la douleur chronique (Gatchel et al., 2007). Cette perspective souligne que la douleur résulte d'une interaction complexe et dynamique entre des facteurs (1) biologiques, tels que l'étendue de la blessure initiale et les antécédents médicaux, (2) psychologiques, comme les modes de pensées inadaptées et les affects dépressifs, et (3) sociaux, tels que le contexte culturel et le soutien social (Hulla et al., 2019; Raffaelli et al., 2021). De nombreux auteurs ont reconnu que ces dimensions interagissent de manière réciproque et contribuent à moduler, à la hausse comme à la baisse, l'expérience douloureuse (Driscoll et al., 2021; Gatchel et al., 2007). Malgré les nombreuses évidences empiriques qui le soutiennent, le modèle biopsychosocial demeure une conceptualisation exigeante, qui préconise une approche interdisciplinaire. Son application complète en contexte clinique est souvent jugée difficile, ce qui pousse plusieurs praticiens à y recourir de façon partielle ou fragmentaire (Stilwell & Harman, 2019).

1.2.1. Les facteurs psychologiques de la douleur chronique

De plus en plus de données empiriques ont illustré que les composantes émotionnelles et cognitives ne constitueraient pas de simples répercussions secondaires de la douleur, mais qu'elles participeraient activement à son intensité, sa durée et sa signification (Driscoll et al., 2021; Racine et al., 2021). L'expérience émotionnelle des gens vivant avec une douleur persistante se caractérise souvent par un niveau accru d'inquiétude, de frustration, d'irritabilité ou de découragement. En retour, ces réactions peuvent également contribuer à amplifier la perception de la douleur, altérer la capacité à faire face à celle-ci et générer une forme de détresse psychologique marquée (Wager et al., 2020). Il est d'ailleurs bien établi que la douleur chronique constitue un facteur de risque au développement de troubles anxieux et de troubles de

l'humeur (Kremer et al., 2021; Radat et al., 2013). Ces états psychologiques ne sont pas de simples cooccurrences; ces manifestations entretiennent souvent une relation bidirectionnelle avec la douleur, agissant comme des modulateurs de son expression. Autrement dit, le vécu psychologique de la douleur n'est pas une conséquence passive de la condition physique, mais bien une composante intégrée de son expression clinique.

1.2.1.1. La dramatisation face à la douleur. Chez les personnes aux prises avec une douleur chronique, l'anxiété tend à se manifester sous la forme de croyances inadaptées spécifiques à la douleur (Gatchel, 2017; Trudel & Cormier, 2022; Trudel & Cormier, 2024). Il est alors possible de constater chez ces individus une tendance à amplifier et à ruminer les sensations douloureuses et à se percevoir comme impuissants face à la situation, ce que certains auteurs appellent communément la *dramatisation face à la douleur* (Sullivan et al., 1995). La tendance à dramatiser la douleur peut se manifester par des pensées pessimistes et exagérées au sujet de la gravité de la douleur, de l'anticipation du pire scénario possible en matière d'évolution de la condition et des sentiments de désespoir face à l'expérience douloureuse (Sullivan et al., 2001). Des recherches ont montré que ces styles cognitifs inadaptés contribueraient à intensifier la perception de la douleur et à aggraver les émotions désagréables qui y sont associées (Petrini & Arendt-Nielsen, 2020; Traxler et al., 2019). Bien qu'elle soit fondamentale à la compréhension de l'expérience de douleur, la notion de dramatisation demeure subjective et mérite d'être nuancée. D'un point de vue extérieur, ce qui peut sembler être une dramatisation excessive de la douleur chez une personne peut constituer une expérience objective et parfaitement fondée chez une autre. Or, la douleur étant une expérience fondamentalement personnelle, il importe de reconnaître que l'individu qui en est affligé demeure le meilleur juge de sa propre expérience (Raja et al., 2020).

Le style de cognitions inadaptées que représente la tendance à dramatiser la douleur est l'un des facteurs de risque spécifiques les mieux documentés de la chronicisation de la douleur et des difficultés d'adaptation qui s'y rattachent (Neblett, 2017; Traxler et al., 2019). Des études ont montré que l'anticipation, la rumination et l'impuissance à l'égard de son vécu douloureux peuvent contribuer à amplifier la détresse émotionnelle des individus aux prises avec des douleurs chroniques (Petrini & Arendt-Nielsen, 2020; Sullivan et al., 2001). Des travaux ont aussi illustré que les personnes aux prises avec une douleur persistante ayant un tel mode cognitif signalent des douleurs plus intenses, des niveaux élevés d'invalidité et une capacité d'adaptation moindre (Kadimpati et al., 2015; Slawek et al., 2022). Dans plusieurs cas, la présence d'anxiété associée à la douleur chronique peut également s'accompagner d'une humeur dépressive (Beas et al., 2023; Wager et al., 2020).

1.2.1.2. Les affects dépressifs. La dépression constitue l'un des troubles mentaux les plus prévalents dans le monde (World Health Organization, 2021). Ce trouble est associé à des sentiments persistants de tristesse et de léthargie, une perte d'intérêt pour les activités et des difficultés de sommeil, qui sont eux-mêmes des symptômes fréquemment comorbides avec la douleur chronique (Hulla et al., 2019; Wager et al., 2020). Les manifestations dépressives peuvent notamment entraîner un retrait social, une diminution de la participation aux activités habituelles et une réduction du mouvement, ce qui contribue à son tour à amplifier non seulement l'humeur dépressive, mais aussi la douleur (Newton et al., 2013; Park et al., 2017; Vlaeyen & Crombez, 2009). À l'instar de la douleur chronique, la dépression engendre des impacts considérables sur la qualité de vie des gens qui en sont atteints (Wager et al., 2020; World Health Organization, 2021). Sur le plan pratique, la dépression et la douleur chronique sont souvent étroitement liées et peuvent se renforcer mutuellement (Hulla et al., 2019; Jennifer

et al., 2024). Ce cycle douleur-dépression peut être complexe et difficile à gérer pour les personnes qui y sont confrontées. De plus, la présence de l'un ou l'autre de ces troubles augmente le risque de développer l'autre affection (Jennifer et al., 2024; Hulla et al., 2019). D'ailleurs, il est communément admis que la simple présence de douleur qui persiste dans le temps est à elle seule fortement associée à l'apparition d'épisodes de dépression, ce qui réitère l'importance de systématiquement considérer le vécu affectif des personnes souffrant avec la douleur chronique (Jennifer et al., 2024; Roughan et al., 2021).

1.2.2. Les facteurs sociaux de la douleur chronique

La douleur est un phénomène fondamentalement social, particulièrement en raison du fait que sa fonction première est de communiquer à autrui un besoin d'aide (Raja et al., 2020). De multiples facteurs sociaux contribuent également à forger et à teinter l'expérience de la douleur chronique (Driscoll et al., 2021). En guise d'exemple, des écrits scientifiques ont suggéré que l'origine ethnique joue un rôle important dans le développement et l'expérience de la douleur (Kim et al., 2017; Meints et al., 2019). Certaines études ont illustré que la douleur éprouvée par des personnes noires est systématiquement sous-diagnostiquée et sous-traitée par rapport à celle vécue par leurs homologues blancs (Mende-Siedlecki et al., 2019), un biais qui serait profondément enraciné dans des processus perceptuels (Gingras et al., 2023). Ces écrits scientifiques illustrent avec justesse que la compréhension de l'expérience de la douleur chronique est incomplète si elle est détachée de son contexte socioculturel.

De tels constats mettent en évidence que l'environnement social dans lequel une personne évolue, de même que son appartenance sociale et ses caractéristiques sociodémographiques, constituent certains des facteurs déterminants de l'expérience douloureuse. Tout comme le fait d'être issu d'une communauté noire influence l'expérience de la douleur et son traitement, les

interactions sociales, les relations familiales et le soutien social jouent un rôle crucial dans la manière dont la douleur est perçue et gérée. À l'instar de ces facteurs, les attitudes sociales et les réponses d'autrui à l'égard des personnes vivant avec une douleur chronique peuvent également exercer une influence considérable sur l'expérience de cette maladie.

1.2.2.1. La stigmatisation de la douleur chronique. La stigmatisation des personnes vivant avec la douleur chronique semble constituer un problème répandu et préoccupant (Driscoll et al., 2021; Hickling et al., 2024). Ce phénomène contribuerait à alourdir le quotidien des gens concernés. Des réactions dévalorisantes suggérant que la douleur soit entièrement dans leur tête, que les personnes atteintes de douleur chronique soient portées à faire semblant d'avoir mal pour l'obtention de gains secondaires ou encore qu'elles soient simplement paresseuses sont quelques stéréotypes répandus au sujet de cette population vulnérable (Perugino et al., 2022).

Selon Lévesque-Lacasse et Cormier (2020), la stigmatisation de la douleur chronique renvoie à un ensemble de *stéréotypes négatifs* (c.-à-d., des croyances négatives au sujet des caractéristiques d'un groupe) conduisant à l'émergence de *préjugés* (c.-à-d., des affects négatifs envers les membres d'un groupe) et de *discrimination* (c.-à-d., des actions défavorables envers un groupe) à l'égard des gens vivant avec une douleur chronique. Ces autrices ont souligné que certaines caractéristiques propres à cette affection pourraient contribuer à amplifier la stigmatisation des gens qui en sont atteints, dont son étiologie souvent incertaine, son caractère invisible et son étroite association avec la prise d'opiacés. Une quantité importante d'études ont d'ailleurs montré que la mauvaise compréhension de la douleur et sa minimisation sont courantes (De Ruddere & Craig, 2016; Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020; Perugino et al., 2022).

Certaines évidences ont révélé que la stigmatisation vécue par les personnes aux prises avec une douleur chronique proviendrait non seulement des proches, amis et employeurs, mais

aussi de certaines personnes professionnelles de soins de santé (De Ruddere & Craig, 2016; Perugino et al., 2022). Peu importe sa provenance, la stigmatisation de la douleur chronique contribuerait à accentuer l'émergence de retrait social, de symptômes dépressifs, de sentiments de colère et de honte et d'estime de soi négative chez les gens aux prises avec cette condition (De Ruddere & Craig, 2016; Newton et al., 2013). La stigmatisation de la douleur chronique serait également susceptible de compromettre la qualité des soins prodigués aux individus qui en souffrent (De Ruddere & Craig, 2016; Perugino et al., 2022). De telles expériences auraient également tendance à amplifier le stress imposé par cette condition de santé déjà éprouvante (Davis et al., 2017; Driscoll et al., 2021; Hickling et al., 2024).

Dans certains cas, les personnes atteintes de douleur chronique sont issues de groupes minoritaires, qui sont eux-mêmes susceptibles d'éveiller des stéréotypes et des préjugés négatifs (Choinière et al., 2020). Comme susmentionné, l'expérience de la douleur chronique est influencée par un large éventail de facteurs sociaux, tel que l'origine ethnique, le genre, l'âge, le statut socioéconomique et l'environnement (Anderson et al., 2009; Clark, 2002; Green & Hart-Johnson, 2012; Green et al., 2003; Hart-Johnson & Green, 2010). Bien que les déterminants sociaux de la santé et de la douleur chronique soient relativement bien documentés, les effets de l'identité de genre et de l'attraction sexuelle ou romantique n'ont suscité que très peu d'attention jusqu'à présent. Or, des données justifient qu'un intérêt plus soutenu soit accordé à l'expérience de la communauté LGBTQ+, notamment car elle semble plus encline à être atteinte de diverses maladies chroniques, dont des douleurs persistantes (Craig et al., 2020; Nagata et al., 2021; Stocking et al., 2024; Tabernacki et al., 2024; Zajacova et al., 2023).

1.3. La douleur chronique chez la communauté LGBTQ+

Mieux comprendre les difficultés auxquelles les membres de la communauté LGBTQ+ vivant avec une douleur chronique sont confrontés implique de tenir compte de ces deux dimensions et de leur interaction. L'intersectionnalité, une perspective explorant le croisement complexe entre différentes formes de discrimination pouvant affecter simultanément la vie des individus, s'avère particulièrement cruciale dans ce cadre précis. Appliqué dans ce contexte, le concept d'intersectionnalité renvoie à l'idée selon laquelle l'identité de genre et l'attraction sexuelle et romantique ne sont qu'une partie de l'ensemble des caractéristiques d'une personne, et que d'autres facteurs, tels que l'origine ethnique, la classe sociale et l'âge, sont des composantes qui entrent elles aussi en jeu (Macgregor et al., 2023). Par conséquent, les personnes faisant partie de la communauté LGBTQ+ vivant avec une douleur chronique peuvent être confrontées à de multiples stigmates, menant par le fait même à une expérience unique et singulière de la maladie et des soins de santé qui s'y rattachent (Craig et al., 2020; Perugino et al., 2022). Selon cette vision, cette population serait donc plus à risque d'être exposée à des obstacles dans le contexte de la gestion de leur douleur chronique, dont l'accès limité aux soins de santé, les préjugés médicaux, ou le manque de sensibilité des personnes professionnelles de la santé à l'égard de la communauté LGBTQ+ (Perugino et al., 2022; Zajacova et al., 2023). Cette double stigmatisation, découlant à la fois de leur identité sociale et de leur affection médicale, pourrait contribuer à expliquer la prévalence élevée de douleur chronique chez les personnes issues de la communauté LGBTQ+ (Craig et al., 2020; Stocking et al., 2024; Tabernacki et al., 2024; Zajacova et al., 2023).

Ces constats sont appuyés par le Groupe de travail canadien sur la douleur (Choinière et al., 2020), qui souligne que les populations stigmatisées, comme les personnes issues de la

diversité sexuelle et de genre, rencontrent des obstacles importants lors de l'évaluation et de la prise en charge de leur douleur chronique. Le rapport de Choinière et al. (2020) met en évidence le manque de données scientifiques concernant ces populations et appelle à une meilleure prise en compte de leurs expériences vécues. De manière complémentaire, la recension des écrits menée par Craig et al. (2020) montre que les disparités sociales, dont l'appartenance à la diversité sexuelle ou de genre, peuvent influencer non seulement la prévalence de la douleur, mais aussi sa manifestation et la façon dont elle est reconnue et traitée dans les systèmes de soins de santé. Plus spécifiquement, chez ces populations, la stigmatisation peut intensifier l'expérience de la douleur, aggraver la détresse psychologique associée et limiter l'accès aux soins. Ces travaux soulignent donc l'importance de considérer les facteurs sociaux dans l'évaluation et la gestion de la douleur chronique chez les personnes LGBT+.

Une récente étude transversale menée par Zajacova et al. (2023) à l'aide de données d'enquêtes nationales soutient d'ailleurs de façon convaincante que les personnes s'identifiant comme faisant partie de la diversité sexuelle et de genre présentent des niveaux de douleur chronique significativement plus élevés que les personnes cisgenres hétérosexuelles. Les auteurs ont également montré que la prévalence de la douleur chronique varie au sein des différents sous-groupes de la communauté LGBT+ (Zajacova et al., 2023). Plus précisément, les personnes s'identifiant comme bisexuelles ou appartenant à une catégorie « autre » (incluant les personnes queer, transgenre, intersexuelles, etc.) semblent présenter des taux de douleur chronique nettement plus élevés que les personnes cisgenres homosexuelles et hétérosexuelles. Cette disparité serait principalement expliquée par un niveau particulièrement élevé de détresse psychologique rapportée chez ces deux sous-groupes. Ces résultats corroborent l'hypothèse selon laquelle l'expérience de la douleur chronique pourrait être modulée par l'identité de genre et

l'orientation sexuelle (Choinière et al., 2020; Craig et al., 2020; Zajacova et al., 2023). Or, les recherches portant spécifiquement sur le vécu des minorités sexuelles et de genre confrontées à la douleur chronique demeurent limitées, ce qui met en évidence un champ d'investigation encore largement inexploré.

Case et al. (2004) ont réalisé une recherche qui avait comme objectif de vérifier la présence d'associations entre l'attraction sexuelle ou romantique et certains facteurs de risque en lien avec l'état de santé physique et mentale auprès d'un échantillon de 90 823 femmes, dont 694 avaient déclaré avoir une orientation homosexuelle. Quoique les auteurs ne se soient pas de prime abord intéressés à la douleur chronique et qu'ils aient considéré la douleur comme étant strictement secondaire à une autre condition de santé, leur étude a permis de constater que les personnes issues des minorités sexuelles rapportaient davantage de limitations fonctionnelles engendrées par des douleurs. Plus récemment, une étude similaire a vérifié la présence de disparités en matière de santé chez les minorités sexuelles et de genre. Cette recherche, qui a été réalisée par Fredriksen-Goldsen et Kim (2017), s'intéressait aux problèmes de santé chez des personnes ayant une orientation homosexuelle ou bisexuelle. Les analyses menées sur 96 992 bilans de santé de personnes âgées de 50 ans ou plus ont révélé que les minorités sexuelles et de genre étaient plus enclines à souffrir d'incapacités que les personnes cisgenres ayant une orientation hétérosexuelle. Ainsi, dans cette recherche, les personnes s'identifiant comme gaies, lesbiennes ou bisexuelles étaient plus à risque de souffrir d'un handicap physique ou d'un trouble de santé mentale que les personnes ayant une orientation hétérosexuelle (Fredriksen-Goldsen & Kim, 2017). Les minorités sexuelles et de genre étaient aussi plus susceptibles de rapporter de la douleur à plusieurs endroits simultanément en comparaison aux personnes ayant une orientation hétérosexuelle, et elles signalaient vivre davantage de limitations fonctionnelles associées à une

douleur chronique (Fredriksen-Goldsen & Kim, 2017). Quoiqu'intéressants, ces résultats contredisent des données plus récentes qui ont proposé que les disparités en matière de santé seraient plus importantes chez les populations plus jeunes (Meyer et al., 2021).

Dans le même ordre d'idée, Roberts et al. (2013) ont vérifié la présence de disparités associées à l'attraction sexuelle ou romantique dans la douleur chronique vécue par 9 864 personnes, dont 368 étaient issues de minorités sexuelles et de genre. Les données colligées ont révélé un risque accru de maux de tête et de douleurs abdominales et pelviennes chez les femmes bisexuelles (Roberts et al., 2013). De façon générale, les maux de tête, les migraines, les douleurs abdominales, les troubles digestifs, les maux de dos, les douleurs aux épaules et celles qui sont liées à l'arthrite ont figuré parmi les manifestations douloureuses les plus fréquemment rapportées par la communauté LGBT+ (Case et al., 2004; Roberts et al., 2013; Sandfort et al., 2006). De tels résultats méritent toutefois d'être nuancés, étant donné que l'échantillon en était un de convenance, que l'étude ciblait une population adolescente et qu'elle misait sur l'abus sexuel subi durant l'enfance.

L'étude menée par Katz-Wise et al. (2015) visait quant à elle à explorer les facteurs associés aux disparités en matière d'orientation sexuelle dans la prévalence de la douleur chronique auprès d'un échantillon de 8 319 jeunes adultes âgés de 11 à 24 ans, dont 815 faisaient partie de la communauté LGBT+. Leurs résultats ont montré que les hommes d'orientation homosexuelle étaient plus susceptibles de déclarer des maux de tête en comparaison aux hommes d'orientation hétérosexuelle (Katz-Wise et al., 2015). Une récente étude a d'ailleurs révélé que la prévalence des migraines est significativement plus élevée chez les femmes d'orientation bisexuelle ou homosexuelle (36,8% et 24,7% respectivement) en comparaison à celles ayant une orientation hétérosexuelle (19,7%), ainsi que chez les hommes bisexuelles ou homosexuelles

(22,8% et 14,8% respectivement) comparativement à ceux ayant une orientation hétérosexuelle (9,8%) (Heslin, 2020). Sachant que la prévalence de certaines douleurs persistantes risque d'augmenter de façon importante avec l'âge, il demeure incertain si les conclusions tirées dans cette étude représentent l'ensemble de la population aux prises avec une douleur chronique.

