

Les femmes ... négligées par la médecine ?

Dossier de presse

Soutien

Ce dossier bénéficie de soutien d'experts :

- le Président de la section belge de l'Association internationale de la douleur, le Docteur Bart Morlion, chef de clinique en anesthésiologie à l'UZ Leuven et coordinateur du centre d'algologie de Leuven.

- le Président de l'association "Douleurs Sans Frontières", Le Docteur Alain Serrie, responsable de la Fédération de la Médecine de la Douleur et de Médecine Palliative à l'Hôpital Lariboisière à Paris.

Septembre 2009

Les femmes ... négligées par la médecine ?

Les femmes vivent plus longtemps, mais ...

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes : 82,7 ans versus 77 ans en Belgique (espérance de vie à la naissance⁶⁵). Les hommes paient ainsi un lourd tribut à leur plus forte propension à l'alcool, au tabac et aux comportements dangereux au volant. Mais en outre les femmes bénéficient d'une meilleure constitution⁴⁴ ; la surmortalité masculine s'observe d'ailleurs dès la naissance¹³.

Toutefois, cet avantage des femmes a un revers : elles souffrent de *nombreuses inégalités face à la maladie et aux soins*³⁴, notamment d'une plus longue *espérance de vie en mauvaise santé* ; ayant souvent soigné un compagnon plus âgé malade, elles se retrouvent plus souvent seules quand le handicap les atteint⁵⁰. On les savait discriminées en matière de revenus, de promotion de carrière, de charges familiales. Force est de constater aussi des inégalités de santé et de soins.

Le Conseil des femmes francophones de Belgique ne pouvait rester insensible

En 2003, ce Conseil a organisé un séminaire sur la « Santé des femmes », puis il a mis sur pied une Commission « Santé » qui s'est penchée sur les inégalités ainsi mises au jour.

En 2007, cette Commission a organisé un colloque au Sénat sur la Santé des femmes et a soutenu la création auprès du Service public Fédéral de Santé publique d'une cellule consacrée à la santé des femmes (résolution déposée par la sénatrice de T'Serclaes).

En 2008-09, la Commission « Santé » a évoqué les dangers des dons d'ovules, les répercussions du travail sur les grossesses, les problèmes de santé des femmes âgées et les affres de l'incontinence urinaire. Puis elle a choisi « la douleur » comme thème de l'année.

En 2007, l'Association internationale pour l'étude de la douleur avait déjà organisé une année mondiale contre la douleur chez les femmes et la Belgian Pain Society intitulait malicieusement son congrès: « Les hommes sont-ils stoïques et les femmes douillettes ? ».

Après avoir écouté des conférenciers (Dr. Berquin, Prof. Guérit) et dépouillé la littérature internationale, la Commission « Santé » du CFFB peut émettre un constat grave :

la douleur est un mal fréquent, invalidant, mal soigné et les femmes en sont fort victimes.

I. Faits et chiffres à propos de la douleur

- La douleur est une sensation très désagréable et fréquente, pour les hommes comme pour les femmes

Près d'un adulte belge sur quatre, soit quelque deux millions de personnes, souffre de douleurs récurrentes depuis au moins six mois⁵¹, dont un tiers de façon sévère. Quarante-deux pour cent des ménages sont concernés.

Selon une enquête auprès des personnes atteintes (2003), la douleur était déjà présente depuis sept ans et demi en moyenne, et même depuis plus de vingt ans pour un quart d'entr'elles⁵¹.

- Mais les femmes en souffrent davantage que les hommes

- La *fréquence* des douleurs est plus élevée parmi les femmes :
 - Par leur anatomie et leur physiologie, la vie apporte à quasi toutes les femmes un lot de difficultés *liées à l'appareil reproducteur*¹³ : règles, grossesses, accouchements, allaitement, ménopause.
 - En outre, certaines sont atteintes de *maladies douloureuses spécifiques* : syndrome prémenstruel (plus de la moitié des femmes réglées), mastodynie, endométriose (5 à 20%), douleurs vulvaires, ...
 - Elles sont aussi plus nombreuses à souffrir de *maladies douloureuses communes* aux deux sexes^{13, 15, 61, 63,}

➤ En Belgique, les enquêtes de santé nous en fournissent la preuve¹⁵ :

Prévalence de maladies chroniques douloureuses (12 derniers mois) :
% en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction, du niveau d'urbanisation et de la région de résidence (2004) – Différences significatives

- Migraine : 13,6 versus 4,7 (femmes versus hommes)
- Arthrose : 10,4 versus 7,9
- Fatigue chronique : 5,8 versus 2,8
- Arthrite : 5,6 versus 4,3
- Inflammation chronique de la vessie : 2,9 versus 1,0
- Cancer : 1,3 versus 0,7 (taux bruts).