Dragon et al. (2017) ont pour leur part mené une étude visant à remédier à l'absence de données sur la santé physique des populations transgenres. Plus précisément, leurs travaux ont visé à vérifier la prévalence de maladies chroniques au sein de dossiers d'assurance-maladie de 7 454 personnes transgenres et 39 136 229 personnes cisgenres. En comparaison aux personnes cisgenres, des taux de maladies chroniques accrus ont été constatés chez les personnes transgenres. Chez ces dernières, celles qui sont âgées de 65 ans ou plus se voyaient plus enclines à souffrir de douleur chronique neuropathique que leurs homologues cisgenres (Dragon et al., 2017). Leurs résultats ne rendent néanmoins pas compte de l'identité de genre de la population étudiée, ce qui offre un portrait incomplet de l'expérience de la maladie chez cette population. Strath et al. (2020) se sont penchés sur les différences entre les *genres* quant à la sensibilité à la douleur et ont contribué à illustrer l'importance de l'identité de genre par rapport au genre attribué à la naissance dans l'expérience de la douleur chronique. Dans cette étude, 51 personnes ayant une origine afro-américaine ont été évaluées, dont 24 hommes cisgenres, 20 femmes cisgenres et sept femmes transgenres. Dans le cadre de cette recherche, les personnes ont notamment rempli un ensemble de tests sensoriels quantitatifs destinés à évaluer la douleur en réponse à la chaleur et à des stimuli mécaniques. Leurs analyses ont révélé que les femmes transgenres ressentaient plus de sensations douloureuses que les femmes ou les hommes cisgenres. De plus, les femmes, qu'elles soient transgenres ou cisgenres, rapportaient des douleurs d'intensité plus sévères en comparaison aux hommes cisgenres (Strath et al., 2020).

Malgré son échantillon restreint, cette étude demeure pertinente étant donné que peu d'études ont été menées sur l'expérience de la douleur chez les personnes transgenres.

Plus récemment, quatre études ont tenté de mieux comprendre l'expérience de la douleur au sein de la communauté LGBTQ+. La première est l'étude réalisée par Chadwick et al. (2023), qui ont examiné les différences de douleur chronique entre les personnes cisgenres et celles qui font partie de minorités sexuelles et de genre. Elle utilise les données de l'étude PRIDE, soit la première recherche nationale à grande échelle portant sur la santé des personnes issues de la communauté LGBTQ+. Sur 6 189 personnes, 54,6% ont rapporté une douleur chronique principalement localisée au niveau du dos. Un tiers des personnes non binaires, des hommes transgenres et des personnes ayant choisi un autre genre souffraient de douleur chronique généralisée. Les femmes transgenres et les hommes cisgenres ont présenté la prévalence la plus faible de douleur chronique généralisée. Sur le plan de l'orientation sexuelle, tandis que les gens hétérosexuels, bisexuels ou pansexuels et ceux qui sont homosexuels ont la plus faible prévalence de douleur chronique généralisée, les gens queers, asexuels et demisexuels ont la plus forte (Chadwick et al., 2023). Toutefois, les facteurs biopsychosociaux susceptibles d'influencer la douleur chronique ont été peu abordés dans le cadre de cette étude.

La seconde étude d'intérêt est la revue systématique menée par Haarmann et al. (2023). Celle-ci visait à examiner la prévalence des problèmes de santé physique chez les hommes de minorités sexuelles, soit les hommes gais et bisexuels, par rapport aux hommes hétérosexuels. Les chercheurs ont ainsi mené une recherche systématique dans diverses bases de données et ont examiné 32 études. Les résultats révèlent que les hommes de minorités sexuelles étaient près de 50% plus susceptibles de souffrir d'asthme que les hommes hétérosexuels, avec des différences similaires observées pour d'autres maladies respiratoires chroniques (Haarmann et al., 2023).

Des prévalences plus élevées ont également été observées chez les hommes homosexuels pour les maladies rénales chroniques, les maux de tête et l'hépatite. Les hommes bisexuels semblaient être plus touchés par certains problèmes de santé physique que les hommes homosexuels, mais les hommes homosexuels étaient plus touchés par le cancer, les maux de tête et l'hépatite (Haarmann et al., 2023). Bref, cette étude a mis en évidence des disparités en matière de santé physique selon l'identité sexuelle, avec une prévalence plus élevée de certains problèmes de santé chez les hommes issus de minorités sexuelles (Haarmann et al., 2023).

La troisième étude méritant une attention soutenue, réalisée par Zajacova et al. (2023), s'appuyait sur les données représentatives de la *National Health Interview Survey* (NHIS) de 2013 à 2018 pour explorer les disparités de douleur chronique chez 31 462 adultes américains s'identifiant comme gais, lesbiennes, bisexuelles ou autre. Les résultats ont révélé une prévalence de douleur chronique plus élevée parmi les minorités sexuelles et de genre comparativement aux adultes cisgenres et hétérosexuels. De manière plus précise, les personnes bisexuelles et celles qui s'identifiaient comme « autre » présentaient les taux les plus élevés de douleur chronique, en particulier pour la douleur généralisée, définie comme une douleur touchant trois sites corporels ou plus. Cette étude a également mis en évidence des disparités en ce qui a trait à la localisation de la douleur. Les auteurs ont insisté sur le rôle de facteurs psychosociaux comme la stigmatisation, la détresse psychologique et la discrimination vécue, qui pourraient expliquer l'amplification et la persistance de la douleur dans ces groupes. Ces données soutiennent l'idée selon laquelle les inégalités sociales peuvent s'incarner dans le corps à travers des mécanismes psychophysiologiques liés à la douleur (Zajacova et al., 2023).

La dernière étude d'intérêt, menée par Jolly et al. (2025), a adopté une approche intersectionnelle afin d'examiner comment le genre, l'orientation sexuelle et le soutien social

interagissent dans l'expérience de la douleur chronique. À partir d'un large échantillon composé de 3 421 adultes canadiens, dont 26% s'identifiaient comme faisant partie de la diversité sexuelle ou de genre, cette recherche a montré que les personnes issues de minorités sexuelles et de genre rapportaient une prévalence et une sévérité accrues de douleur chronique. Ce constat était particulièrement marqué chez les gens ayant déclaré un soutien social faible ou absent, ce qui en faisait un modérateur important de la relation entre identité marginalisée et douleur. L'étude ne fournissait pas de mesures précises concernant la durée ou la localisation de la douleur, mais elle a mis l'accent sur le rôle des inégalités structurelles et relationnelles, qui façonnent l'expression même de la douleur. En conceptualisant la douleur comme un phénomène social, les auteurs ont avancé que les rapports de pouvoir (p. ex., hétéronormativité, sexisme, racisme) peuvent entraîner une activation prolongée de la réponse de stress, modulant ainsi la sensibilité à la douleur, sa chronicisation et sa comorbidité avec des affects désagréables (Jolly et al., 2025).

En somme, en plus des défis inhérents à la douleur chronique, les personnes issues de la communauté LGBT+ vivant avec ce problème de santé semblent confrontées à des embûches supplémentaires pouvant être associées à leur identité de genre ou à leur attirance sexuelle ou romantique (Meyer et al., 2021), ce qui pourrait contribuer à exacerber le fardeau de la douleur et ses répercussions sur leur santé physique et mentale. Il est essentiel de tenir compte de ces intersections afin de développer des pratiques plus inclusives et équitables pour les personnes issues de la communauté LGBT+ aux prises avec des douleurs chroniques. En effet, malgré des avancées sociales et politiques significatives (Drabble et al., 2020), les minorités sexuelles et de genre continuent d'être stigmatisées, ces dernières faisant l'objet de stéréotypes, de préjugés et de discrimination (Ayhan et al., 2020; Mize, 2016). La stigmatisation et le stress minoritaire (c.-à-d., un stress chronique supplémentaire vécu uniquement par les membres de la communauté

LGBT+) qui en découlent ont été identifiés parmi les facteurs pouvant expliquer les disparités en matière de santé observées entre les individus cisgenres ayant une orientation hétérosexuelle et ceux issus de la diversité sexuelle et de genre (Hsieh & Shuster, 2021; Liu & Reczek, 2021; Meyer, 2003; Meyer et al., 2021; Meyer et al., 2008). En plus d'engendrer des impacts considérables sur la qualité de vie des personnes concernées, ce stress chronique supplémentaire pourrait donc compliquer la gestion efficace de la douleur chronique pour les personnes issues de la communauté LGBT+ (Delozier et al., 2020). Quoique ces facteurs soient identifiés comme d'importants corrélats de la douleur chronique (Vang et al., 2021), il n'en demeure pas moins que l'expérience de la maladie chez les personnes issues de la communauté LGBT+ demeure insuffisamment explorée dans les écrits scientifiques.

1.4. La pertinence du projet proposé

La douleur chronique est un problème de santé complexe qui engendre une multitude de répercussions sur les plans biologique, psychologique et social (Gatchel et al., 2007; Hulla et al., 2019; Raffaelli et al., 2021). Au-delà de la souffrance physique, elle peut entraîner une diminution marquée de la qualité de vie, une détérioration du fonctionnement social et professionnel, ainsi qu'un fardeau économique considérable pour le système de santé (Choinière et al., 2020). Les recherches menées au cours de la dernière décennie ont révélé que certaines personnes semblent plus à risque de souffrir d'une douleur chronique au cours de leur vie (Anderson et al., 2009; Choinière et al., 2020; Craig et al., 2020; Nagata et al., 2021). Ainsi, certaines tranches de la population présentent une vulnérabilité accrue à la douleur chronique, suggérant que les déterminants sociaux de la santé pourraient jouer un rôle significatif dans son apparition et son maintien (Anderson et al., 2009; Craig et al., 2020; Nagata et al., 2021). Certaines de ces disparités ont été mises en lumière dans des études portant sur les personnes

issues de la diversité sexuelle et de genre, mais les particularités de l'expérience de la douleur chronique chez cette population demeurent largement méconnues (Dragon et al., 2017; Fredriksen-Goldsen, & Kim, 2017; Katz-Wise et al., 2015; Stocking et al., 2024; Strath et al., 2020; Tabernacki et al., 2024). Le vécu singulier de cette population face à la douleur chronique pourrait, au moins en partie, s'inscrire dans un contexte plus large de stress minoritaire chronique. L'exposition répétée à la stigmatisation et aux microagressions pourrait contribuer non seulement à la prévalence accrue de détresse psychologique et de problèmes de santé mentale chez cette population, mais aussi à l'exacerbation des difficultés associées à l'expérience de la douleur (Kaniuka et al., 2019; Meyer, 2021). Ces écrits suggèrent que certains facteurs de risque pourraient s'ajouter au fardeau associé à leur état de santé, compromettant ainsi l'expérience de la douleur chronique et la capacité à y faire face de façon efficace.

Les études examinant les liens entre l'attraction sexuelle ou romantique, l'identité de genre et la douleur chronique ont mis en lumière des différences significatives entre les personnes cisgenres ayant une orientation hétérosexuelle et celles issues de la diversité sexuelle et de genre. Ces recherches ont plus précisément révélé que les membres de la communauté LGBTQ+ sont plus susceptibles de faire face à des douleurs chroniques, de même qu'à des limitations fonctionnelles et à des niveaux de détresse psychologiques accrus (Dragon et al., 2017; Fredriksen-Goldsen, & Kim, 2017; Hulla et al., 2019; Katz-Wise et al., 2015). Quelques écrits laissent aussi entendre que certains sous-groupes au sein même de la diversité sexuelle et de genre, comme les personnes transgenres, seraient particulièrement touchés par ces disparités (Levit et al., 2021; Stocking et al., 2024; Tabernacki et al., 2024). D'ailleurs, de récents écrits ont montré que l'expérience de la douleur varie selon le genre attribué à la naissance et le genre auquel la personne s'identifie (Dedek et al., 2022; Paige et al., 2022; Stocking et al., 2024; Strath

et al., 2020). Or, les travaux menés jusqu'à maintenant au sujet de la douleur chronique au sein de la communauté LGBT+ sont peu nombreux et présentent plusieurs limites. Malgré les constats susmentionnés, les études portant sur la douleur chronique au sein de la communauté LGBT+ demeurent rares et fragmentaires. La douleur y est fréquemment étudiée comme un phénomène secondaire à d'autres conditions de santé, et plusieurs études excluent certains sous-groupes de la diversité sexuelle et de genre, notamment les personnes transgenres et non binaires. De plus, la douleur chronique est souvent évaluée à l'aide de mesures dichotomiques (présence vs absence), sans recours à des instruments validés permettant d'en examiner les dimensions fonctionnelles ou psychosociales, telles que l'impact de la douleur sur le fonctionnement quotidien ou la dramatisation face à la douleur.

Ainsi, contrairement à la présente étude, les recherches existantes n'ont majoritairement pas été conçues spécifiquement pour explorer l'expérience unique de la douleur chronique au sein de la communauté LGBT+. Néanmoins, elles soulignent la nécessité d'accorder une attention plus soutenue à cette population. Approfondir la recherche dans ce domaine permettrait de mieux comprendre comment différents facteurs interagissent pour moduler l'expérience de la maladie et de la douleur chez ces individus. Approfondir la compréhension des réalités vécues par les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre pourrait également permettre de guider la création d'outils d'évaluation et d'interventions mieux adaptés à la diversité des trajectoires de douleur. Une telle compréhension soutiendrait également les programmes de formation des personnes professionnelles de la santé, en contribuant à diminuer la stigmatisation associée à l'expérience douloureuse. Cette recherche s'inscrit donc plus largement dans un mouvement visant à réduire les iniquités en santé et à promouvoir l'inclusion.

1.5. Les objectifs et les hypothèses

Cet essai doctoral propose d'examiner l'expérience de la douleur chronique chez les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. Plus précisément, l'objectif général consiste à explorer les disparités dans l'expérience de la maladie entre trois groupes: 1) les personnes cisgenres d'orientation hétérosexuelle (groupe cishétérosexuel); 2) les personnes cisgenres d'orientation homosexuelle (groupe cishomosexuel); et 3) les personnes s'identifiant à une catégorie non représentée par les deux premiers groupes, comme les personnes bisexuelles, trans, non binaires ou d'orientations sexuelles minoritaires (groupe autre). Dans cette perspective, trois objectifs spécifiques sont poursuivis.

Le **premier objectif spécifique** est d'examiner et de comparer les caractéristiques de la douleur chronique entre les trois groupes. Plus précisément, des variables quantitatives, dont la durée des symptômes douloureux, l'intensité moyenne de la douleur, et l'interférence de la douleur dans le fonctionnement quotidien seront considérées, de même que certaines variables qualitatives, soit la présence d'un diagnostic, de même que la localisation et l'origine de la douleur. Pour les variables quantitatives, l'hypothèse stipule que les personnes issues des minorités sexuelles et de genre (groupes cishomosexuel et autre) présenteront une douleur de plus longue durée, d'intensité plus sévère et générant une interférence fonctionnelle plus importante que le groupe cishétérosexuel. Il est aussi attendu que ces différences soient plus importantes chez les personnes du groupe autre. En ce qui concerne les variables qualitatives, des différences entre les trois groupes sont anticipées, quoique cette hypothèse demeure essentiellement exploratoire.

Le **deuxième objectif spécifique** vise à examiner et comparer les composantes psychosociales de la douleur chronique entre les trois groupes. Les variables considérées incluent

les symptômes dépressifs, la dramatisation face à la douleur et la stigmatisation perçue en lien à la douleur. Il est anticipé que les personnes issues des minorités sexuelles et de genre (groupes cishomosexuel et autre) présenteront une vulnérabilité psychosociale accrue par rapport au groupe cishétérosexuel, se manifestant par des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs, de dramatisation face à la douleur et de stigmatisation perçue. Une intensité plus marquée de ces indicateurs est également attendue dans le groupe autre.

Enfin, le **troisième objectif spécifique** consiste à examiner l'association entre les caractéristiques de la douleur et des composantes psychosociales en fonction des groupes. Plus précisément, il sera question d'explorer la manière dont l'appartenance à une minorité sexuelle et de genre et les composantes psychosociales de la douleur (symptômes dépressifs, dramatisation, stigmatisation) sont associées à l'intensité de la douleur et le fonctionnement quotidien. Il est attendu que les symptômes dépressifs, la dramatisation face à la douleur et la stigmatisation liée à la douleur seront associés à une intensité moyenne de la douleur et une interférence dans le fonctionnement quotidien plus élevées chez les groupes cishomosexuel et autre que le groupe cishétérosexuel.

CHAPITRE II: MÉTHODOLOGIE

2.1. Personnes participantes

Les personnes admissibles à l'étude devaient indiquer vivre avec une douleur depuis trois mois ou plus, être âgées d'au moins 18 ans et détenir une bonne compréhension du français écrit. Un échantillon de 90 personnes a été réparti en trois groupes, soit 40 personnes cisgenres ayant une orientation hétérosexuelle (groupe cishétérosexuel), 25 personnes s'identifiant comme gaies ou lesbiennes (groupe cishomosexuel), et 25 personnes s'identifiant dans une catégorie autre, incluant notamment les personnes bisexuelles, transgenres, asexuelles, etc. (groupe autre).

2.2. Procédure

Un certificat éthique a été émis par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (Projet #2023-2582; voir Annexe B). Ce projet de recherche est une étude de données secondaires et il s'insère dans des travaux plus vastes menés au sein de notre laboratoire de recherche et qui s'intéressent à l'expérience de douleur vécue chez la communauté LGBT+. Dans le cadre du présent projet, seules les variables liées aux questions de recherche identifiées plus haut seront présentées.

Le recrutement des personnes participantes a principalement été réalisé par le biais des réseaux sociaux (c.-à-d., par Facebook). Des organismes destinés à la communauté LGBT+ ou aux personnes vivant avec des douleurs chroniques ont également été contactés afin que leur responsable puisse acheminer l'information à leurs membres. Les annonces et courriels de recrutement comprenaient le lien permettant d'accéder au sondage électronique. Les personnes admissibles étaient invitées à cliquer sur le lien partagé afin d'accéder au formulaire de consentement, lequel devait être lu et accepté avant de permettre l'accès aux questionnaires. En guise de compensation, les personnes ayant rempli les questionnaires proposés pouvaient

s'inscrire à un tirage leur permettant de gagner l'une des quatre cartes de crédit prépayées d'une valeur de 50\$.

2.3. Instruments de mesure

2.3.1. Questionnaire des personnes participantes

Un questionnaire maison comprenant 30 questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques (p. ex., âge, origine ethnique, statut relationnel, statut d'emploi, etc.) et sur les caractéristiques de la douleur chronique (p. ex., durée de la douleur, localisation de la douleur, etc.) a été utilisé (voir Annexe E). Ce questionnaire a d'ailleurs permis de colliger les informations relatives à l'identité de genre et l'attirance sexuelle ou romantique des personnes participantes. Les résultats de ce questionnaire avaient pour but de mieux décrire l'échantillon à l'étude et de permettre l'assignation des personnes à l'un des trois groupes.

2.3.2. Questionnaire concis sur les douleurs

Le Questionnaire concis sur les douleurs (QCD) constitue la version francophone du *Brief Pain Inventory* (BPI), un instrument conçu afin d'évaluer l'intensité de la douleur chronique de même que son interférence avec le fonctionnement quotidien (Cleeland & Ryan, 1994; voir Annexe E). Il s'agit d'un questionnaire standardisé largement utilisé, tant dans les milieux cliniques que dans le contexte de la recherche. Le QCD se divise en deux sections principales. Dans la première partie du questionnaire, l'intensité de la douleur est évaluée à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 (« Aucune douleur ») à 10 (« Pire douleur imaginable »). La personne doit rapporter la douleur la plus intense et la plus faible au cours des dernières 24 heures, de même que la douleur en général et au moment présent. Pour les fins de la présente étude, seule l'intensité de la douleur en général a été considérée. Dans la deuxième partie du questionnaire, les personnes sont amenées à évaluer l'impact fonctionnel de la douleur sur 10

domaines de la vie quotidienne, tels que les activités générales, l'humeur, la capacité à marcher, le travail habituel, les relations avec les autres, le sommeil et le goût de vivre. Le degré d'interférence de la douleur avec chacun de ces domaines est rapporté à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 (« N'interfère pas ») à 10 (« Interfère complètement ») (Cleeland & Ryan, 1994). La moyenne des réponses fournies pour chaque énoncé a été calculée afin d'offrir un score d'interférence de la douleur sur le fonctionnement quotidien allant de 0 à 10. Tant le BPI que le QCD ont démontré une bonne validité conceptuelle ainsi qu'une cohérence interne satisfaisante pour les sous-échelles d'intensité et d'interférence (Poundja et al., 2007).

2.3.3. Questionnaire sur la santé du patient

Le Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9; Boini & Langevin, 2022; voir Annexe E) est la version francophone du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001), un instrument conçu pour évaluer la présence et l'intensité des symptômes dépressifs chez des populations considérées plus vulnérables (Kroenke & Spitzer, 2002). Le QSP-9 est composé de neuf énoncés auxquels il faut répondre par le biais d'une échelle de Likert allant de 0 (« Jamais ») à 3 (« Presque tous les jours »). La somme des énoncés offre un score total allant de 0 à 27 (Kroenke & Spitzer, 2002). Sur le plan de la fidélité, l'indice de cohérence interne du PHQ-9 est excellent ($\alpha = .89$), et des preuves soutiennent sa validité de critère et sa validité de construit (Kroenke et al., 2001). Dans le cadre de la présente étude, l'alpha de Cronbach obtenu est de .89, ce qui atteste d'une excellente cohérence interne pour l'échantillon évalué.

2.3.4. Échelle de dramatisation face à la douleur

L'Échelle de dramatisation face à la douleur (PCS-CF; French et al., 2005; voir Annexe E) est la version canadienne-française du *Pain Catastrophizing Scale* (PCS; Sullivan et al., 1995), un outil de 13 énoncés qui sert à l'évaluation de la tendance à dramatiser l'expérience de la

douleur. Les personnes devaient indiquer à quel point chaque item correspond ou non à leur façon de réagir face à la douleur par l'entremise d'une échelle de Likert allant de 0 (« Pas du tout ») à 4 (« Tout le temps »). L'addition des réponses permet d'obtenir un score total de dramatisation face à la douleur allant de 0 à 52 (Sullivan et al., 1995). Plus le score total obtenu à ce questionnaire est élevé, plus la personne a tendance à amplifier, à ruminer ou à vivre de l'impuissance face à son vécu douloureux. À l'instar de sa version originale anglaise, le PCS-CF est un questionnaire qui présente une bonne validité de construit, de même qu'une excellente cohérence interne, $\alpha = .91$ (French et al., 2005). Dans le contexte de cette recherche, l'échelle a présenté un alpha de Cronbach de .95, ce qui reflète une excellente fidélité interne.

2.3.5. Échelle de stigmatisation perçue de la douleur chronique

L'Échelle de stigmatisation perçue de la douleur chronique (F-SSCP; Cormier & Trottier, en préparation; voir Annexe E) est une adaptation francophone du *Stigma Scale for Chronic Illnesses-8-Item Version* (SSCI-8; Molina et al., 2013). Initialement conçu pour évaluer la stigmatisation perçue chez les personnes atteintes de diverses maladies chroniques, le F-SSCP a été adapté spécifiquement à la douleur chronique. Huit affirmations ont été présentées et les personnes participantes ont dû répondre à l'aide d'une échelle de Likert de cinq points allant de « Jamais » à « Toujours ». La somme des réponses indique le niveau de stigmatisation liée à la douleur persistante et un score plus élevé indiquerait davantage de stigmatisation perçue. Le F-SSCP présente de bonnes caractéristiques psychométriques (Cormier & Trottier, en préparation), comme sa version originale (Molina et al., 2013). Dans le cadre de la présente étude, l'alpha de Cronbach obtenu est de .94, ce qui indique une cohérence interne excellente.

2.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la plus récente version du logiciel SPSS (version 29). Une analyse de puissance a priori, menée avec le logiciel G*Power, a révélé qu'un échantillon de 66 individus était requis pour détecter un effet de grande taille ($f = .40$) à l'aide d'une ANOVA, avec un seuil de signification de .05 et une puissance statistique de .80. Le présent essai doctoral, qui comporte un total de 90 personnes participantes, dispose donc d'une puissance statistique adéquate pour détecter des effets de grande taille. Ce même échantillon pourrait cependant s'avérer insuffisant pour détecter des effets plus modestes. Plus précisément, un total de 158 individus serait requis pour détecter un effet de taille moyenne ($f = .25$) à l'aide d'une ANOVA, avec un seuil de signification de .05 et une puissance de .80. Cette contrainte méthodologique invite à une interprétation prudente des résultats.

Avant de procéder aux analyses principales, les données ont été nettoyées, incluant la détection et le traitement des valeurs manquantes et aberrantes (p. ex., à l'aide de boîtes à moustaches et de scores Z), ainsi que l'examen des distributions (asymétrie, aplatissement), afin d'en assurer la normalité lorsque celle-ci était requise. Les postulats associés aux analyses ont également été vérifiés à l'aide de tests statistiques et d'inspections visuelles: la normalité des résidus a été examinée par le test de Shapiro-Wilk, l'homogénéité des variances à l'aide du test de Levene, et l'indépendance des observations a été assumée sur la base du devis de recherche.

L'analyse de variance (ANOVA) a été retenue plutôt qu'une analyse multivariée (MANOVA), car les variables dépendantes d'intérêt étaient considérées séparément. De plus, les corrélations entre les variables dépendantes étaient faibles, ce qui limite l'intérêt de recourir à une MANOVA. Dans ce contexte, l'ANOVA permet une approche plus parcimonieuse, tout en assurant une meilleure interprétation clinique des résultats. Des ANOVA ont donc été menées

afin de comparer les trois groupes (cishétérosexuel, cishomosexuel et autre) sur les variables continues relatives à la douleur et aux composantes psychosociales. Lorsqu'un effet principal significatif était détecté, des comparaisons post-hoc ont été réalisées à l'aide de tests de Tukey, reconnus pour son contrôle rigoureux du taux d'erreur de type I. Dans le cas des variables catégorielles, des analyses de Khi carré ont été utilisées, et les résidus Z standardisés ont été examinés pour identifier les cellules contribuant significativement à l'effet global. Deux modèles de régression linéaire multiple ont ensuite été menés, chacun en deux blocs hiérarchiques. Pour les fins de cette analyse, les trois groupes ont été transformés en variables dichotomiques (*dummy-coded variables*) dans le but de permettre l'analyse des comparaisons entre groupes tout en facilitant l'interprétation des associations entre l'appartenance au groupe et les variables d'intérêt. Le groupe cishétérosexuel a été utilisé comme groupe de référence, et les coefficients des deux autres groupes permettent d'illustrer les différences par rapport au groupe cishétérosexuel. Dans un premier temps (bloc 1), l'appartenance au groupe (cishétérosexuel, cishomosexuel, autre) a été introduite comme variable indépendante. Dans un second temps (bloc 2), les variables psychosociales (symptômes de dépression, dramatisation, stigmatisation) ont été ajoutées au modèle. Deux variables dépendantes ont été considérées: (1) l'intensité de la douleur et (2) l'interférence de la douleur avec le fonctionnement quotidien. Enfin, la taille des effets a été interprétée selon les normes proposées par Cohen (1988). Pour les ANOVA, l'indice η^2 partiel (eta carré partiel) a été utilisé, avec des seuils de 0.01 (petit effet), 0.06 (effet moyen) et 0.14 (grand effet). Pour les corrélations et les analyses de Khi carré, les tailles d'effet ont été exprimées en termes de coefficient r , en respectant les seuils usuels de .10 (petit), .30 (moyen) et .50 (grand). Le seuil de signification a été fixé à $p < .05$ pour l'ensemble des analyses.

CHAPITRE III: RÉSULTATS

3.1. Résultats

3.1.1. Description sociodémographique de l'échantillon

L'échantillon comprenait 90 personnes vivant avec des douleurs chroniques et réparties en trois groupes selon leur attirance sexuelle ou romantique et leur identité de genre autodéclarées. Le premier groupe, nommé groupe cishétérosexuel (ou « cishétéro »), comprenait 40 personnes cisgenres s'identifiant comme hétérosexuelles. Le deuxième groupe, désigné comme groupe cishomosexuel (ou « cishomo »), regroupait 25 personnes s'identifiant comme gaies ou lesbiennes. Le troisième groupe, désigné comme le groupe autre, comprenait 25 personnes s'identifiant comme bisexuelles ($n = 13,52\%$), pansexuelles ($n = 2,8\%$), asexuelles ($n = 1,4\%$), queers ($n = 1,4\%$), hétérosexuelles et transgenres ($n = 4,16\%$), incertaines ($n = 3,12\%$) ou ont préféré ne pas répondre ($n = 1,4\%$). Parmi elles, six s'identifiaient comme transgenres (24%): quatre étaient hétérosexuelles, une bisexuelle et une a préféré ne pas préciser son orientation.

Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, incluant la répartition par groupe, sont présentées au Tableau 1. Des ANOVA et des tests du Khi-carré ont permis de valider l'équivalence des trois groupes (cishétéro, cishomo et autre) sur la base des caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, les trois groupes ne présentent pas de différences significatives en ce qui concerne l'âge, $F(2, 87) = 8.88, p = .09, \eta^2 = .17$, le nombre d'années de scolarité, $F(2, 87) = 1.30, p = .28, \eta^2 = .03$, la situation conjugale, $\chi^2(6, N = 90) = 8.08, p = .23, V = .21$, le statut d'emploi, $\chi^2(12, N = 90) = 13.69, p = .32, V = .28$, et le revenu familial, $\chi^2(16, N = 90) = 23.87, p = .09, V = .36$. Or, plusieurs cellules présentaient des effectifs théoriques inférieurs à 5, ce qui limite la fiabilité statistique de certains de ces tests et appelle à une interprétation prudente des résultats.

Tableau 1*Description sociodémographique de l'échantillon en fonction des trois groupes*

Caractéristiques	Groupe cishétéro	Groupe cishomo	Groupe autre	Échantillon total
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Âge (années)	44.35 ± 13.68	41.32 ± 12.94	31.28 ± 8.92	39.09 ± 13.24
Genre attribué à la naissance				
Femme	75(30)	24(6)	56(14)	55.6(50)
Homme	25(10)	76(19)	44(11)	44.4(40)
Genre				
Féminin	75(30)	24(6)	48(12)	53.3(48)
Masculin	25(10)	76(19)	44(11)	44.4(40)
Non-binaire	0(0)	0(0)	8(2)	2.2(2)
Statut relationnel				
Célibataire	36(9)	32.5(13)	36(9)	34.4(31)
Marié ou union libre	64(16)	52.5(21)	64(16)	65.6(59)
Statut d'emploi				
Avec emploi*	62.5(25)	76(19)	68(17)	68.9(61)
Sans emploi**	37.5(15)	24(6)	32(8)	31.1(29)
Origine ethnique				
Blanc Nord-Américain	85(34)	84(21)	60(15)	77.8(70)
Noir Nord-Américain	5(2)	8(2)	8(2)	6.7(6)
Latino-Américain	0(0)	0(0)	4(1)	1.1(1)
Premières Nations	2.5(1)	0(0)	0(0)	1.1(1)
Niveau de scolarité (années)	15.35 ± 15.50	16.36 ± 17.00	15.24 ± 15.00	15.67 ± 1.41
Revenu familial				
<\$19,999	20(8)	0(0)	28(7)	16.7(15)
\$20,000 – \$34,999	17.5(7)	16(4)	28(7)	20.0(18)
\$35,000- \$49.999	12.5(5)	28(7)	20(5)	18.9(17)
>\$50,000	42.5(17)	56(13)	16(4)	37.8(34)

Note. N = 90. Groupe cishétéro (n = 40); groupe cishomo (n = 25); groupe autre (n = 25). *Avec emploi comprend les étudiants, le travail à temps plein et le travail à temps partiel; **Sans emploi comprend les personnes à la maison, à la retraite et l'invalidité temporaire ou permanente.

3.1.2. Caractéristiques de la douleur chronique et comparaison entre les trois groupes

Le premier objectif spécifique de cet essai consistait à examiner les caractéristiques de la douleur chronique en fonction de la diversité sexuelle et de genre. Le Tableau 2 illustre le portrait de l'expérience douloureuse en fonction des trois groupes, notamment en ce qui concerne la durée de la douleur, son intensité, son interférence, la présence d'un diagnostic formel, sa localisation, et son origine. Les données de certaines caractéristiques, dont la localisation et l'origine de la douleur, ont été regroupées en catégories plus larges (voir la note du Tableau 2 pour les définitions détaillées). Cette approche est standard dans le domaine de la douleur et permet de synthétiser des données complexes en profils interprétables et pertinents pour l'évaluation et la classification de la douleur (Raja et al., 2020; Breivik et al., 2006).

Les caractéristiques de la douleur chronique ont été comparées en fonction des trois groupes afin de mettre à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle les personnes issues des minorités sexuelles et de genre (groupes cishomosexuel et autre) présentent un tableau clinique plus sévère en comparaison au groupe cishétérosexuel. Afin de déceler des différences statistiquement significatives, des ANOVA ont été effectuées sur les variables continues (durée de la douleur, intensité de la douleur, interférence de la douleur), tandis que le test de Khi carré a été retenu pour les variables catégorielles (diagnostic, localisation, origine). Le Tableau 2 fournit un portrait des caractéristiques de la douleur, dont certaines diffèrent en fonction du groupe.

Tableau 2*Caractéristiques de la douleur chronique en fonction des trois groupes*

Caractéristiques	Groupe cishétéro	Groupe cishomo	Groupe autre	Échantillon total
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
Durée de la douleur (années)	4.58 ± 10.12	5.24 ± 9.51	3.28 ± 3.06	6.86 ± 6.08
Intensité de la douleur (0 à 10)	6.58 ± 1.60	5.56 ± 2.92	7.64 ± 1.75	6.59 ± 2.08
Interférence de la douleur (QCD)	5.36 ± 1.86	4.36 ± 2.31	6.48 ± 1.57	5.39 ± 1.92
Diagnostic				
Présence de diagnostic	70.00(28)	60.00(15)	24.00(6)	53.3(48)
Absence de diagnostic	30.00(12)	40.00(10)	76.00(19)	46.7(42)
Localisation de la douleur				
Haut du corps	27.50(11)	36.00(9)	32.00(8)	31.1(28)
Bas du corps	40.00(16)	48.00(12)	48.00(12)	44.4(40)
Syndrome généralisé	35.00(14)	20.00(5)	28.00(7)	28.9(26)
Origine de la douleur				
Accidents/traumatismes	27.50(11)	28.00(7)	28.00(7)	27.8(25)
Causes médicales	20.00(8)	16.00(4)	20.00(5)	18.9(17)
Mouvement répétitif	12.50(5)	12.00(3)	12.00(3)	12.2(11)
Événement stressant	20.00(8)	20.00(5)	28.00(7)	22.2(20)
Indéterminée/non spécifiée	20.00(8)	24.00(6)	12.00(3)	18.9(17)

Note. $N = 90$. Groupe cishétéro ($n = 40$); groupe cishomo ($n = 25$); groupe autre ($n = 25$). Les valeurs sont présentées en moyenne ± écart-type, sauf indication contraire. Les catégories de régions de la douleur ont été regroupées comme suit: « Haut du corps » inclut la tête, la figure et la bouche, la région cervicale, les épaules et les membres supérieurs, ainsi que la région thoracique. « Bas du corps » comprend la région abdominale, la région lombaire, dorsale, sacrum, coccyx, les membres inférieurs, la région pelvienne, la région anale, périnéale et génitale. La catégorie « Syndrome généralisé » est présentée telle quelle. Pour la localisation de la douleur, les pourcentages représentent la proportion de gens dans chaque groupe ayant rapporté cette région de douleur comme étant prédominante. Les catégories d'origine de la douleur ont été regroupées comme suit: « Accidents et traumatismes aigus » comprend les accidents de travail, avec un véhicule motorisé, de sport et sur un lieu public. « Causes médicales ou chirurgicales » inclut la douleur survenue durant ou à la suite d'un cancer, d'une maladie (autre que le cancer) ou d'une chirurgie. La catégorie « Mouvement répétitif » est présentée telle quelle. « Événement stressant ou psychosocial » regroupe les événements stressants ou traumatisants. La catégorie « Origine indéterminée/non spécifiée » est réservée aux cas où aucun événement précis n'a été rapporté. Pour l'origine de la douleur, les pourcentages représentent la proportion de gens dans chaque groupe ayant rapporté cette cause comme étant principale.

Les ANOVA ont d'abord révélé une différence significative dans l'intensité moyenne de la douleur ($F(2, 87) = 4.80, p = .011, \eta^2 = 0.09$) à travers les trois groupes. Des tests de Tukey indiquent une différence significative ($p = .010$) entre le groupe cishomosexuel ($M = 6.12, \acute{E}T = 1.99$) et le groupe autre ($M = 7.36, \acute{E}T = 1.35$), ainsi qu'une différence marginalement significative ($p = .053$) entre le groupe cishétérosexuel ($M = 6.48, \acute{E}T = 1.13$) et le groupe autre ($M = 7.36, \acute{E}T = 1.35$). Aucune différence n'est toutefois observée entre le groupe cishétérosexuel et le groupe cishomosexuel ($p = .613$). Ces résultats suggèrent que l'intensité de la douleur semble plus élevée chez les personnes du groupe autre, particulièrement en comparaison avec les personnes cishomosexuelles.

De façon similaire, les analyses révèlent également une différence significative entre les groupes sur le plan de l'interférence de la douleur avec le fonctionnement quotidien ($F(2, 87) = 7.61, p < .001, \eta^2 = 0.15$). Des tests de Tukey révèlent une différence significative ($p < .001$) entre le groupe cishomosexuel ($M = 4.36, \acute{E}T = 2.31$) et le groupe autre ($M = 6.48, \acute{E}T = 1.57$). Néanmoins, le groupe cishétérosexuel ($M = 5.36, \acute{E}T = 1.86$) ne diffère pas significativement ($p = .065, p = .107$) du groupe autre et du groupe cishomosexuel. Par conséquent, les personnes qui composent le groupe autre présenteraient des difficultés fonctionnelles plus marquées que celles rapportées par les personnes qui composent le groupe cishomosexuel, mais aucune différence n'est observée en ce qui concerne le groupe cishétérosexuel.