➤ En outre, d'autres statistiques sont disponibles (France ou pays développés)¹³ :

- % de femmes parmi les personnes atteintes (*et % de population touchée*)
 - Maladies auto-immunes (*au total 6 à 7% de la population*), dont :
 - . syndrome sec de Gougerot-Sjörger (œil sec) : 90% (0,5 à 1%)
 - . cystopathie à urines claires : 90% (5 pour 1000 à 1 sur 10 000 !)
 - . lupus : 80 à 90%
 - . polyarthrite rhumatoïde : 75%
 - Maladie de Takayasu (inflammation de l'aorte) : 83 %
 - Fibromyalgie : 80% (*adultes : femmes 2 à 4% ; hommes < 0,5%*)
 - Maladie de Lyme (infection borreliose): deux tiers (rare)
 - Colon irritable : deux tiers.
- Le risque accru de douleur dont les femmes sont victimes a été démontré par des études cliniques et expérimentales^{18,21,26}. Notamment, leur *sensibilité* à la douleur est plus forte^{3,12,25}. En outre, leurs douleurs sont *plus fréquentes, plus intenses, plus invalidantes, de plus longue durée* et touchent *davantage de régions du corps*^{3,12,38,51,55,61,63}. Et certains *effets secondaires* des traitements sont plus lourds pour les femmes¹⁹.
- *Chez les animaux aussi*, les femelles souffrent davantage^{26,71}, ce qui exclut une origine purement psychologique ou socioculturelle des douleurs féminines.

- Ces différences selon le genre s'expliquent par de nombreux facteurs⁶¹

et ce contrairement au préjugé antérieur qui imputait les douleurs des femmes à leur personnalité fragile.

Facteurs identifiés :

- *Génétiques* : deux chromosomes X (davantage chargés d'information), densité différente de récepteurs morphiniques kappa ou mu, microchimérisme^{4,13,59,70}.
- *Physiologiques* : ensemble du système reproducteur³.
- *Hormonaux* : cycles menstruels, effet différencié des hormones gonadales sur la douleur (système nociceptif)^{3,4,9,13,16,20,52,71}.
- *Neuro-biologiques* : activité du cerveau et du système des neurotransmetteurs^{71,73}, taux plus faible de sérotonine⁴⁶.
- *Fonctionnels/biologiques* : métabolisation différente des médicaments⁴³.
- *Immunitaires* : la grossesse freine l'activité des globules blancs (facilitant les infections) et suscite beaucoup d'(auto)anticorps (facilitant les maladies auto-immunes)¹³.
- *Vécu* : les douleurs menstruelles accroissent la sensibilité¹³.
- *Socioculturels* : l'éducation dicte des comportements différenciés face à la douleur et les stéréotypes les renforcent^{17,21,33,56} ; les rôles multiples (travail, épouse, mère, ...) entraînent très souvent surcharge physique et émotionnelle¹³.
- *Economiques* : la pauvreté accentue le poids des douleurs et accable plus fréquemment les femmes⁶¹.

Une vue synthétique manque pour établir l'imbrication exacte de ces divers facteurs et distinguer l'influence spécifique de chacun d'eux.