Les analyses n'ont cependant pas révélé de différence statistiquement significative entre les trois groupes en ce qui concerne la durée de la douleur ($F(2, 87) = 0.34, p = 0.71$). Ce résultat suggère que la durée de la douleur rapportée est relativement comparable entre les gens cishétérosexuels, cishomosexuels ou du groupe autre.

Le test du Khi-carré a été effectué afin de déceler des différences dans la présence ou non d'un diagnostic pour expliquer la douleur en fonction des groupes. Les résultats ont révélé une association significative entre le groupe d'appartenance et la présence d'un diagnostic pour expliquer la douleur chronique, $\chi^2(2, 90) = 13.556, p = .001$. Le groupe cishétérosexuel semble présenter la proportion la plus élevée de diagnostics (70.0%), suivi du groupe cishomosexuel (60.0%), tandis que le groupe autre rapporte la proportion la plus faible (24.0%). Des tests post-hoc basés sur l'examen des résidus standardisés ajustés révèlent des différences significatives entre le groupe cishétérosexuel et le groupe autre ($z = 3.56, p < .001$), ainsi qu'entre le groupe cishomosexuel et le groupe autre ($z = 2.79, p = .005$). Aucune différence significative n'a été observée entre le groupe cishétérosexuel et le groupe cishomosexuel ($z = 0.77, p = .44$). Ainsi, ces données suggèrent que les personnes du groupe autre sont moins susceptibles d'obtenir un diagnostic formel pour expliquer leurs douleurs en comparaison aux deux autres groupes.

Le test du Khi-carré a été réalisé pour examiner si la localisation de la douleur variait significativement entre les groupes (cishétérosexuel, cishomosexuel, autre). Les résultats indiquent une absence de différence statistiquement significative, $\chi^2(4) = 1.74, p = .784$. Par conséquent, la distribution de la localisation de la douleur (Haut du corps, Bas du corps, Syndrome généralisé) est similaire à travers les trois groupes, suggérant que la localisation de la douleur n'est pas associée au groupe d'appartenance. À cet effet, il semble que la distribution de la localisation de la douleur (haut du corps, bas du corps, syndrome généralisé) soit similaire à travers les groupes, sans lien significatif avec l'identité de genre ou l'orientation sexuelle. La validité du test est confirmée par le respect de la condition sur les effectifs théoriques; aucune cellule ne présentant un effectif théorique inférieur à 5.

Finalement, le test du Khi-carré a été mené pour évaluer si l'origine de la douleur chronique était associée aux groupes d'appartenance. Les résultats indiquent une absence de différence statistiquement significative dans la distribution de l'origine de la douleur entre les groupes, $\chi^2(8) = 1.679, p = .989$. Or, il est important de noter que 46.7% des cellules présentaient un effectif théorique inférieur à 5, ce qui compromet la validité des résultats du Khi-carré et impose une certaine prudence dans leur interprétation. Dans les conditions actuelles d'analyse, les résultats suggèrent qu'il n'y aurait pas de preuve statistique que l'origine de la douleur varie en fonction du groupe d'appartenance des individus.

3.1.3. Composantes psychosociales de la douleur et comparaison entre les trois groupes

Le deuxième objectif spécifique de cet essai doctoral était d'examiner et de comparer les composantes psychosociales de la douleur entre les trois groupes. L'hypothèse postulait que les personnes issues des minorités sexuelles et de genre (groupes cishomosexuel et autre) afficheraient une vulnérabilité psychosociale accrue par rapport au groupe cishétérosexuel. Ainsi, il était attendu que cette vulnérabilité se manifesterait par des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs, de dramatisation face à la douleur et de stigmatisation perçue. Plus précisément, il est attendu que le groupe autre diffère significativement des deux autres groupes sur ces aspects. Dans le but de mettre à l'épreuve ces hypothèses, des analyses de variance (ANOVA) ont été réalisées afin de détecter d'éventuelles différences intergroupes pour les symptômes de dépression, la dramatisation face à la douleur et la stigmatisation de la douleur. Le Tableau 3 offre un aperçu descriptif de ces variables psychosociales.

Tableau 3*Composantes psychosociales de la douleur en fonction des trois groupes*

Variable	Échantillon total	Groupes			Différences
		Groupe cishétéro	Groupe cishomo	Groupe autre	
Symptômes de dépression (0 à 27)	9.29 ± 6.16	8.98 ± 7.52	7.88 ± 5.38	11.20 ± 3.70	$p = .148$
Dramatisation face à la douleur (0 à 52)	26.38 ± 13.10	24.00 ± 12.42	21.20 ± 13.03	35.36 ± 9.69	$p < .001$
Stigmatisation de la douleur (0 à 32)	22.77 ± 9.27	21.05 ± 7.76	19.04 ± 9.55	29.24 ± 8.13	$p < .001$

Note. $N = 90$. Groupe cishétéro ($n = 40$); groupe cishomo ($n = 25$); groupe autre ($n = 25$). Les valeurs sont présentées en moyenne ± écart-type, sauf indication contraire.

Les analyses ont d'abord révélé l'absence de différences significatives entre les trois groupes en ce qui concerne les symptômes de dépression ($F(2, 87) = 1.95, p = .148$). Ainsi, les niveaux de dépression rapportés semblent comparables entre les groupes, sans distinction claire liée à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle. Sur le plan de la dramatisation face à la douleur ($F(2, 87) = 10.26, p < .001, \eta^2 = 0.20$), une différence statistiquement significative est observée entre les trois groupes. Des tests de Tukey illustrent des différences significatives ($p < .001$) entre le groupe cishétérosexuel ($M = 24.00, \acute{E}T = 12.42$) et le groupe autre ($M = 35.66, \acute{E}T = 9.69$) ainsi qu'entre le groupe cishomosexuel ($M = 21.20, \acute{E}T = 13.03$) et le groupe autre. Aucune différence ($p = .628$) significative n'a toutefois été décelée entre le groupe cishétérosexuel et le groupe cishomosexuel. Ces résultats suggèrent que les personnes du groupe autre auraient tendance à dramatiser davantage leur vécu douloureux en comparaison aux deux autres groupes, ce qui pourrait refléter une réactivité émotionnelle ou une détresse accrue en lien avec la douleur.

Pour ce qui est de la stigmatisation liée à la douleur, une différence statistiquement significative est observée ($F(2, 87) = 10.74, p < .001, \eta^2 = 0.20$). Des tests de Tukey montrent des différences significatives ($p < .001$) entre le groupe autre ($M = 29.24, \acute{E}T = 8.13$) et le groupe cishétérosexuel ($M = 21.05, \acute{E}T = 7.76$), ainsi qu'entre le groupe autre et le groupe cishomosexuel ($M = 19.04, \acute{E}T = 9.55$). Aucune différence n'est toutefois observée entre le groupe cishétérosexuel et le groupe cishomosexuel ($p = .617$). Ces résultats indiquent que les personnes du groupe autre perçoivent davantage de stigmatisation en lien avec leur douleur que les gens cishétérosexuels et cishomosexuels.

3.1.4. Prédiction de la douleur chronique à partir des variables psychosociales

Le troisième et dernier objectif spécifique visait à examiner l'expérience de la douleur chronique, opérationnalisée par l'intensité moyenne de la douleur et son interférence dans le fonctionnement quotidien, en fonction des facteurs psychosociaux. Plus précisément, les modèles proposés incluent les trois variables psychosociales d'intérêt, soit les symptômes dépressifs, la dramatisation face à la douleur et la stigmatisation de la douleur, en parallèle à l'appartenance à une minorité sexuelle et de genre. L'association entre ces variables est considérée en raison de leur lien documenté avec l'expérience de la douleur, notamment en ce qui a trait à l'influence de la détresse psychologique et des déterminants sociaux sur l'expérience de la maladie. Il convient également de préciser que les modèles examinés n'incluent pas de covariables en raison notamment de la taille relativement limitée de l'échantillon ($N = 90$) et de l'absence de différences sociodémographiques significatives entre les trois groupes (voir Description sociodémographique de l'échantillon).

Une première régression linéaire multiple hiérarchique en deux blocs a été menée pour prédire l'intensité moyenne de la douleur. Un premier bloc incluant uniquement l'appartenance

aux groupes (cishomosexuel et autre) s'est avéré être statistiquement significatif, $F(2, 87) = 4.90$, $p = .011$, expliquant 9.90% de la variance ($R^2 = .10$). Ainsi, l'appartenance au groupe autre ($B = 0.89$, $t = 2.36$, $p = .021$) était associée à une intensité moyenne de la douleur significativement plus sévère par rapport au groupe de référence (cishétérosexuel), tandis que l'appartenance au groupe cishomosexuel ($B = -0.36$, $t = -0.95$, $p = .347$) n'était pas un prédicteur significatif.

Dans un second bloc, la dramatisation face à la douleur, les symptômes dépressifs et la stigmatisation de la douleur ont été ajoutés, ce qui a significativement amélioré la prédiction, $F(5, 84) = 8.74$, $p < .001$, expliquant 34.20% de la variance dans l'intensité de la douleur ($R^2 = .34$). Cet ajout a entraîné une augmentation significative du R^2 de .24 ($F(3, 84) = 10.34$, $p < .001$). Précisément, seule la dramatisation face à la douleur ($B = 0.05$, $\beta = .40$, $t = 2.58$, $p = .012$) était un prédicteur significatif et positif de l'intensité de la douleur. Les symptômes dépressifs ($B = 0.01$, $\beta = .02$, $t = 0.18$, $p = .855$), la stigmatisation liée à la douleur ($B = 0.03$, $\beta = .18$, $t = 1.46$, $p = .148$), ainsi que l'appartenance au groupe cishomosexuel ($B = -0.16$, $t = -0.48$, $p = .633$) et au groupe autre ($B = 0.10$, $t = 0.26$, $p = .795$), n'étaient plus statistiquement associés à l'intensité de la douleur. Ces résultats suggèrent que, bien que l'appartenance à certaines minorités sexuelles et de genre puisse initialement être associée à la sévérité de la douleur chronique, cet effet semble être entièrement expliqué par la dramatisation face à la douleur, un facteur de risque psychologique bien établi. Le résumé de ces résultats est présenté à l'aide du Tableau 4.

Tableau 4*Les prédicteurs psychosociaux de l'intensité de la douleur*

Variables	R^2	$F(ddl)$	$B(SE)$	β	t	p
Bloc 1	.10	4.90 (2, 87)				.011
Groupe cishomo (1 = oui, 0 = autre)			-0.36(0.38)	-.10	-0.95	.347
Groupe autre (1 = oui, 0 = autre)			0.88(0.38)	.26	2.36	.021
Bloc 2	.34	8.74 (5, 84)				< .001
Groupe cishomo (1 = oui, 0 = autre)			-0.16(0.33)	-.05	-0.48	.633
Groupe autre (1 = oui, 0 = autre)			0.10(0.36)	.03	0.26	.80
Dramatisation face à la douleur			0.05(0.02)	.40	2.58	.012
Symptômes dépressifs			0.01(0.03)	.02	0.18	.855
Stigmatisation de la douleur			0.03(0.02)	.18	1.46	.148

Note. $N = 90$. Le groupe cishétérosexuel a servi de groupe de référence. Le Bloc 1 inclut les prédicteurs de l'appartenance au groupe. Le Bloc 2 ajoute la dramatisation face à la douleur, les symptômes dépressifs, et la stigmatisation de la douleur aux prédicteurs du Bloc 1. La variable dépendante est l'intensité moyenne de la douleur chronique.

Une seconde régression linéaire multiple hiérarchique en deux blocs a été menée dans le but de prédire l'interférence de la douleur chronique avec le fonctionnement quotidien. Le premier bloc incluant l'appartenance aux groupes (cishomosexuel et autre) s'est avéré significatif, $F(2, 87) = 6.44$, $p = .002$. Ce modèle expliquait 12.90% de la variance de l'interférence de la douleur ($R^2 = .13$). Dans ce modèle initial, l'appartenance au groupe autre ($B = 1.14$, $t = 2.92$, $p = .004$) était associée à une interférence de la douleur significativement plus élevée par rapport au groupe de référence (cishétérosexuel), tandis que l'appartenance au groupe cishomosexuel ($B = -0.43$, $t = -1.09$, $p = .280$) n'était pas un prédicteur significatif. Le second

bloc, ajoutant la dramatisation face à la douleur, les symptômes dépressifs et la stigmatisation de la douleur, a significativement amélioré la prédiction, $F(5, 84) = 10.75, p < .001$, et permettait d'expliquer 39.00% de la variance ($R^2 = .39$). Cet ajout a entraîné une augmentation significative du R^2 de .26 ($F(3, 84) = 13.92, p < .001$). Or, seule la dramatisation face à la douleur ($B = 0.08, \beta = .52, t = 3.66, p < .001$) s'est avérée être un prédicteur statistiquement significatif et positif de l'interférence de la douleur. Les symptômes dépressifs ($B = .02, \beta = .08, t = .55, p = .583$), la stigmatisation liée à la douleur ($B = 0.04, \beta = .20, t = 1.50, p = .138$), ainsi que l'appartenance au groupe cishomosexuel ($B = -0.24, t = -0.73, p = .468$) et au groupe autre ($B = 0.22, t = 0.59, p = .557$), n'étaient plus des prédicteurs significatifs de l'interférence de la douleur. Ces résultats suggèrent que, de façon similaire à l'intensité de la douleur, l'effet initial attribuable à l'appartenance à certaines minorités sexuelles et de genre sur le fonctionnement quotidien semble être entièrement expliqué par la dramatisation face à la douleur. Les autres facteurs psychosociaux n'ont ainsi pas offert de contribution significative unique au modèle final. Le résumé de ces résultats est présenté dans le Tableau 5.

Tableau 5*Les prédicteurs psychosociaux de l'interférence de la douleur*

Variables	R^2	$F(ddl)$	$B(SE)$	β	t	p
Bloc 1	.13	6.44 (2, 87)				.002
Groupe cishomo (1 = oui, 0 = autre)			-0.43(0.39)	-.12	-	.280
Groupe autre (1 = oui, 0 = autre)			1.14(0.39)	.32	2.92	.004
Bloc 2	.40	10.75 (5, 84)				< .001
Groupe cishomo (1 = oui, 0 = autre)			-0.24(0.34)	-.07	-	.468
Groupe autre (1 = oui, 0 = autre)			0.22(0.38)	.06	0.59	.557
Dramatisation face à la douleur			0.08(0.02)	.52	3.66	< .001
Symptômes dépressifs			0.02(0.03)	.08	0.55	.583
Stigmatisation de la douleur			0.04(0.03)	.19	1.50	.138

Note. $N = 90$. Le groupe cishétérosexuel a servi de groupe de référence. Le Modèle 1 inclut les prédicteurs de l'appartenance au groupe. Le Modèle 2 ajoute la dramatisation face à la douleur, les symptômes dépressifs, et la stigmatisation liée à la douleur aux prédicteurs du Modèle 1. La variable dépendante est l'interférence de la douleur chronique avec le fonctionnement général.

CHAPITRE IV: DISCUSSION

Le présent essai doctoral avait pour but d'examiner l'expérience de la douleur chronique chez les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, en comparant différents profils identitaires quant à leurs caractéristiques cliniques et psychosociales de la douleur. Sur la base de l'identité de genre et l'orientation sexuelle, l'étude quantitative transversale menée a permis de mettre en lumière certaines différences sur le plan des caractéristiques de la douleur (c.-à-d. intensité moyenne de la douleur, interférence avec le fonctionnement quotidien, présence d'un diagnostic) et des composantes psychosociales qui s'y rattachent (c.-à-d., dramatisation face à la douleur, stigmatisation perçue en lien à la douleur), tout en explorant les corrélats pouvant sous-tendre ces différents facteurs. Les résultats de cette étude, de même que ses retombées, méritent d'être discutés en profondeur.

4.1.1. Synthèse intégrative des principaux résultats

4.1.1.1. Disparités dans l'expérience de la douleur selon l'appartenance LGBT+.

Des différences entre les trois groupes étaient attendues en ce qui a trait aux caractéristiques de la douleur. Les résultats soutiennent l'hypothèse pour l'intensité et l'interférence de la douleur, tandis que l'hypothèse nulle a été retenue pour la durée, la localisation et l'origine de la douleur chronique. Les données recueillies révèlent des différences notables dans la manière dont la douleur chronique est vécue selon l'identité de genre et l'orientation sexuelle des personnes participantes. Le groupe composé de gens s'identifiant en dehors des catégories traditionnelles de genre et d'attraction sexuelle ou romantique (p. ex., personnes trans, non binaires, bisexuelles) se distingue par une douleur d'intensité plus sévère et qui interfère davantage avec le fonctionnement quotidien, comparativement aux groupes cishétérosexuel et cishomosexuel. En comparaison aux résultats observés chez les personnes non

monosexuelles ou non binaires, les personnes cishomosexuelles (gaies et lesbiennes) présentaient des niveaux d'intensité et d'interférence de la douleur similaires à ceux observés dans le groupe cishétérosexuel.

Ces constats génèrent certaines réflexions. Les résultats obtenus pour le groupe autre sont en cohérence avec des travaux existants ayant documenté une prévalence et une sévérité accrues de la douleur chronique dans les populations LGBT+ (Jolly et al., 2023; Chadwick et al., 2023; Zajacova et al., 2023). Par exemple, une étude nationale menée par Jolly et al. (2023) auprès d'adultes aux États-Unis a révélé que les personnes s'identifiant comme gaies, lesbiennes ou bisexuelles présentaient des taux de douleur chronique significativement plus élevés que les personnes hétérosexuelles. Zajacova et al. (2023) ont également montré que les adultes s'identifiant comme bisexuels ou autre avaient une prévalence plus élevée de douleur chronique généralisée par rapport aux adultes hétérosexuels ou homosexuels. En outre, la présente étude amène certaines nuances, en montrant notamment que les personnes homosexuelles cisgenres ne présentent pas nécessairement des douleurs plus sévères, ce qui pourrait découler de l'effet positif des avancées sociales et juridiques des dernières décennies. En ce qui concerne les personnes non monosexuelles, transgenres ou non binaires (groupe autre), la persistance des facteurs de stress sociaux, dont des expériences répétées de discrimination ou de rejet, pourrait contribuer à influencer certains mécanismes émotionnels, les rendant plus vulnérables aux impacts de la douleur sur la vie quotidienne (Ayhan et al., 2020). Le modèle du stress minoritaire (Meyer, 2003) offre à cet effet un cadre explicatif pertinent, en soulignant comment les expériences de stigmatisation liées à la diversité sexuelle ou de genre peuvent contribuer à exacerber la détresse. Les présents résultats laissent ainsi entendre que les personnes homosexuelles bénéficient peut-être aujourd'hui d'un contexte socioculturel plus favorable en

matière d'acceptation sociale, de reconnaissance juridique et de représentations culturelles. Or, il est juste de croire que cette tendance ne semble pas s'étendre à tous les sous-groupes de la diversité sexuelle et de genre, comme les personnes non monosexuelles, transgenres ou non binaires, qui continueraient de faire face à des formes persistantes de stigmatisation susceptibles d'influencer leur expérience de la douleur.

Les résultats de la présente recherche ont par ailleurs révélé une différence importante dans l'accès à un diagnostic médical permettant d'expliquer la douleur. Alors qu'une majorité des personnes cishétérosexuelles rapportent avoir reçu un diagnostic, une minorité de celles s'identifiant à une orientation sexuelle ou une identité de genre autre que cisgenre et hétérosexuelle en ont reçu un. Ce décalage peut interpeller pour plusieurs raisons. Il peut refléter une inégalité persistante dans la reconnaissance clinique des douleurs vécues par les personnes issues des minorités sexuelles et de genre. Des études récentes ont d'ailleurs montré que les biais implicites dans les milieux de soins peuvent contribuer à une sous-évaluation ou à une mauvaise interprétation des plaintes de douleur chez ces personnes (Pinnamaneni et al., 2022; Tabernacki et al., 2024). Ce profil recoupe les tendances rapportées par Jolly et al. (2023) et Zajacova et al. (2023), tout en nuanciant l'idée d'un effet systématique chez les personnes cishomosexuelles.

Aucune différence significative n'a été observée quant à la durée de la douleur, à son origine ou à sa localisation. Il demeure possible que la taille de l'échantillon, la nature transversale de l'étude, ou encore la variabilité individuelle des mécanismes d'adaptation aient contribué à masquer de telles différences. Il est également plausible que les outils de mesure utilisés ne parviennent pas à capter certaines douleurs plus spécifiques aux réalités trans ou non binaires (p. ex., douleurs liées à des interventions médicales, dysphorie corporelle; Peitzmeier et al., 2020). Enfin, bien que la localisation et l'origine de la douleur ne varient pas

significativement selon les groupes, plusieurs recherches ont suggéré que les personnes issues de la communauté LGBTQ+ présentent davantage de douleurs diffuses, telles que la fibromyalgie, laquelle est reconnue pour être plus difficile à diagnostiquer et à gérer (Jolly et al., 2025). Il demeure plausible que de tels syndromes douloureux puissent être influencés par des facteurs psychosociaux, incluant les expériences de victimisation, de rejet ou l'exposition prolongée au stress, qui sont susceptibles de mener à une sensibilisation centrale au traitement de la douleur.

Ces résultats réitèrent la pertinence d'une lecture plus globale et contextuelle de la douleur chez les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. Au-delà de la symptomatologie, la trajectoire de vie marquée par l'exposition à des rapports sociaux inéquitables pourrait façonner l'expérience douloureuse et ses impacts, un aspect qui gagnerait à être examiné plus systématiquement dans les recherches futures.

4.1.1.2. Vulnérabilité psychosociale et douleur chronique dans les groupes minoritaires.

Des différences entre les trois groupes étaient attendues en ce qui concerne les symptômes de dépression, la dramatisation face à la douleur et la stigmatisation perçue liées à la douleur. Les résultats soutiennent l'hypothèse en ce qui concerne la dramatisation et la stigmatisation perçue dans le groupe autre, tandis que l'hypothèse nulle est retenue pour les symptômes dépressifs. Les présents résultats mettent en évidence des disparités selon l'identité de genre et l'orientation sexuelle, particulièrement en ce qui concerne la dramatisation face à la douleur et la stigmatisation perçue. Les personnes appartenant au groupe autre rapportent des niveaux plus élevés de dramatisation, comparativement aux groupes cishétérosexuel et cishomosexuel. Ce style cognitif, caractérisé par une amplification des sensations douloureuses, une appréhension anxieuse et un sentiment d'impuissance (Sullivan et al., 1995), est reconnu comme un facteur de risque clé de la chronicisation de la douleur (Petrini & Arendt-Nielsen, 2020).

Ces résultats amènent plusieurs réflexions. La tendance accrue à dramatiser la douleur observée dans le groupe autre pourrait être comprise à la lumière du stress minoritaire cumulé, qui semble susceptible de fragiliser les capacités de régulation émotionnelle et d'alimenter les pensées catastrophiques. Cette proposition est d'ailleurs soutenue par des études ayant révélé que les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre sont régulièrement exposées à des microagressions et des formes subtiles ou explicites de discrimination (Cyrus, 2017). Par exemple, la revue systématique réalisée par Marchi et al. (2024) a examiné les microagressions envers les personnes LGBT+ et leurs implications pour la santé mentale, soulignant l'impact de ces expériences sur leur bien-être psychologique. Ces stresseurs chroniques pourraient entraîner une accumulation de stress physiologique et psychologique au fil du temps, ce qui contribuerait à une détresse émotionnelle plus marquée et, en retour, pourrait influencer la manière dont la douleur est vécue et interprétée.

Les résultats obtenus dans cette recherche suggèrent également que les personnes cishomosexuelles ne diffèrent pas significativement des personnes cishétérosexuelles en ce qui a trait à la dramatisation face à la douleur. Ce résultat pourrait illustrer une certaine résilience ou une meilleure intégration psychosociale chez les personnes gaies et lesbiennes, en cohérence avec les avancées sociales et juridiques des dernières décennies. Conformément à ce qui a été soulevé plus haut, il se pourrait que de telles avancées aient contribué à réduire les expériences de stress sociaux chroniques et à favoriser l'adoption de mécanismes d'adaptation plus efficaces chez ce groupe précis d'individus. Ces propositions demeurent encore peu étudiées et devraient faire l'objet d'investigations approfondies dans les travaux à venir.

De manière distincte, les résultats de cet essai doctoral indiquent que les personnes participantes du groupe autre rapportent une stigmatisation perçue en lien avec la douleur

chronique significativement plus élevée que celles des groupes cishétérosexuel et cishomosexuel. Le concept de stigmatisation mesuré ici fait référence à la perception d’être jugé ou traité défavorablement spécifiquement en raison de la douleur (De Ruddere & Craig, 2016). Cela semble cohérent avec des travaux existants sur le sujet. Une récente revue systématique avec méta-analyses menée par Hickling et al. (2024) a mis en évidence l’impact négatif de ce type de stigmatisation sur l’intensité de la douleur, l’adaptation fonctionnelle et la santé mentale. Par ailleurs, des écrits ont montré que la stigmatisation vécue dans le cadre des soins peut nuire à la relation thérapeutique, engendrer un isolement social, diminuer l’estime de soi et aggraver les symptômes (Craig et al., 2020; Driscoll et al., 2021; Perugino et al., 2022). Les conséquences de la stigmatisation peuvent ainsi être plus vastes, et il serait intéressant de mieux comprendre l’ampleur de ses effets chez la population LGBTQ+ aux prises avec des douleurs chroniques.

Une fois de plus, dans le cadre de la présente recherche, il s’avère intéressant de constater que les personnes cishomosexuelles se distinguent peu de personnes cishétérosexuelles pour la stigmatisation perçue en lien avec la douleur. Cette absence de différence génère certains questionnements et pourrait témoigner d’une normalisation de leur vécu dans les sphères sociales et médicales. À l’inverse, les personnes appartenant au groupe autre présentent de manière systématique un profil plus vulnérable. Il demeure plausible que cette tendance reflète le manque de reconnaissance sociale équivalente ou l’exposition continue à des attitudes négatives ou invalidantes au sein des environnements sociaux et de soins.

En fin de compte, aucune différence significative n’a été observée entre les groupes quant aux symptômes dépressifs. Ce résultat contraste avec les nombreuses études ayant montré une prévalence accrue de troubles de l’humeur chez les populations LGBTQ+ (Hsieh & Shuster, 2021; Lullaku et al., 2023). En guise d’exemple, la méta-analyse de Beas et al. (2023) a mis en

évidence la prévalence élevée de la dépression chez les patients souffrant de pancréatite chronique, illustrant par le fait même la comorbidité fréquente entre douleur et dépression. Dans cette étude, différentes explications peuvent aider à comprendre l'absence de différences entre les groupes pour les symptômes de dépression. En plus de la petite taille de l'échantillon rendant difficile la détection d'effets petits ou modérés, il est possible que l'instrument utilisé n'ait pas été suffisamment sensible pour détecter des nuances fines dans l'expression de l'humeur dépressive (Boini & Langevin, 2022), ou que des facteurs protecteurs, comme des stratégies de coping efficaces ou un soutien social perçu, aient modulé l'association typiquement très étroite entre la douleur et l'humeur. Il apparaît également plausible que la stigmatisation intériorisée ou la méfiance envers les soins de santé ait mené à une sous-déclaration des symptômes dépressifs. Dans tous les cas, davantage d'études sont nécessaires pour bien comprendre ces résultats.

Somme toute, l'ensemble de ces résultats contribue à illustrer la complexité des liens entre les facteurs psychosociaux et la douleur. Ils mettent en lumière la nécessité de mieux comprendre comment les expériences identitaires façonnent non seulement l'expérience de la douleur chronique elle-même, mais aussi les processus psychologiques qui l'accompagnent.

4.1.1.3. Facteurs psychosociaux en lien avec la sévérité de la douleur.

Il était attendu que les facteurs psychosociaux contribuent à expliquer la sévérité de la douleur chronique (c.-à-d., son intensité et son interférence), indépendamment de l'appartenance au groupe. Les résultats confirment cette hypothèse et mettent en évidence le rôle important de la dramatisation face à la douleur. Cette variable est associée de manière robuste à l'intensité de la douleur et à son impact sur le fonctionnement quotidien, au point de rendre l'effet de l'appartenance au groupe non significatif dans les modèles ajustés. Ce résultat est cohérent avec le modèle biopsychosocial de la douleur et rejoint plusieurs études ayant identifié la

dramatisation en tant que prédicteur central de la sévérité de la douleur (Gatchel, 2007; Slawek et al., 2022; Petrini & Arendt-Nielsen, 2020).

L'appartenance au groupe autre était associée à une intensité de douleur plus élevée et à une interférence fonctionnelle plus marquée, en comparaison au groupe cishétérosexuel. Diverses interprétations peuvent expliquer un tel résultat. Ce constat semble renforcer l'idée que les trajectoires marquées par l'exposition à des stressors sociaux risquent d'influencer la perception et la tolérance à la douleur. Toutefois, l'ajout des variables psychosociales dans les modèles de régression a révélé que cet effet devenait non significatif lorsque la dramatisation était considérée, ce qui suggère que les différences initialement attribuées au groupe d'appartenance pourraient en réalité être médiées par des mécanismes psychologiques, en particulier la tendance à amplifier négativement l'expérience douloureuse. Néanmoins, les personnes appartenant au groupe cishomosexuel ne diffèrent pas significativement de celles du groupe cishétérosexuel sur ces dimensions. À l'instar des propositions susmentionnées, il demeure plausible que ces résultats soient le reflet de progrès réalisés en matière d'acceptation sociale, de reconnaissance familiale et d'accès équitable aux soins. Ces avancées pourraient contribuer à atténuer l'influence du stress minoritaire sur l'expérience de la douleur au sein de ce sous-groupe. Toutefois, cette hypothèse n'a pas été examinée explicitement dans le cadre de la présente étude, et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour la vérifier empiriquement.

En somme, les résultats présentés dans cet essai doctoral s'alignent avec le modèle biopsychosocial de la douleur (Gatchel, 2007), selon lequel les processus biologiques, psychologiques et sociaux interagissent dans la genèse et le maintien de la douleur chronique. Ils vont également dans le sens des nombreuses études qui ont identifié la dramatisation face à la

douleur comme un facteur prédictif central de la sévérité de la douleur et de l'incapacité qui en découle (Neblett, 2017; Petrini & Arendt-Nielsen, 2020). Le rôle explicatif des symptômes dépressifs et de la stigmatisation perçue semble quant à lui plus limité dans les modèles d'analyse. Cela pourrait refléter une interdépendance entre ces variables et la dramatisation, ou encore des effets indirects difficiles à capter dans un modèle linéaire. Il est aussi possible que la stigmatisation et la détresse émotionnelle contribuent à façonner la manière dont les individus développent des styles cognitifs, comme la dramatisation, agissant ainsi comme des mécanismes plus distaux. Ces résultats montrent l'importance de cibler les facteurs cognitifs dans les interventions cliniques, en particulier chez les personnes de la diversité d'identité de genre ou d'attraction sexuelle ou romantique, qui sont possiblement exposées à des stressors uniques. Aborder la dramatisation dans une perspective contextualisée permettrait non seulement de moduler l'expérience de la douleur, mais aussi de reconnaître l'impact des trajectoires de vie minoritaires sur les processus psychologiques sous-jacents. Cela plaide en faveur d'approches thérapeutiques intégratives des dimensions sociales et des mécanismes de régulation émotionnelle associés à la douleur chronique.

4.1.4. Retombées de l'étude

Le présent essai doctoral apporte plusieurs retombées significatives sur les plans pratique et éducatif. En s'intéressant aux disparités dans l'expérience de la douleur chronique selon l'identité de genre et l'orientation sexuelle, cette recherche met en lumière des réalités susceptibles d'être négligées dans les milieux de soins. Les résultats obtenus permettent de suggérer des pistes d'intervention concrètes pour améliorer la qualité des soins, favoriser une meilleure reconnaissance de la souffrance vécue par les gens issus de la diversité sexuelle et de

genre, et outiller les personnes professionnelles afin qu'elles puissent répondre de façon plus inclusive à leurs besoins.

4.1.4.1. Retombées en pratique clinique.

Sur le plan de la pratique clinique, les résultats de cet essai doctoral suggèrent que l'expérience de la douleur chronique est teintée par des facteurs identitaires, comme le fait d'appartenir aux minorités sexuelles et de genre. Plus précisément, les personnes non monosexuelles, transgenres ou non binaires présentent une douleur plus intense, une interférence fonctionnelle accrue et une vulnérabilité psychosociale marquée, en particulier en ce qui concerne la dramatisation et la stigmatisation en lien avec la douleur. Ces constats s'inscrivent dans le prolongement du modèle biopsychosocial (Gatchel, 2017), qui montre que la douleur constitue le fruit d'interactions dynamiques entre des dimensions biologiques, psychologiques et sociales; le modèle biopsychosocial soutient l'idée selon laquelle les déterminants liés à l'identité sociale peuvent façonner profondément le vécu des personnes souffrant de douleur persistante.

En cohérence avec la perspective du stress minoritaire (Meyer, 2003), les résultats cette recherche peuvent s'articuler avec les écrits existants, qui documentent l'impact des expériences de discrimination, de rejet ou de microagressions sur la santé des personnes LGBTQ+ (Peitzmeier et al., 2020; De Ruddere & Craig, 2016). Bien que ces variables n'aient pas été directement mesurées dans la présente étude, il demeure possible que ces stressors sociaux contribuent indirectement à la modulation des processus psychologiques liés à la douleur. Par exemple, la présence accrue de dramatisation observée dans le groupe autre pourrait refléter, en partie, l'influence de contextes sociaux stressants propres à certaines identités minoritaires. Or, la dramatisation est l'un des facteurs de risque de la chronicisation de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle les mieux documentés (Petrini & Arendt-Nielsen, 2020). La présente étude révèle

aussi que cette variable psychologique, à elle seule, expliquerait les disparités initialement observées entre les groupes d'orientation sexuelle ou d'identité de genre dans la douleur, soulignant ainsi sa pertinence clinique.

Un autre aspect préoccupant des résultats concerne l'accès inégal à un diagnostic médical. Tandis que la majorité des personnes cishétérosexuelles rapportaient avoir reçu un diagnostic expliquant leur douleur, ce n'était le cas que pour une minorité significative des personnes issues du groupe autre. Cette situation fait écho aux écrits rapportant que les personnes trans, non binaires et queers sont plus susceptibles de voir leurs symptômes minimisés ou mal interprétés en contexte clinique (Craig et al., 2020; Pinnamaneni et al., 2022; Tabernacki et al., 2024). Par exemple, les travaux de Pinnamaneni et al. (2022), qui sont basés sur les données du *Behavioral Risk Factor Surveillance System* aux États-Unis, ont mis en évidence des disparités dans les conditions de santé physique chroniques chez les personnes issues des minorités sexuelles et de genre. Cette absence de reconnaissance médicale pourrait à la fois nuire à l'orientation thérapeutique, accroître la détresse psychologique et alimenter le sentiment d'isolement ou d'invalidation, comme le suggèrent De Ruddere et Craig (2016). Ainsi, les données issues de cette recherche soulignent l'importance de recourir à une évaluation clinique qui demeure sensible aux réalités de la communauté. Cela pourrait notamment comprendre (1) une exploration explicite des facteurs psychosociaux associés à la douleur, (2) une posture d'écoute ouverte et de non-jugement, qui reconnaît la réalité des stress minoritaires, et (3) l'implantation de pratiques cliniques favorisant la reconnaissance et la validation des symptômes, peu importe l'identité de genre ou l'orientation sexuelle de la personne. Adopter une telle perspective permettrait non seulement de réduire les biais diagnostiques, mais aussi de favoriser l'alliance thérapeutique et d'optimiser les interventions en matière de gestion de la douleur chronique.

D'ailleurs, plusieurs interventions psychologiques ciblent efficacement la dramatisation face à la douleur et les expériences stigmatisantes. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) demeurent parmi les plus éprouvées pour réduire la souffrance et prévenir la chronicisation des douleurs (Vlaeyen & Morley, 2000). La dramatisation y est travaillée à travers des techniques de réévaluation cognitive visant la modification des pensées catastrophiques, des expositions graduelles destinées à diminuer la peur liée à la douleur, ainsi que des entraînements à la résolution de problèmes et à la relaxation favorisant l'autonomie (Vlaeyen & Morley, 2005). Plusieurs études ont démontré que la réduction des pensées catastrophiques médie les effets positifs des TCC sur l'intensité perçue de la douleur et sur l'incapacité fonctionnelle (Severeijns et al., 2001; Thorn et al., 2007; Turner et al., 2020). L'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) repose quant à elle sur le développement de la flexibilité psychologique et de la défusion cognitive. Cette approche vise à aider la personne à observer ses pensées sans s'y identifier, tout en s'engageant dans des actions cohérentes avec ses valeurs (Hughes et al., 2017). Des études ont montré que l'ACT favorise une meilleure acceptation de la douleur, une amélioration du fonctionnement social et une qualité de vie accrue (Vowles et al., 2014; Feliu-Soler et al., 2018). Enfin, les expériences de discrimination et de rejet peuvent être efficacement abordées au moyen d'approches fondées sur la pleine conscience et l'autocompassion, lesquelles ont montré des effets prometteurs dans la réduction de la stigmatisation perçue. Ces interventions agissent notamment en cultivant une attitude bienveillante envers soi-même et en atténuant la honte associée à la douleur (Hickling et al., 2024). Toutes ces approches offrent donc des leviers complémentaires afin de soutenir une adaptation plus résiliente à la douleur chronique.

4.1.4.2. Retombées éducatives.

Les résultats de la présente étude mettent en lumière l'importance d'adapter la formation des personnes professionnelles de la santé pour mieux répondre aux besoins des personnes LGBT+ vivant avec de la douleur chronique. Plusieurs rapports gouvernementaux, dont celui de Santé Canada sur la santé des personnes LGBT+ (Gouvernement du Canada, 2022), ont souligné que ces populations font face à des obstacles importants dans le système de santé, comme la stigmatisation, le manque de reconnaissance de leurs réalités et un accès inégal aux soins. L'Enquête canadienne sur la santé des collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2021) a d'ailleurs souligné que la formation actuelle des personnes professionnelles aborde rarement les enjeux spécifiques de la diversité sexuelle et de genre, surtout en lien avec des problématiques complexes comme la douleur chronique. Cet essai doctoral montre que la douleur chez les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre est souvent plus sévère et plus invalidante. Elle met aussi en lumière le rôle de facteurs psychosociaux modifiables, comme la dramatisation ou la stigmatisation perçue, qui contribuent à expliquer en partie les disparités observées. Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer ces dimensions dans les contenus pédagogiques offerts dans les milieux de formation en santé.