- La douleur est très lourde à porter

- La douleur est souvent accompagnée d'autres symptômes désagréables^{13,61} : troubles de l'humeur, sommeil perturbé, fatigue intense, sentiments dépressifs (polyarthrite), voire eczéma (Lyme), nausées (migraine, vertiges), angoisse, ...⁵⁴.
- La co-morbidité est élevée⁴⁸.
- Dans de nombreux cas, les traitements entraînent de graves effets secondaires⁶¹.
- La douleur est **très invalidante**. En Belgique, plus d'un tiers des personnes atteintes (37%) déclarent ne plus pouvoir la supporter⁵¹. La moitié se sentent fatiguées, et/ou incapables de fonctionner correctement ; près d'une sur cinq s'en trouve déprimée, et une sur six souhaite parfois mourir⁵¹.
- La douleur s'accompagne aussi **d'effets indirects délétères**^{42,62} :
 - Retentissement sur la *vie sociale et professionnelle* (pour deux tiers des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde par exemple et 6 à 23% de ceux atteints de fibromyalgie¹³) : absentéisme, licenciement, chômage ... En Belgique, ceux qui avaient un emploi se sont absentés quelque seize jours en 2003, versus douze en moyenne nationale^{51,60}.
 - Retentissement sur *la vie sociale et affective* (un tiers pour la polyarthrite rhumatoïde par exemple¹³. Beaucoup de conjoints finissent par partir¹³. Les aidants naturels aussi sont touchés et certains doivent abandonner leur emploi⁴⁸.

- La douleur est coûteuse pour les malades et pour la société

Pour la seule migraine (dont les femmes sont bien davantage atteintes que les hommes), on peut estimer très grossièrement les coûts à environ 700 millions d'euros en Belgique (620 à 730 selon taux de change juillet de 09), du moins si les coûts calculés à l'étranger^{1,30} et indexés étaient analogues aux coûts belges en 2008. Selon ces sources, près des trois quarts de ces coûts seraient indirects (absentéisme, perte de productivité, ...). D'autres auteurs^{42,62,64} confirment la prédominance des coûts indirects sur les coûts directs (examens répétés, médicaments, kiné, suivi psychologique, ...).

- D'où l'intérêt d'une prise en charge adéquate.

Le traitement doit être :

- *multidimensionnelle*⁶², pour s'adresser aux facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels de la douleur ;
- *rapide*, pour diminuer les risques de chronicisation ; pour le rhumatisme inflammatoire par exemple, un processus qui n'est pas arrêté à temps entraîne des dégâts irréparables⁶¹ ;
- *attentif et pertinent*, pour éviter le « shopping » médical, la répétition d'examen inutiles et la surconsommation d'antalgiques peu efficaces et
- *viser à la réadaptation* (notamment par la kinésithérapie) pour améliorer la qualité de vie et diminuer les coûts indirects ; en effet, des études ont montré des gains nets à terme de certains programmes de réadaptation tant pour la sécurité sociale¹⁴ que pour la remise au travail^{29,32,47}.

- De nombreux traitements complémentaires à la médecine conventionnelle sont utilisés^{13,61,62} :

l'ostéopathie, l'homéopathie, la relaxation³⁷ et l'acupuncture^{38,40,41}, celle-ci notamment pour la fibromyalgie et la migraine^{13,61}. Et aussi l'électroacupuncture^{38,39}, la vibrothérapie^{11,38} ; la neurostimulation transcutanée ; l'hypnose⁶⁶, le bio-feed-back^{62,66} ; la mésothérapie, la théromothérapie, la balnéothérapie ; enfin, la pensée positive et la reprogrammation par les mouvements des yeux sont parfois évoqués⁶¹.

En Belgique, près de deux personnes atteintes sur trois font appel à des traitements complémentaires⁵¹. Mais ceux-ci, n'étant pas toujours bien acceptés par les médecins, sont sans doute sous-utilisés.

Leur efficacité devrait être mieux testée et les formations en la matière devraient être mieux formalisées et reconnues.

- Mais la douleur est globalement mal soignée

- En Belgique, plus d'un quart des patients souffrant de douleur estiment que leur médecin ne sait pas comment la contrôler et deux tiers estiment que leur traitement est parfois inefficace⁵¹.
- Néanmoins, seuls 1% d'entre eux déclarent spontanément être soignés par un spécialiste de la douleur et, si on leur pose la question, seuls 22% en ont un jour consulté un⁵¹.
- Des études spécifiques confirment que des diagnostics sont souvent mal établis^{42,64} et que maints traitements sont peu adaptés^{41,48}. L'automédication, fréquente, est souvent nocive.

- En particulier, la douleur est mal soignée pour les femmes, car :

- Elle est souvent traitée de façon identique pour les femmes et les hommes, malgré une efficacité différente, -selon le genre,- de divers agents thérapeutiques^{9,10,26,71} ; de nombreuses études montrent d'ailleurs que *l'effet de nombreux médicaments diffère selon le sexe*^{2,3,7,16,20,57,63,69} ; on a noté par exemple les réponses moindres des femmes aux opioïdes mu^{4,72,73} et supérieures aux opioïdes kappa²³ (mais certains résultats sont contradictoires^{19,20}). D'autres traitements aussi montrent des effets différenciés³⁹. Ceci milite pour une approche différenciée des traitements, qui tiendrait compte des spécificités féminines.
- Inversement, les femmes sont parfois victimes d'une *différenciation indue du traitement de la douleur* ; celle-ci peut être moins bien reconnue, surtout quand aucune cause organique ne peut être objectivée ; on taxe alors volontiers les femmes d'hypocondriaques ou d'hystériques, alors que la souffrance est bien réelle et mérite toute l'attention¹³.
- Elle est alors traitée avec *retard*^{13,36} ; or le traitement doit être rapide, au risque de séquelles³¹. A noter qu'un retard a aussi été observé pour le diagnostic et le traitement des atteintes cardiaques des femmes⁶¹.
- En outre, la douleur est souvent traitée *sans les médicaments spécifiques*, même si ceux-ci sont disponibles ; c'est notamment le cas pour les migraines⁶¹. Même la chirurgie est parfois moins utilisée pour les femmes qui en ont pourtant besoin²⁷.
- Et le *traitement est influencé par des facteurs socioculturels* ; il peut varier selon le sexe du praticien et/ou du malade^{5,22,61}.

- Hélas, les médecins sont peu formés à soigner la douleur

Cette matière est peu enseignée dans le cursus des praticiens de santé belges.

Or, sans surprise, une formation au traitement de la douleur a montré ses effets positifs sur l'état de patients⁶ (les médecins concernés avaient reçu une formation de courte durée sur les relations et la communication avec le patient, l'évaluation de la douleur, la prescription et la négociation d'un « contrat » avec le patient).

- Et les structures spécialisées sont lacunaires

Elles sont *rare*s : seules neuf cliniques de la douleur sont reconnues en Belgique (mais le projet en cours visant à créer des centres de deuxième ligne pourrait remédier partiellement à ce problème).

En outre, leur *financement est insuffisant* (la consultation est peu remboursée, alors qu'elle doit durer une heure environ).

De surcroît, leur *statut est précaire*, car les conventions avec l'INAMI sont à durée limitée.

Ces constats commandent des actions ciblées :

pour améliorer le traitement de la douleur

pour diminuer les inégalités de santé et de soins entre hommes et femmes

II. Propositions d'action

« Parce que la douleur doit être considérée aujourd'hui comme inacceptable Et qu'elle n'est pas toujours une fatalité »⁶².

a) Pour améliorer le traitement de la douleur

- Promouvoir des **recherches** visant à améliorer le *traitement de la douleur*⁵².
- Promouvoir la recherche pour des *traitements spécifiques correspondant à la sensibilité particulière à la douleur des hommes et des femmes* (influences génétiques, hormonales ou autres), ainsi qu'aux différences d'efficacité et d'effets secondaires^{2,8,9,16,20,21,25,26,43,59,61,71}.
- Promouvoir la recherche sur l'efficacité des *traitements non pharmacologiques*.
- Revaloriser le **financement** des conventions relatives aux Centres de la douleur (actuellement de 3^e ligne) ; puis les pérenniser.
- Créer des *Centres de traitement de la douleur de deuxième ligne*. A cet égard, en août 2009, la Ministre Onkelinx a dégagé un budget, en vue de financer des équipes multidisciplinaires de 2^e ligne et des fonctions d'algologie dans des hôpitaux du pays.
- Rendre obligatoire la **prise en charge de la douleur, notamment dans les hôpitaux** (à l'instar du code de la Santé publique en France).
- **Rembourser** intégralement les traitements anti-douleur de la nomenclature^α. Créer des trajets de soins pour la douleur.
- Introduire des **cours** spécifiques sur la prise en charge de la douleur, entre autres de la douleur chronique, dans le cursus des médecins et des professionnels de la santé (c'est déjà obligatoire en France). Ces cours devraient inclure le diagnostic, y compris l'écoute, la mesure, la relation médecin-malade et le traitement (médicamenteux, kinésithérapeutique et autres).
- Relancer la mise en route des **arrêtés d'application de la « loi Colla »**, c-à-d. celle relative aux médecines complémentaires (très utilisées face à la douleur), de façon à mieux assurer la formation de ceux qui les pratiquent (tout en soutenant l'évaluation rigoureuse des effets de ces pratiques – cf. supra).