De façon plus fondamentale, cette étude contribue à appuyer un changement de perspective en éducation. Elle illustre que les différences observées entre les groupes ne relèvent pas uniquement d'un statut minoritaire figé, mais qu'elles s'opérationnalisent à travers des processus psychologiques spécifiques. Elle ouvre ainsi la voie à une formation plus critique, qui ne se limite pas à constater les iniquités, mais qui cherche à comprendre comment celles-ci se manifestent et influencent concrètement l'expérience de la douleur. Ce virage semble essentiel pour former des personnes cliniciennes capables de développer des interventions adaptées aux

réalités plurielles des populations LGBT+ vivant avec des douleurs chroniques. Concrètement, il serait pertinent que les programmes de formation abordent explicitement les liens entre stress minoritaire, santé mentale et douleur, et qu'ils incluent des études de cas cliniques représentatives des trajectoires LGBT+. L'intégration d'éléments portant sur les biais implicites, les effets de la stigmatisation dans la relation soignant-soigné et les stratégies favorisant une posture empathique et inclusive s'avère également essentielle, particulièrement dans l'évaluation de la douleur chronique.

Plusieurs rapports ont déjà souligné l'impact de la discrimination sur l'accès aux soins de santé pour les minorités sexuelles et de genre (Ayhan et al., 2020). Le but n'est donc pas uniquement de sensibiliser, mais bien de développer des compétences concrètes pour adapter l'évaluation et l'intervention aux réalités spécifiques de ces populations. Certains programmes de formation centrés sur la compétence culturelle, la communication plus inclusive et la réduction des biais implicites permettraient d'améliorer la reconnaissance des symptômes et la qualité de la relation thérapeutique auprès d'individus issus de la diversité sexuelle et de genre (Ayhan et al., 2020; Hughto et al., 2021). Cela implique de concevoir la douleur non seulement comme un symptôme physique, mais comme une expérience façonnée par des déterminants sociaux et identitaires. En fin de compte, cette étude rappelle que l'enseignement en douleur chronique devrait mieux refléter la diversité des vécus, et que la formation constitue un levier incontournable pour promouvoir des soins plus équitables.

4.1.5. Limites et forces de l'étude

Malgré les contributions importantes de cette recherche, certaines limites méthodologiques doivent être discutées. Une première limite concerne la taille de l'échantillon. Bien qu'elle soit suffisante pour détecter des effets significatifs de grande taille, elle demeure nettement plus

restreinte que celle utilisée dans des études épidémiologiques d'envergure, dont celle réalisée par Zajacova et al. (2023) et qui comportait plusieurs milliers de personnes répondantes. Un échantillon plus large aurait permis une meilleure généralisation des résultats à l'ensemble de la population LGBTQ+ au Canada. Il est également possible que certains effets modestes n'aient pas pu être détectés en raison de cette taille restreinte, ce qui limite la portée de certains résultats. Un plus grand échantillon permettrait aussi d'obtenir une meilleure représentativité par rapport aux groupes ethniques et à l'âge, ce qui contribuerait d'ailleurs à mieux cerner les enjeux en lien avec l'intersectionnalité. De plus, l'absence de sous-groupes mieux circonscrits, comme un groupe distinct pour les personnes bisexuelles, constitue une autre limite. Le regroupement de plusieurs identités au sein d'une même catégorie, comme c'est le cas pour le groupe autre, peut avoir dilué certains effets propres à des sous-populations spécifiques. Finalement, le recours à des questionnaires autorapportés, auxquels sont associés certains biais, comme le biais de rappel ou de désirabilité sociale, constitue une autre limite de la présente étude. Plusieurs écrits scientifiques, dont les travaux de Peitzmeier et al. (2020), ont montré que ces biais peuvent influencer les résultats, surtout lorsqu'il s'agit de sujets sensibles comme la douleur ou la stigmatisation. L'ajout de données cliniques ou d'évaluations faites par des personnes professionnelles pourrait renforcer la profondeur des conclusions dans de futures recherches.

En dépit de ces limites, cette étude présente plusieurs forces importantes. Premièrement, elle met de l'avant l'expérience subjective des personnes participantes grâce à l'utilisation de questionnaires autorapportés. Puisque la douleur est un phénomène intrinsèquement subjectif et personnel, le recours à ces mesures renforce la qualité des données recueillies. Deuxièmement, la prise en compte d'un large éventail de variables sociodémographiques représente un autre point fort, car elle permet de brosser un portrait du vécu et de la douleur plus complet et nuancé. En

recueillant des informations sur l'âge, le type de douleur, sa localisation ou encore la durée de la condition, l'étude a permis de tenir compte de la complexité du phénomène. Troisièmement, l'inclusion d'un groupe cishétérosexuel constitue également une force notable, puisqu'il a permis de cibler plus spécifiquement les particularités de l'expérience de la douleur telle que vécue par les personnes LGBTQ+. Peu d'études canadiennes incluent ce type de groupe comparatif, ce qui rend la présente étude particulièrement utile. De plus, une attention soutenue a été portée aux sous-groupes de la communauté LGBTQ+, en particulier aux personnes trans et non binaires. Plusieurs travaux récents, dont ceux de Stocking et al. (2024) et Tabernacki et al. (2024), ont montré que ces personnes sont souvent parmi les plus vulnérables en matière de santé et de douleur. Les résultats de la présente étude semblent aller dans la même direction.

En somme, malgré les limites évoquées précédemment, cet essai doctoral présente des forces indéniables qui contribuent à l'avancement des connaissances sur l'expérience de la douleur chronique chez les gens issus de la diversité sexuelle et de genre. La reconnaissance des limites et des forces inhérentes à cette étude demeure essentielle, tant pour une interprétation nuancée des résultats que pour l'orientation éclairée des recherches futures dans ce champ encore peu exploré.

4.1.6. Pistes pour les études futures

Les données issues de cette étude offrent plusieurs pistes concrètes pour les recherches à venir. Les différences observées entre les sous-groupes d'identité de genre et d'orientation sexuelle, notamment en ce qui concerne l'intensité de la douleur, l'interférence fonctionnelle et la faible proportion de diagnostics formels dans le groupe autre, soulèvent des questions importantes quant aux obstacles potentiels à l'accès et à la reconnaissance des soins en contexte de diversité sexuelle et de genre. Ces résultats s'inscrivent en continuité avec ceux de Jolly et al.

(2023), Chadwick et al. (2023) et Zajacova et al. (2023), qui ont rapporté une prévalence accrue de douleur chronique chez les personnes LGBT+ et examiné certains facteurs psychosociaux associés. Toutefois, la présente étude, bien que modeste sur le plan de l'échantillon, met en lumière des dynamiques spécifiques, en s'intéressant à des variables psychologiques comme la dramatisation ou la stigmatisation perçue, et à leur rôle potentiel dans l'expérience de la douleur. L'accent mis sur des variables psychosociales modifiables dans cette étude suggère également la pertinence de développer des interventions cliniques ciblées et sensibles au contexte identitaire, notamment à travers des approches validées comme la thérapie cognitive et comportementale.

Les recherches futures gagneraient à combiner des méthodes quantitatives et qualitatives afin de mieux comprendre les expériences vécues, en tenant compte des barrières structurelles à l'accès aux soins et des expériences négatives dans les milieux médicaux, comme les cliniques de douleur (Pinnamaneni et al., 2022). L'ajout de devis longitudinaux permettrait également de documenter l'évolution des liens entre douleur, stigmatisation, et détresse émotionnelle dans le temps, ce qui reste peu exploré malgré son importance (Lumley et al., 2022). L'intégration de mesures cliniques objectives et de variables relationnelles, comme la qualité de l'alliance avec les personnes professionnelles de la santé (Hickling et al., 2024), pourrait aussi enrichir la compréhension des trajectoires de soins et des résultats en santé.

Un autre axe prometteur de recherche consiste à mieux tenir compte du rôle des expériences traumatiques. Plusieurs personnes issues de la diversité sexuelle et de genre ont rapporté un vécu teinté de traumatismes, notamment en lien avec la stigmatisation, le rejet ou les expériences de soins invalidantes (Brownstone & Elwood, 2020). Ces expériences pourraient influencer la perception de la douleur, la confiance envers les personnes professionnelles et la réponse au traitement. Intégrer cette dimension dans de futurs devis permettrait de mieux

comprendre la complexité du vécu douloureux chez ces populations et d'adapter les interventions en conséquence.

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude montrent la pertinence d'approfondir la compréhension des mécanismes psychosociaux susceptibles de façonner l'expérience de la douleur chronique chez les gens issus de la diversité sexuelle et de genre. Une meilleure compréhension de ces mécanismes, combinée à des approches qui considèrent les réalités sociales, pourrait contribuer au développement de pratiques cliniques plus équitables, et à la mise en place de politiques de santé mieux adaptées aux besoins de ces populations.

4.2. Conclusion

La douleur chronique, reconnue comme l'une des principales causes d'invalidité à l'échelle mondiale, demeure une condition souvent méconnue, stigmatisée et difficile à diagnostiquer (Driscoll et al., 2021; Mills et al., 2019; Trudel & Cormier, 2024). Le modèle biopsychosocial offre un cadre conceptuel essentiel pour en appréhender la complexité, en intégrant les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de l'expérience douloureuse. Toutefois, les aspects sociaux de la douleur demeurent souvent négligés, tant en recherche qu'en pratique clinique, malgré leur rôle central dans l'expérience subjective de la condition (Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020; Mescouto et al., 2022; Trudel & Cormier, 2022). Dans cette perspective, le présent essai doctoral contribue à combler une lacune importante du domaine en documentant des disparités marquées dans l'expérience de la douleur chronique chez les personnes issues des minorités sexuelles et de genre, et plus particulièrement chez les personnes non monosexuelles, transgenres ou non binaires. Ces dernières rapportent des douleurs plus sévères, une interférence fonctionnelle plus importante, un accès réduit au diagnostic formel, ainsi que des niveaux accrus de dramatisation et de stigmatisation face à la douleur, comparativement aux personnes

cishétérosexuelles et cishomosexuelles. L'étude met également en lumière l'influence de variables psychologiques modifiables, telles que la dramatisation face à la douleur, identifiée comme un prédicteur significatif de l'intensité de la douleur et de ses répercussions fonctionnelles. En ce sens, cet essai doctoral souligne la nécessité d'une prise en charge intégrée, sensible aux réalités psychosociales associées aux identités de genre et aux orientations sexuelles minoritaires, et plaide pour une meilleure reconnaissance de ces facteurs dans les soins, les politiques de santé et les travaux de recherche futurs sur la douleur chronique.

RÉFÉRENCES

- Anderson, K. O., Green, C. R., & Payne, R. (2009). Racial and ethnic disparities in pain: Causes and consequences of unequal care. *The Journal of Pain*, 10(12), 1187-1204.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.10.002>
- Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44-61.
<https://doi.org/10.1177/0020731419885093>
- Beas, R., Riva-Moscoso, A., Ribaud, I., Chambergo-Michilot, D., Norwood, D. A., Karkash, A., Izquierdo-Veraza, D., Montrose, J., Ramirez-Rojas, M., & Montalvan-Sanchez, E. (2023). Prevalence of depression among patients with chronic pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 47(5), 102115. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2023.102115>
- Boini, S., & Langevin, V. (2022). Patient Health Questionnaire 9 items - PHQ-9 (questionnaire sur la santé du patient - 9 questions). *Références en Santé au Travail*, 6.
<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2044>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, G. R., & Gallacher, S. M. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Brownstone, L. M., Vo, D. X., & Elwood, L. S. (2020). Trauma exposure, PTSD symptoms, and chronic pain among sexual minority women: The role of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2101–2115. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26625354/>

- Case, P., Bryn Austin, S., Hunter, D. J., Manson, J. E., Malspeis, S., Willett, W. C., & Spiegelman, D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health, 13*(9), 1033-1047.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2004.13.1033>
- Chadwick, A. L., Lisha, N., Lubensky, M. E., Dastur, Z., Lunn, M. R., Obedin-Maliver, J., & Flentje, A. (2023). Localized and Widespread Chronic Pain in Sexual and Gender Minority People: An Analysis of The PRIDE Study. *medRxiv*, 2023-11.
<https://doi.org/10.1101/2023.11.27.23299101>
- Choinière, M., El-Gabalawy, H., Laliberté, J., Sangster, M., Swidrovich, J., & Wilhelm, L. (Octobre, 2020). *Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur* (Publication No. 200250).
- Clark, J. D. (2002). Chronic pain prevalence and analgesic prescribing in a general medical population. *Journal of Pain and Symptom Management, 23*(2), 131-137.
[https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(01\)00396-7](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00396-7)
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals, Academy of Medicine, Singapore, 23*(2), 129–138.
<https://psycnet.apa.org/record/2015-49222-001>
- Cormier, S., & Trottier, D. (en préparation). Chronic Pain Stigma: Validation of a French-Canadian Instrument Measuring Perceived Stigma in Adults with Chronic Pain.
- Craig, K. D., Holmes, C., Hudspith, M., Moor, G., Moosa-Mitha, M., Varcoe, C., & Wallace, B. (2020). Pain in persons who are marginalized by social conditions. *Pain, 161*(2), 261.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001719>

- Cyrus, K. (2017). Multiple minorities as multiply marginalized: Applying the minority stress theory to LGBTQ people of color. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 21(3), 194-202. <https://doi.org/10.1080/19359705.2017.1320739>
- Davis, M. T., Holmes, S. E., Pietrzak, R. H., & Esterlis, I. (2017). Neurobiology of chronic stress-related psychiatric disorders: Evidence from molecular imaging studies. *Chronic Stress*, 1, <https://doi.org/10.1177/2470547017710916>
- Dedek, A., Xu, J., Lorenzo, L. É., Godin, A. G., Kandegedara, C. M., Glavina, G., Landrigan, J. A., Lombroso, P. J., De Koninck, Y., Tsai, E. C., & Hildebrand, M. E. (2022). Sexual dimorphism in a neuronal mechanism of spinal hyperexcitability across rodent and human models of pathological pain. *Brain*, 145(3), 1124-1138. <https://doi.org/10.1093/brain/awab408>
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health Disparities in Transgender and Gender Expansive Adolescents: A Topical Review From a Minority Stress Framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842-847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>
- De Ruddere, L., & Craig, K. D. (2016). Understanding stigma and chronic pain: A-state-of-the-art review. *Pain*, 157(8), 1607-1610. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
- Drabble, L. A., Wootton, A. R., Veldhuis, C. B., Perry, E., Riggle, E. D. B., Trocki, K. F., & Hughes, T. L. (2020). It's complicated: The impact of marriage legalization among sexual minority women and gender diverse individuals in the United States. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 396-406. <https://doi.org/10.1037/sgd0000375>

- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Driscoll, M. A., Edwards, R. R., Becker, W. C., Kaptchuk, T. J., & Kerns, R. D. (2021). Psychological interventions for the treatment of chronic pain in adults. *Psychological Science in the Public Interest*, 22(2), 52-95. <https://doi.org/10.1177/15291006211008>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457–467. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9), 70–92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. *Journal of Pain Research*, 11, 2145–2159. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144631>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., & Kim, H. J. (2017). The science of conducting research with LGBT older adults-an introduction to aging with pride: National health, aging, and sexuality/gender study (NHAS). *The Gerontologist*, 57(1), 1-14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw212>

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shui, C., & Bryan, A. E. B. (2017). Chronic health conditions and key health indicators among lesbian, gay, and bisexual older US adults, 2013–2014. *American Journal of Public Health, 107*(8), 1332–1338.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303878>
- French, D. J., Noël, M., Vigneau, F., French, J. A., Cyr, C. P., & Evans, R. T. (2005). L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle « Pain Catastrophizing Scale ». *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 37*(3), 181–192. <https://doi.org/10.1037/h008725542>
- Frost, D. M., & Fingerhut, A. W. (2016). Daily exposure to negative campaign messages decreases same-sex couples' psychological and relational well-being. *Group Processes & Intergroup Relations, 19*(4), 477-492. <https://doi.org/10.1177/1368430216642028>
- Gatchel, R. J. (2017). Introduction to the “special issue on pain catastrophizing”. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 22*(1), e12088. <https://doi.org/10.1111/jabr.12088>
- 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*(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gingras, F., Fiset, D., Plouffe-Demers, M.-P., Deschênes, A., Cormier, S., Forget, H., & Blais, C. (2023). Pain in the eye of the beholder: Variations in pain visual representations as a function of face ethnicity and culture. *British Journal of Psychology, 114*(3), 621-637.
<https://doi.org/10.1111/bjop.12641>

- Gouvernement du Canada. (2021). *Rapport du Groupe de travail canadien sur la douleur: Mars 2021*. Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/engagement-public/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-canadien-douleur/rapport-2021.html>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Terminologie 2ELGBTQI+ – Glossaire et acronymes fréquents*. <https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/sois-toi-meme/glossaire-2elgbtqi-plus.html>
- Green, C. R., & Hart-Johnson, T. (2012). The association between race and neighborhood socioeconomic status in younger Black and White adults with chronic pain. *The Journal of Pain*, 13(2), 176-186. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.10.008>
- Green, C. R., Baker, T. A., Sato, Y., Washington, T. L., & Smith, E. M. (2003). Race and chronic pain: A comparative study of young black and white Americans presenting for management. *The Journal of Pain*, 4(4), 176-183. [https://doi.org/10.1016/S1526-5900\(02\)65013-8](https://doi.org/10.1016/S1526-5900(02)65013-8)
- Haack, M., Sanchez, E., & Mullington, J. M. (2020). Elevated inflammatory markers in response to prolonged sleep restriction and sleep disturbance. *Sleep*, 43(3), 242. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz242>
- Haack M., Simpson N., Sethna N., Kaur S., Mullington J. (2020). Sleep deficiency and chronic pain: Potential underlying mechanisms and clinical implications. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 205–216. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0439-z>

- Haarmann, L., Lieker, E., Folkerts, A.-K., Eichert, K., Neidlinger, M., Monsef, I., Skoetz, N., Träuble, B., & Kalbe, E. (2023). Higher Risk of Many Physical Health Conditions in Sexual Minority Men : Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis in Gay- and Bisexual-Identified Compared with Heterosexual-Identified Men. *LGBT Health*.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0084>
- Hart-Johnson, T. A., & Green, C. R. (2010). Physical and psychosocial health in older women with chronic pain: Comparing clusters of clinical and nonclinical samples. *Pain Medicine*, 11(4), 564-574. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00803.x>
- Heslin, K. C. (2020). Explaining disparities in severe headache and migraine among sexual minority adults in the United States, 2013–2018. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(11), 876. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001221>
- Hickling, L. M., Allani, S., Cella, M., & Scott, W. (2024). A systematic review with meta-analyses of the association between stigma and chronic pain outcomes. *Pain*, 165(8), 1689-1701. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003243>
- Hickling, L. M., Cousins, C., & Anderson, M. (2024). The impact of pain-related stigma: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain Research*, 17, 231–249.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S406213>
- Hsieh, N., & Shuster, S. M. (2021). Health and health care of sexual and gender minorities. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 318-333.
<https://doi.org/10.1177/00221465211016436>

- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552–568.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- Hughto, J. M. W., Maroney, M. R., & Reisner, S. L. (2021). Training healthcare providers to reduce LGBTQ-related bias: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 104(12), 3005–3018. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.019>
- Hulla, R., Brecht, D., Stephens, J., Salas, E., Jones, C., & Gatchel, R. (2019). The biopsychosocial approach and considerations involved in chronic pain. *Healthy Aging Research*, 8. <https://doi.org/10.12715/har.2019.8.6>
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Jennifer, S., Brady, B. R., Ibrahim, M. M., Herder, K. E., Wallace, J. S., Padilla, A. R., & Vanderah, T. W. (2024). Co-occurrence of chronic pain and anxiety/depression symptoms in US adults: prevalence, functional impacts, and opportunities. *Pain*, 165(3), 666-673.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003056>
- Jolly, S. E., Akkaya-Hocagil, T., Chen, L., Kurian, D., & Simpson, C. (2023). Chronic pain among U.S. sexual minority adults who identify as gay, lesbian, or bisexual: A national study. *PAIN*, 164(9), 1895–1902. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002897>
- Jolly, D., Tabaac, A. R., & DuBois, L. Z. (2025). Embodied inequities: An intersectional examination of the roles of gender, sexual orientation, and social support in chronic pain inequities in the United States. *Annals of Behavioral Medicine*, 59(1).
<https://doi.org/10.1093/abm/kaaf021>

- Kadimpati, S., Zale, E. L., Hooten, M. W., Ditre, J. W., & Warner, D. O. (2015). Associations between Neuroticism and Depression in Relation to Catastrophizing and Pain-Related Anxiety in Chronic Pain Patients. *PLOS ONE*, *10*(4), e0126351.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126351>
- Kaniuka, A., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A. K., Williams, S. L., & Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *23*(2), 205–220.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1560385>
- Karos, K., McParland, J., Bunzli, S., et al. (2018). The social threats of pain: A review of pain-related fear of social evaluation. *European Journal of Pain*, *22*(4), 692–704.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1174>
- Katz-Wise, S. L., Everett, B., Scherer, E. A., Gooding, H., Milliren, C. E., & Austin, S. B. (2015). Factors associated with sexual orientation and gender disparities in chronic pain among US adolescents and young adults. *Preventive Medicine Reports*, *2*, 765-772.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.09.011>
- Kim, H. J., Yang, G. S., Greenspan, J. D., Downton, K. D., Griffith, K. A., Renn, C. L., Johantgen, M., Dorsey, S. G. (2017). Racial and ethnic differences in experimental pain sensitivity: Systematic review and meta-analysis. *Pain*, *158*(2), 194–211.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000731>
- Kremer, M., Becker, L. J., Barrot, M., & Yalcin, I. (2021). How to study anxiety and depression in rodent models of chronic pain?. *European Journal of Neuroscience*, *53*(1), 236-270.
<https://doi.org/10.1111/ejn.14686>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515.
<https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Lévesque-Lacasse, A., & Cormier, S. (2020). La stigmatisation de la douleur chronique: Un survol théorique et empirique. *Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement*, 21(3), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2020.04.013>
- Levit, D., Yaish, I., Shtrozberg, S., Aloush, V., Greenman, Y., & Ablin, J. N. (2021). Pain and transition: Evaluating fibromyalgia in transgender individuals. *Clin Exp Rheumatol*, 39(3), 27-32. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/pq0qp6>
- Liu, H., & Reczek, R. (2021). Birth cohort trends in health disparities by sexual orientation. *Demography*, 58(4), 1445-1472. <https://doi.org/10.1215/00703370-9357508>
- Llullaku, N., Selimi, R., Roest, J., & Van Der Helm, G. H. P. (2023). Kosovo sexual minorities: A mental health crisis. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 1-19.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2023.2213217>
- Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., et al. (2019). Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: A cluster-randomized controlled trial. *Pain*, 160(12), 2790–2800.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001680>

- Lumley, M. A., Yamin, J. B., Pester, B. D., Krohner, S., & Urbanik, C. P. (2022). Trauma matters: Psychological interventions for comorbid psychosocial trauma and chronic pain. *Pain, 163*(4), 599-603. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002425>
- Macgregor, C., Walumbe, J., Tulle, E., Seenan, C., & Blane, D. N. (2023). Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. *British Journal of Pain, 20494637231188583*. <https://doi.org/10.1177/20494637231188583>
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Quartaroli, F., Laquatra, G., Grenzi, P., Pingani, L., Ferrari, S., Fiorillo, A., Converti, M., Pinna, F., Amaddeo, F., Ventriglio, A., Mirandola, M., & Galeazzi, G. M. (2024). Microaggression toward LGBTIQ people and implications for mental health: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry, 70*(1), 23-35. <https://doi.org/10.1177/00207640231194478>
- Meints, S. M., Cortes, A., Morais, C. A., Edwards, R. R. (2019). Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain Management, 9*(3), 317–334. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0030>
- Mende-Siedlecki, P., Qu-Lee, J., Backer, R., & Van Bavel, J. J. (2019). Perceptual contributions to racial bias in pain recognition. *Journal of Experimental Psychology: General, 148*(5), 863–889. <https://doi.org/10.1037/xge0000600>
- Mescouto, K., Olson, R. E., Hodges, P. W., & Setchell, J. (2022). A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: Time for a new approach? *Disability and Rehabilitation, 44*(13), 3270-3284. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1851783>
- Meyer, I. H. (2003). Minority stress and mental health in gay men. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (pp. 699–731). Columbia University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00760-026>

- Meyer, I. H., Russell, S. T., Hammack, P. L., Frost, D. M., & Wilson, B. D. (2021). Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A US probability sample. *PLoS one*, 16(3), e0246827.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>
- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources?. *Social Science & Medicine*, 67(3), 368-379. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.012>
- Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: A review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), 273-283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Mize, T. D. (2016). Sexual orientation in the labor market. *American Sociological Review*, 81(6), 1132-1160. <https://doi.org/10.1177/0003122416674025>
- Molina, Y., Choi, S. W., Cella, D., & Rao, D. (2013). The Stigma Scale for Chronic Illnesses 8-item version (SSCI-8): Development, validation and use across neurological conditions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 450–460.
<https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s12529-012-9243-4>
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., Tabler, J., Blashill, A. J., & Murray, S. B. (2021). Disparities across sexual orientation in migraine among US adults. *JAMA neurology*, 78(1), 117-118.
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.3406>
- National LGBT Health Education Center. (June, 2018). *Addressing opioid use disorder among LGBTQ populations*. <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/06/OpioidUseAmongLGBTQPopulations.pdf>

- Neblett, R. (2017). Pain catastrophizing: An historical perspective. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 22(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/jabr.12086>
- Newton, B. J., Southall, J. L., Raphael, J. H., Ashford, R. L., & LeMarchand, K. (2013). A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Management Nursing*, 14(3), 161–171. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.09.001>
- Nugraha, B., Gutenbrunner, C., Barke, A., Karst, M., Schiller, J., Schäfer, P., Falter, S., Korwisi, B., Rief, W., Treede, R.-D., & Pain, T. I. T. for the C. of C. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Functioning properties of chronic pain. *Pain*, 160(1), 88. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001433>
- Paige, C., Plasencia-Fernandez, I., Kume, M., Papalampropoulou-Tsiridou, M., Lorenzo, L. E., David, E. T., He, L., Mejia, G. L., Driskill, C., Ferrini, F., Feldhaus, A. L., Garcia-Martinez, L. F., Akopian, A. N., De Koninck, Y., Dussor, G., & Price, T. J. (2022). A female-specific role for Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) in rodent pain models. *Journal of Neuroscience*, 42(10), 1930-1944. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1137-21.2022>
- Park, J., Newman, D., Engstrom, G., Hammar, L. M., & Swall, A. (2017). The moderating and covarying effects of social support and pain intensity on depressive symptomology among racially and ethnically diverse older adults. *Pain Management*, 7(1), 19-32. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0027>
- Perugino, F., De Angelis, V., Pompili, M., & Martelletti, P. (2022). Stigma and chronic pain. *Pain and Therapy*, 11(4), 1085-1094. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40122-022-00418-5>

- Petrini, L., & Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding pain catastrophizing: putting pieces together. *Frontiers in Psychology, 11*, 603420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>
- Peitzmeier, S. M., Gardner, I. H., Weinand, J. D., Corbet, A. L., & Acevedo, K. (2020). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality, 22*(2), 136–150.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1604954>
- Poundja, J., Fikretoglu, D., Guay, S., & Brunet, A. (2007). Validation of the French version of the brief pain inventory in Canadian veterans suffering from traumatic stress. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*(6), 720-726.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.031>
- Pinnamaneni, M., Payne, L., Jackson, J., Cheng, C. I., & Cascio, M. A. (2022). Disparities in chronic physical health conditions in sexual and gender minority people using the United States Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Preventive Medicine Reports, 28*, 101881. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101881>
- Quartana, P. J., McCauley, L., & Allen, C. (2020). Pain catastrophizing and risk for chronic pain. *Current Opinion in Psychology, 35*, 57–62.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.03.005>
- Racine, M., Moulin, D. E., Nielson, W. R., et al. (2021). Predictors of pain and functional outcomes in chronic pain: A Canadian longitudinal study. *Pain Research and Management, 2021*, 6619941. <https://doi.org/10.1155/2021/6619941>
- Radat, F., Margot-Duclot, A., & Attal, N. (2013). Psychiatric co-morbidities in patients with chronic peripheral neuropathic pain: a multicentre cohort study. *European journal of pain, 17*(10), 1547-1557. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00334.x>

Raffaelli, W., Tenti, M., Corraro, A., Malafoglia, V., Ilari, S., Balzani, E., & Bonci, A. (2021).

Chronic pain: What does it mean? A review on the use of the term chronic pain in clinical practice. *Journal of Pain Research*, 827-835.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JPR.S303186>

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(9), 1976.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Wypij, D., Lightdale, J. R., & Austin, S. B. (2013).

Sexual orientation and functional pain in US young adults: The mediating role of

childhood abuse. *PLoS One*, 8(1), e54702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054702>

Roughan, W. H., Campos, A. I., García-Marín, L. M., Cuéllar-Partida, G., Lupton, M. K.,

Hickie, I. B., Medland, S. E., Wray, N. R., Byrne, E. M., Ngo, T. T., Martin, N. G., &

Rentería, M. E. (2021). Comorbid Chronic Pain and Depression: Shared Risk Factors and

Differential Antidepressant Effectiveness. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643609>

Sandfort, T. G., Bakker, F., Schellevis, F. G., & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation

and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey. *American*

Journal of Public Health, 96(6), 1119-1125. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.058891>

Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in

Canada. *Pain Research & Management*, 16(6), 445–450.

<https://doi.org/10.1155/2011/876306>

- Severeijns, R., Vlaeyen, J. W. S., van den Hout, M. A., & Picavet, H. S. J. (2001). Pain catastrophizing and consequences for chronic pain patients: A study in the Dutch community. *Pain*, 89(2–3), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.11.006>
- Slawek, D. E., Syed, M., Cunningham, C. O., Zhang, C., Ross, J., Herman, M., Sohler, N., Minami, H., Levin, F. R., Arnsten, J. H., & Starrels, J. L. (2022). Pain catastrophizing and mental health phenotypes in adults with refractory chronic pain: A latent class analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 145, 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.001>
- Stilwell, P., & Harman, K. (2019). An enactive approach to pain: Beyond the biopsychosocial model. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 18(4), 637–665. <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>
- Stocking, S. Q., Webb, C. K., Miller, G. H., Thomeer, M. B., Goodin, B. R., & Sorge, R. E. (2024). Understanding risk of chronic pain development and related mental health disparities among transgender people: A review of current literature and future directions. *The Journal of Pain*, 104681. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104681>
- 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. <https://doi.org/10.2147/JPR.S248424>
- Streed, C. G., McCarthy, E. P., Haas, J. S., & Sawaya, G. F. (2021). Self-reported physical and mental health of transgender and gender nonbinary adults in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 181(4), 544–552. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.8176>

- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2023). Psychological resilience, pain, and quality of life: Evidence for biopsychosocial pathways. *Current Rheumatology Reports*, 25(1), 8–15. <https://doi.org/10.1007/s11926-023-01095-4>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532. http://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/257422/Pain_Catastrophizing_Scale_Manual.pdf
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- Tabernacki, T., Gilbert, D., Rhodes, S., Scarberry, K., Pope, R., McNamara, M., Gupta, S., Banik, S. & Mishra, K. (2024). The burden of chronic pain in transgender and gender diverse populations: Evidence from a large US clinical database. *European Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1002/ejp.4725>
- Tait, R. C., & Chibnall, J. T. (2022). Community perspectives on patient credibility and provider burden in the treatment of chronic pain. *Pain Medicine*, 23(6), 1075-1083. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab256>
- Thompson, S. J., Correll, C. U., & Goff, D. C. (2022). Addressing pain catastrophizing in clinical settings: A practical review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 591–603. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09812-z>

- Thorn, B. E., Pence, L. B., Ward, L. C., Kilgo, G., Clements, K. L., Cross, T. H., & Tsui, P. (2007). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy for chronic headache. *Pain, 127*(1–2), 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.06.010>
- Traxler, J., Hanssen, M. M., Lautenbacher, S., Ottawa, F., & Peters, M. L. (2019). General versus pain-specific cognitions: Pain catastrophizing but not optimism influences conditioned pain modulation. *European Journal of Pain, 23*(1), 150-159. <https://doi.org/10.1002/ejp.1294>
- 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., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease : The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain, 160*(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Trudel, P., & Cormier, S. (2022). L'intolérance à l'incertitude dans le contexte de la douleur chronique. *Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement, 23*(2), 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2022.02.004>
- Trudel, P., & Cormier, S. (2024). Intolerance of uncertainty, pain catastrophizing, and symptoms of depression: a comparison between adults with and without chronic pain. *Psychology, Health & Medicine, 29*(5), 951-963. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2240073>
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (Eds.). (2018). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. Guilford publications.

- Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., & Dobscha, S. K. (2020). Catastrophizing mediates improvements in pain during cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 161*(12), 2760–2770. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000635>
- Turner, J. A., Holtzman, S., & Mancl, L. (2006). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 127*(3), 276–286. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.005>
- Vang, Z. M., Chau, S., Kobayashi, K. M., Owen, M. J., McKenzie-Sampson, S., Mayrand-Thibert, J., & Brass, G. M. (2021). Pain and functional limitations among midlife and older Canadians: The role of discrimination, race, and sense of belonging. *The Journals of Gerontology, 137*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab137>
- Vlaeyen, J. W., & Crombez, G. (2009). La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme, 76*(6), 511-516. <https://doi.org/10.1007/BF03008495>
- Vlaeyen, J. W. S., & Morley, S. (2005). Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: What works for whom? *Clinical Journal of Pain, 21*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/00002508-200501000-00001>
- Vlaeyen, J. W. S., & Morley, S. (2020). Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: What works for whom? *Clinical Journal of Pain, 36*(3), 149–155. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000796>
- Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: Evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated interdisciplinary program of rehabilitation. *Journal of Pain, 15*(1), 101–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.002>

- Wager, J., Brown, D., Kupitz, A., Rosenthal, N., & Zernikow, B. (2020). Prevalence and associated psychosocial and health factors of chronic pain in adolescents: Differences by sex and age. *European Journal of Pain*, 24(4), 761–772. <https://doi.org/10.1002/ejp.1526>
- Williams, A. C. de C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD007407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- World Health Organization. (2021, September). *Depression: Overview*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yong, R. J., Mullins, P. M., & Bhattacharyya, N. (2022). Prevalence of chronic pain among adults in the United States. *Pain*, 163(2), e328-e332. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002291>
- Zajacova, A., Grol-Prokopczyk, H., Liu, H., Reczek, R., & Nahin, R. L. (2023). Chronic pain among US sexual minority adults who identify as gay, lesbian, bisexual, or “something else”. *Pain*, 164(9), 1942. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002891>
- Zelaya, C. E., Lucas, J. W., & Rikard, S. M. (2024). Chronic pain and high-impact chronic pain among U.S. adults — United States, 2023. *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db518.htm>

ANNEXE A: CONFIRMATIONS DES COAUTRICES

Confirmation de Stéphanie Cormier, Ph. D. (stephanie.cormier@uqo.ca)

Ajout d'un article au projet d'essai doctoral et/ou essai doctoral

  **Cormier, Stéphanie** <stephanie.cormier@uqo.ca>

À :  Trudel, Philippe

Aujourd'hui à 21:10

Bonjour Philippe,

Je consens à ce que l'article suivant fasse partie de ton projet d'essai doctoral et/ou essai doctoral :

Trudel, P., Cormier, S., & Trottier, D. (2023). Les minorités sexuelles et de genre vivant avec une douleur chronique: Survol des expériences et défis en contexte de soins de santé. *Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement*, 24(1), 6-15.

Au plaisir,

Stéphanie

STÉPHANIE CORMIER Ph.D. Psychologue

Professeure titulaire | Département de psychoéducation et de psychologie

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS | UQO

Confirmation de Dominique Trottier, Ph. D. (dominique.trottier@uqo.ca)

Intégration d'un article dans ton PED

  **Trottier, Dominique** <dominique.trottier@uqo.ca>

À :  Trudel, Philippe

Aujourd'hui à 13:42

Bonjour Philippe,

Pour donner suite à ta requête, je n'ai pas d'objection à ce que notre article « Les minorités sexuelles et de genre vivant avec une douleur chronique : Survol des expériences et défis en contexte de soins de santé » soit intégré à ton projet d'essai doctoral.

Au plaisir,

Dominique Trottier, Ph. D. Psychologue

Professeure agrégée | Département de psychoéducation et de psychologie

Directrice | Laboratoire de recherche sur les violences sexuelles et sexistes

Université du Québec en Outaouais

& Chercheure régulière | Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

ANNEXE B: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Département de psychoéducation et de psychologie
Case postale 1250, succursale Hull
Gatineau (Québec) J8X 3X7

Formulaire de consentement

Étude: L'expérience de la douleur chronique chez la communauté LGBT+

Chercheuse principale:

- Stéphanie Cormier, Ph. D., Professeure au Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Assistant de recherche:

- Philippe Trudel, B. Sc., Candidat au doctorat en psychologie (cheminement professionnel; profil Psychologie clinique adulte), Université du Québec en Outaouais

Introduction

Notre équipe de recherche souhaite mieux comprendre l'effet de diverses variables psychosociales sur l'expérience de la douleur chronique. Puisque vous souffrez de douleur chronique, vous êtes invités à participer à cette étude. Votre participation consiste à remplir un questionnaire en ligne. Le questionnaire à remplir est anonyme et mis en ligne sur la plateforme sécurisée LimeSurvey hébergée à l'UQO. Veuillez lire avec attention ce qui suit et n'hésitez pas à communiquer avec les chercheurs si vous avez des questions. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous fournirez votre consentement de façon implicite en remplissant le questionnaire.

Objectif et description de l'étude

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre l'expérience de la douleur chronique et des soins de santé chez les minorités sexuelles et de genre aux prises avec une telle condition. Vous aurez à remplir un questionnaire électronique comprenant plusieurs questions à choix multiples ou à réponses brèves. On vous posera des questions concernant 1) votre statut socioéconomique; 2) vos douleurs et leurs impacts au quotidien; 3) votre état psychologique; 4) vos expériences de stigmatisation; et 5) votre fréquence de recours aux soins et votre satisfaction à l'égard des soins de santé. Remplir le questionnaire devrait vous prendre environ 25 minutes.