b) Pour diminuer les inégalités de santé et de soins entre hommes et femmes

- **Introduire le « genre »** de façon obligatoire dans les essais cliniques menant à l'enregistrement, notamment par un % de femmes dans les échantillons, proportionnel à leur place dans la prévalence des maladies étudiées^{8,45,49,61,68,α}, règle déjà en vigueur pour les recherches financées par le National Institute of Health (Etats-Unis).
- Renforcer la présence des **femmes dans les organes de décision** pour la recherche médicale^α.
- Promouvoir des **recherches**, notamment des recherches qualitatives, visant à mieux comprendre les différences entre hommes et femmes dans le domaine de la santé et des soins, particulièrement en matière de douleur^{21,33,α}.
- Créer une **cellule « Genre » au sein des administrations** en charge de la santé^α.
- Introduire le **genre dans le cursus des professions de santé**

^α Recommandations également prônées par le Nederlandstalige Vrouwenraad de Belgique⁴⁵, lequel n'a pas étudié l'impact spécifique de la douleur selon le genre.

comme déjà en cours aux Pays-Bas et conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe et de la CEDEF (Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes – ONU).

III. Recommandation prioritaire

La Commission « Santé » du Conseil des Femmes francophones de Belgique, recommande en priorité le lancement d'une recherche visant à faire la **synthèse de la littérature**, touffue et parfois contradictoire, sur les différences entre hommes et femmes en matière de douleur, avec comme objectifs de :

- synthétiser l'influence des divers facteurs en cause et établir un *modèle explicatif multifactoriel* ;
- formuler des *recommandations* sur les approches différenciées des traitements selon le genre ;
- *sensibiliser les soignants* à cette problématique ; proposer un plan de formation systématique ;
- préciser les *lignes directrices de recherches ultérieures* : les lacunes à combler en vue, notamment, de démêler l'écheveau des divers facteurs.

IV. Recommandations de synthèse

La Commission « Santé » du Conseil des Femmes francophones de Belgique,

- consciente du poids de la douleur pour près de deux millions de nos concitoyens,
- alertée par la sensibilité particulière des femmes à la douleur et à ses traitements,
- interloquée par le fait que cette douleur soit mal connue de façon générale,
- choquée par les soins de moindre qualité dont sont victimes les femmes,

Recommande que des actions soient menées pour améliorer la **recherche** et **l'enseignement** en matière de douleur et le **financement** des structures et des traitements y consacrés.

Recommande en priorité le lancement d'une recherche visant à faire la **synthèse de la littérature** sur les différences de genre en matière de douleur.

Avec l'espoir que la douleur, invalidante et inacceptable,
devienne peu à peu mieux traitée pour nos concitoyens qui en souffrent.

Signataires

Cette note a été rédigée par :

Denise Deliège, Professeur émérite UCL, avec la collaboration de :

Anne Berquin, médecin-spécialiste en réadaptation à la Consultation de la Douleur Chronique (Cliniques universitaires St Luc, UCL)

Chantal Couvreur, Présidente de la Commission « Santé » du CFFB, Docteur en Santé publique.