Risques

Les risques associés à votre participation sont supérieurs à minimaux, notamment en raison du possible rappel de souvenirs difficiles. Bien que ce soit peu probable, il se peut que certaines questions qui vous seront posées provoquent de l'anxiété ou de la détresse. Dans de telles circonstances, sachez que vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment par l'entremise du bouton situé en haut à droite de l'écran. De plus, une liste de ressources psychosociales vous sera présentée à la fin du sondage.

Bénéfices potentiels

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'impact des variables psychosociales sur l'expérience de la douleur est le bénéfice direct anticipé. Sur le plan personnel, cet avancement pourrait permettre d'améliorer les interventions destinées au soulagement de la douleur chronique. Sur le plan médical, votre participation contribuerait à faire avancer les connaissances sur la douleur persistante, ce qui serait susceptible de permettre d'améliorer l'expérience des soins de santé offerts aux personnes atteintes de cette condition.

En participant à ce projet, vous courez la chance de gagner l'une des quatre cartes cadeaux prépayées d'une valeur de 50\$ chacune. Pour être admissible et vous inscrire à ce tirage, vous devez 1) avoir rempli l'ensemble du questionnaire et 2) avoir noté votre adresse courriel dans la partie destinée à cet effet à la fin du sondage. Ainsi, advenant votre retrait avant la complétion du questionnaire en sa totalité, vos données seront détruites et votre participation ne sera pas retenue pour le tirage. Le tirage sera effectué au terme de la collecte de données. À noter que les adresses courriel ne seront pas liées aux données des personnes participantes. Elles seront seulement utilisées pour remettre les cartes cadeaux aux vainqueurs du tirage pour être ensuite détruites. Ces informations se trouveront donc dans un document à part et sécurisé par un mot de passe.

Confidentialité

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais². Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. En effet, chaque participant se verra attribuer un numéro et son nom ne sera pas enregistré dans la base de données. Lorsque la collecte de données sera complétée, les données présentes sur les serveurs de la plateforme LimeSurvey seront détruites, c'est-à-dire supprimées définitivement de la plateforme. Les données seront conservées dans une base de données informatisée, protégée par un mot de passe, jusqu'à ce que toutes les analyses secondaires soient terminées. Lorsque l'ensemble des données aura été analysé, les données dénominalisées pourront être conservées pendant 25 ans avant d'être détruites, soit supprimées définitivement. En cas de présentation des résultats de cette recherche (p. ex. symposium, présentation orale ou congrès) ou de publication dans des revues spécialisées (p. ex. Clinical Journal of Pain, Pain, Journal of Pain), il n'y a rien qui permettra de vous identifier ou de vous retracer.

Participation volontaire ou retrait

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous avez la possibilité de refuser ou de vous retirer du projet de recherche à tout moment sans aucune explication ou pénalité. Pour ce faire, chaque question présentera un choix « je ne veux pas répondre ». De plus, un bouton en haut à droite permettra de mettre fin à votre participation, et ce, à tout moment. Dans la mesure où vous arrêtez votre participation, il est impossible pour nous de retracer vos données afin de les détruire. Ainsi, il y aura une utilisation partielle de vos données.

²Notamment à des fins de contrôle et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications. **De ce fait, la confidentialité, dans ce contexte, ne peut être garantie.**

Utilisation secondaire des données recueillies

Les données recueillies grâce au présent projet seront conservées pour d'autres activités de recherche menées au sein du Laboratoire d'études sur la douleur et la santé (LEDS), qui est dirigé par Stéphanie Cormier, Ph. D. Dans le cadre de cette étude, les données seront conservées pour une période de 5 ans, puis détruites. Notamment, les résultats de cette étude peuvent servir à la diffusion d'affiches scientifiques, d'articles scientifiques et de projets d'essai doctoral. En ce qui a trait à l'utilisation secondaire de vos données, elles seront conservées pour une période de 25 ans, et ensuite détruites. Les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet seront respectées. Le fichier électronique contenant les données sera détruit définitivement par la directrice de recherche, Stéphanie Cormier, Ph. D. Elles seront plus précisément détruites de façon définitive par le biais d'un logiciel spécialisé.

Contrôle des aspects éthiques de l'étude

Cette étude a été revue et approuvée par le Comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais.

Questions et coordonnées

Pour toutes questions concernant l'étude, veuillez communiquer avec Stéphanie Cormier, Ph. D., à l'adresse courriel suivante: stephanie.cormier@uqo.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais par téléphone au (819) 595-3900 poste 1781 ou encore à l'adresse courriel suivant: andre.durivage@uqo.ca.

Déclaration de consentement

En remplissant le questionnaire qui suit, vous attestez avoir compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et vous acceptez d'y participer. Vous consentez également à ce que vos données soient conservées pour une utilisation secondaire. Au cours du projet, vous demeurez libre de nous contacter pour obtenir des éclaircissements ou de vous retirer de l'étude en tout temps.

J'accepte de participer.

- 0. Non
- 1. Oui

J'accepte l'utilisation secondaire de mes données.

- 0. Non
- 1. Oui

ANNEXE C: CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



Le 13 mai 2025

À l'attention de:
Stéphanie Cormier
Professeure, Université du Québec en Outaouais

Rappel: Renouvellement de l'approbation éthique

Projet #2024-2923– LGBTQ2S+ - Douleur chronique

Titre: L'expérience et la gestion de la douleur chronique: Comparaison entre des personnes issues des minorités sexuelles et de genre et des personnes cisgenres d'orientation hétérosexuelle

Bonjour,

Le certificat d'approbation éthique pour le projet de recherche mentionné en objet **sera échu à compter du 12 juin 2026.**

Vous devez donc obtenir, avant cette date, le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9 - Renouvellement annuel qui a été ajouté à votre projet dans Nagano. Si le projet est terminé, le formulaire F10 - fin de projet sera ajouté à votre projet automatiquement en répondant à la question du F9.

En vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQO, vous ne pouvez poursuivre vos activités de recherche en l'absence d'un certificat d'éthique valide.

***Étudiant(e):** Il est important de savoir que l'obtention et le maintien de la validité du certificat d'éthique pendant toute la durée de la recherche, et ce jusqu'au dépôt final de l'essai, mémoire ou thèse est une condition d'obtention de votre diplôme. (Règlement des études de cycles supérieurs art. 8.14 et art.11.2).*

En vertu de la Politique d'éthique de la recherche de l'UQO, si vous ne renouvelez pas votre approbation éthique dans les 60 jours suivant la date d'échéance, le CER sera dans l'obligation de suspendre l'approbation éthique. De plus, si vous désirez poursuivre ce projet, vous devrez faire une nouvelle demande de certificat d'éthique complète avec tous les documents afférents.

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente lettre atteste que le projet de recherche décrit plus bas a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet #: 2024-2923

Titre du projet de recherche: Douleur chronique et diversité sexuelle et de genre: une étude comparative de l'expérience vécue au sein de la communauté LGBT+

Chercheur principal:

Philippe Trudel
Étudiant, Université du Québec en Outaouais

Directrice de recherche:

Stéphanie Cormier
Professeure, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet: 2023-06-12

Date d'entrée en vigueur du certificat: 2025-05-13

Date d'échéance du certificat: 2026-06-12

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

ANNEXE D: QUESTIONNAIRES

Questionnaire des personnes participantes

Caractéristiques sociodémographiques

1. Quelle est votre âge? _____
2. Quel genre vous a été attribué à la naissance?
 1. Mâle
 2. Femelle
 3. Intersexué
 4. Indéterminé
 5. Autre. Précisez: _____
3. À quel genre vous identifiez-vous?
 1. Homme
 2. Femme
 3. Non-binaire
 4. Autre. Précisez: _____
4. Vous vous considérez principalement comme:
 - 1) Hétérosexuel.le
 - 2) Homosexuel.le, gai.e ou lesbienne
 - 3) Bisexuel.le
 - 4) Bi-spirituel.le
 - 5) Queer
 - 6) Pansexuel.le
 - 7) Allosexuel.le
 - 6) Asexuel.le
 - 7) Incertain.e/En questionnement. Précisez: _____
 - 8) Autre. Précisez: _____
5. Les questions suivantes portent sur votre *expression de genre*:
 - a. De façon générale, à quel point pensez-vous être masculine?
 0. Pas du tout
 1. Très peu
 2. Moyennement
 3. Beaucoup
 4. Extrêmement
 - b. De façon générale, à quel point agissez-vous de façon masculine?
 0. Pas du tout
 1. Très peu
 2. Moyennement
 3. Beaucoup
 4. Extrêmement

c. À quel point pensez-vous paraître aux yeux des autres comme masculine?

- 0. Pas du tout
- 1. Très peu
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

d. De façon générale, à quel point pensez-vous être féminine?

- 0. Pas du tout
- 1. Très peu
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

e. De façon générale, à quel point agissez-vous de façon féminine?

- 0. Pas du tout
- 1. Très peu
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

f. À quel point pensez-vous paraître aux yeux des autres comme féminine?

- 0. Pas du tout
- 1. Très peu
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

6. Nombre d'années de scolarité cumulées jusqu'à maintenant (comptez à partir de la 1^{re} année): _____

7. Quel est votre état civil?

- 1. Célibataire
- 2. Marié.e ou union libre
- 3. Divorcé.e ou Séparé.e
- 4. Veuf.ve

SI « 2 »

a. Quel type de relation intime vivez-vous actuellement? Veuillez choisir un énoncé plus bas.

- 0) Relation hétérosexuelle
- 1) Relation homosexuelle
- 2) Autre. Précisez:

b. Depuis combien de temps êtes-vous en relation avec votre partenaire actuel?

Nombre d'années: _____ Nombre de mois: _____

- c. Veuillez indiquer, tout bien considéré, votre niveau global de bonheur par rapport à votre relation de couple.

Extrêmement malheureux	Assez malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
0	1	2	3	4	5	6

8. Quel est votre statut d'emploi actuel? Cochez la case la plus appropriée.

1. Étudiant.e
2. Travail à temps plein
3. Travail à temps partiel
4. À la maison
5. Retraité.e
6. Invalidité temporaire
7. Invalidité permanente
8. Sans emploi
9. Autre: _____

9. Quelle catégorie représente le mieux votre revenu familial annuel avant les déductions?

1. Moins de 19 999\$
2. 20 000 – 34 999\$
3. 35 000 – 49 999\$
4. 50 000 – 64 999\$
5. 65 000 – 79 999\$
6. 80 000 – 99 999\$
7. 100 000 – 119 999\$
8. 120 000 \$ ou plus
9. Je préfère ne pas répondre

10. Parmi les groupes raciaux ou ethniques suivants, lequel décrit le mieux celui auquel vous appartenez?

1. Blanc
2. Sud-Asiatique (p. ex. Indien de l'Inde, Pakistanais, Sri-Lankais)
3. Chinois
4. Noir
5. Philippin
6. Arabe
7. Latino-Américain
8. Asiatique du Sud-Est (p. ex. Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais)
9. Asiatique occidental (p. ex. Iranien, Afghan)
10. Coréen
11. Japonais
12. Je ne sais pas
13. Je préfère ne pas répondre
14. Autre: _____

Caractéristiques de la douleur

1. Depuis combien de temps ressentez-vous votre douleur?

Nombre d'années: _____ Nombre de mois: _____

2. Avez-vous reçu un(des) diagnostic(s) de la part d'un médecin?

0. Non

1. Oui

SI « 1 »

a. En lien avec votre douleur, précisez quel(s) est(sont) le(les) diagnostic(s) principal(aux) posé(s) par votre médecin traitant. Si vous n'avez pas reçu un diagnostic précis, laissez le champ vide.

3. Principalement, où avez-vous de la douleur (cochez une seule catégorie)?

1. Tête, figure et bouche
2. Région cervicale
3. Épaules et membres supérieurs
4. Région thoracique
5. Région abdominale
6. Régions lombaire, dorsale, sacrum ou coccyx
7. Membres inférieurs
8. Région pelvienne
9. Régions anale, périnale ou génitale
10. Syndrome généralisé
11. Autre: _____

4. Indiquez les circonstances entourant l'apparition de votre douleur (cochez la case représentant le mieux votre situation)

1. Accident de travail
2. Accident avec un véhicule motorisé
3. Accident à la maison
4. Accident de sport
5. Accident sur un lieu public
6. Durant ou à la suite d'un cancer
7. Durant ou à la suite d'une maladie (autre que le cancer)
8. À la suite d'une chirurgie
9. Mouvement/Trauma répétitif
10. Événement stressant
11. Aucun événement précis
12. Autre: _____

5. Veuillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous avez utilisés dans le passé:

1. Médicaments en vente libre (p. ex., Tylenol ou Motrin)
2. Médicaments prescrits par un médecin (p. ex., Lyrica, Cymbalta, Flexeril, Dilaudid, etc.)
3. Interventions médicales (p. ex., injection, bloc facettaire, infiltration, implant d'une pompe, implant d'un neurostimulateur ou chirurgie)
4. Techniques psychologiques (p. ex., relaxation, hypnose, distraction, psychothérapie ou groupe de soutien)
5. Traitements physiques (p. ex., exercices de physiothérapie, ergothérapie, électrostimulation (TENS), acupuncture, massothérapie, ostéopathie, chaleur/froid ou thérapie miroir)
6. Autre: _____

SI « 1 » ou « 2 »

a. Veuillez préciser tous les médicaments utilisés dans le passé pour soulager votre douleur (omettez les médicaments utilisés à l'occasion, comme « Advil deux fois par mois »):

1. Anti-inflammatoires (p. ex.: Advil, Motrin, Celebrex)
2. Acétaminophène (p. ex.: Tylenol, Atasol)
3. Anticonvulsivants (p. ex.: Gabapentine, Pregabaline, Lamotrigine)
4. Antidépresseurs (p. ex.: Zoloft, Prozac, Elavil, Effexor, Luxov)
5. Relaxants musculaires (p. ex.: Lioresal, Flexeril)
6. Cannabinoïdes synthétiques (p. ex.: Cesamet, Marinol)
7. Cannabinoïdes naturels (p. ex.: Sativex, Marijuana)
8. Opioïdes (p. ex.: Codeine, Morphine, Oxycodone, Méthadone)
9. Produits naturels (p. ex.: herbes, produits naturels)
10. Autres médicaments. Précisez: _____

6. Veuillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous utilisez actuellement afin de soulager votre douleur:

1. Médicaments en vente libre (p. ex., Tylenol ou Motrin)
2. Médicaments prescrits par un médecin (p. ex., Lyrica, Cymbalta, Flexeril, Dilaudid, etc.)
3. Interventions médicales (p. ex., injection, bloc facettaire, infiltration, implant d'une pompe, implant d'un neurostimulateur ou chirurgie)
4. Techniques psychologiques (p. ex., relaxation, hypnose, distraction, psychothérapie ou groupe de soutien)
5. Traitements physiques (p. ex., exercices de physiothérapie, ergothérapie, électrostimulation (TENS), acupuncture, massothérapie, ostéopathie, chaleur/froid ou thérapie miroir)
6. Autre: _____

a. Veuillez préciser tous les médicaments utilisés actuellement pour soulager votre douleur (omettez les médicaments utilisés à l'occasion, comme « Advil deux fois par mois »):

- 7. Quel soulagement les traitements que vous prenez actuellement vous ont-ils apporté: pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue au cours de la semaine dernière?**

8. Avec les traitements que vous recevez actuellement pour votre douleur, quel pourcentage de soulagement vous attendez vous d'avoir dans six mois d'ici:

99

Stigmatisation perçue de la douleur chronique (CF-SSCP; Cormier & Trottier, en préparation)*

Veillez s'il vous plaît répondre à chaque question ou énoncé en sélectionnant une seule réponse. Il est souhaitable de répondre à toutes les questions. Néanmoins, pour chaque question, dans la mesure où vous préférez ne pas répondre, choisissez « je ne veux pas répondre ».

- | | | | | |
|--|----------|---------|---------|----------|
| 1. À cause de ma douleur chronique, certaines personnes m'ont évité. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| | | | | |
| 2. À cause de ma douleur chronique, je me suis senti.e exclu.e. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| | | | | |
| 3. À cause de ma douleur chronique, les gens ont évité de me regarder. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| | | | | |
| 4. Je me suis senti embarrassé.e par ma douleur chronique. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| | | | | |
| 5. À cause de ma douleur chronique, certaines personnes ont semblé mal à l'aise avec moi. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| | | | | |
| 6. Je me suis senti.e embarrassé.e par les limitations physiques associées à ma douleur chronique. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| | | | | |
| 7. À cause de ma douleur chronique, les gens ont été désagréables avec moi. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| | | | | |
| 8. Certaines personnes ont agi comme si j'étais responsable de ma douleur chronique. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |

*Adaptation Canadienne française du Stigma Scale for Chronic Illnesses 8-Item Version (SSCI-8; Molina et al., 2013).

Questionnaire concis sur les douleurs (QCD; Cleeland, & Ryan, 1994)

Intensité de la douleur

1. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense** que vous avez ressentie au cours des 24 dernières heures.

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer*

2. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous avez ressentie au cours des 24 dernières heures.

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer*

3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer*

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en ce moment**.

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer*

Interférence de la douleur

1. Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre (vos):

*Si vous n'avez ressenti aucune douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez encercler « 0 ».

A. Activité(s) générale(s)

N'interfère pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfère complètement

B. Humeur(s)

N'interfère pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfère complètement

C. Capacité(s) à marcher

N'interfère pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfère complètement

D. Travail (inclus le travail à la maison et à l'extérieur)

N'interfère pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfère complètement

E. Relation(s) avec les autres

N'interfère pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interfère complètement
F. Sommeil												
N'interfère pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interfère complètement
G. Goût de vivre												
N'interfère pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interfère complètement
H. Soin(s) personnel(s)												
N'interfère pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interfère complètement
I. Activité(s) récréative(s)												
N'interfère pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interfère complètement
J. Activité(s) sociale(s)												
N'interfère pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interfère complètement

Échelle de dramatisation face à la douleur (PCS-CF; French et al., 2005)

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

Quand j'ai de la douleur...

- | | | | | | |
|--|-------------|-------------|------------------|----------|---------------|
| 1. J'ai peur qu'il n'y ait pas de fin à la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 2. Je pense que je ne peux pas continuer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 3. C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 4. C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 5. Je sens que je ne peux plus supporter la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 6. J'ai peur que la douleur s'empire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 7. Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 8. Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 9. Je ne peux m'empêcher d'y penser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 10. Je ne fais que penser à quel point ça fait mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 11. Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 12. Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |
| 13. Je me demande si quelque chose de grave va se produire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Pas du tout | Quelque peu | De façon modérée | Beaucoup | Tout le temps |

Questionnaire sur la santé du patient-9 (QSP-9; Boini & Langevin, 2022)

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)? (Veuillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse). Il est souhaitable de répondre à toutes les questions. Néanmoins, pour chaque question, dans la mesure où vous préférez ne pas répondre, choisissez « je ne veux pas répondre ».

- | | | | | |
|--|---|-----------------|----------------------------|------------------------|
| 1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 2. Se sentir triste, déprimé.e ou désespéré.e | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi.e, ou trop dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 4. Se sentir fatigué.e ou avoir peu d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 5. Peu d'appétit ou trop manger | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 6. Mauvaise perception de vous-même – ou vous pensez que vous êtes un.e perdant.e ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité.e que vous bougez plus que d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |
| 9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Jamais | | Plusieurs jours | Plus de la moitié du temps | Presque tous les jours |