Annexes

Bibliographie

1. Auray JP, Migraine et autres céphalées : étude descriptive et explicative de la consommation de soins, in Henry P (éd), La migraine en France, Paris, John Libbey Eurotext, 1993 :138
2. Barrett AC, Low efficacy opioids: implications for sex differences in opioid antinociception, *Exp Clin Psychopharmacol.* 2006 Feb;14(1):1-11
3. Berkley KJ, Sex differences in pain, *Behav Brain Sci.* 1997 Sep;20(3):371-80
4. Bernal SA, Morgan MM, Craft RM, PAG Mu Opioid receptor activation underlies sex differences in morphine antinociception, *Behav Brain Res.* 2007 February 12;177(1): 126–133
5. Berquin A, Masquelier Et, Femmes et douleur, *Diaporama*, 2009 Jan : 55
6. Chassany O, Boureau F, Liard F, Bertin P, Serrie A, Ferran P, Keddad K, Jolivet-Landreau I, Marchand S, Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis: a randomized multicenter study, *J Rheumatol.* 2006 Sep;33(9):1827-34
7. Compton P, Charuvastra VC, Ling W, Effect of oral ketorolac and gender on human cold pressor pain tolerance, *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2003 Oct;30(10):759-63
8. Conseil de l'Europe, Les normes et mécanismes d'égalité entre les femmes et les hommes, Recommandation CM/Rec (2007) 17 du Comité des Ministres et exposé des motifs, 2008 : 97
9. Craft RM, Mogil JS, Aloisi AM, Sex differences in pain and analgesia: the role of gonadal hormones, *Eur J Pain.* 2004 Oct;8(5):397-411
10. Craft RM, Sex differences in opioid analgesia: "from mouse to man", *Clin J Pain.* 2003 May-Jun;19(3):175-86
11. Dahlin L, Lund I, Lundeberg T, Molander C, Vibratory stimulation increase the electro-cutaneous sensory detection and pain thresholds in women but not in men, *BMC Compl. Altern Med.* 2006 May;6:20
12. Dao TT, LeResche L, Gender differences in pain, *J Orofac Pain.* 2000, Summer; 14(3):169-84
13. de Kervasdoué A, Belaïsch J, Pourquoi les femmes souffrent-elles davantage et vivent-elles plus longtemps ? Odile Jacob, 2005 : 462
14. Ektor-Andersen J, Ingvarsson E, Kullendorff M, Orbaek P, High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence, *J Rehabil Med.* 2008 Jan;40(1):1-8
15. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2004, Institut de Santé publique, IPH/EPI Report 2006–034
16. Fillingim RB, Gear RW, Sex differences in opioid analgesia: clinical and experimental findings, *Eur J Pain.* 2004 Oct;8(5):413-25
17. Fillingim RB, Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain, *J Pain.* 2001 Oct;2(5):251-7
18. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL 3rd, Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings, *J Pain.* 2009 May;10(5):447-85
19. Fillingim RB, Ness TJ, Glover TL, Campbell CM, Hastie BA, Price DD, Staud R, Morphine responses and experimental pain: sex differences in side effects and cardiovascular responses but not analgesia, *J Pain.* 2005 Feb;6(2):116-24
20. Fillingim RB, Ness TJ, Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000 Jun;24(4):485-501
21. Fillingim RB, Sex, gender and pain:women & men really are different, *Curr Rev Pain.* 2000;4(1):24-30
22. Frank JB, Weihs K, Minerva E, Lieberman DZ, Women's mental health in primary care: Depression, Anxiety, Somatization, Eating Disorders, and Substance Abuse, *Medical Clinics of North America*, 1998 March ;82(2):359-389
23. Gear RW, Miaskowski C, Gordon NC, Paul SM, Heller PH, Levine JD, The kappa opioid nalbuphine produces gender- and dose-dependent analgesia and antianalgesia in patients with postoperative pain, *Pain.* 1999 Nov;83(2):339-45
24. Gear RW, Miaskowski Ch, Gordon NC, Paul SM, Heller PH, Levine JD, Kappa-opioids produce significantly greater analgesia in women than in men, *Nature Medicine.* 1996 ;(2):1248-1250

25. Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L, Gender differences in response to pain, *Ugeskr Laeger*. 2007 Jun 18;169(25):2425-7
26. Hallin RG, Pain more painful in women. Gender perspective neglected in research on the biological mechanisms of pain, *Lakartidningen*. 2003 ;100(46) : 3738-41
27. Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R, Badley EM, Differences between men and women in the rate of Use of hip and knee arthroplasty, *NEJM*. 2000 April (14) 342 : 1016-22
28. Health Interview Survey, Belgium, 2004, Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J (interactif via <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/hisia/index.htm>)
29. Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariëns GA, Smid T, van Mechelen W, Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain, *Scand J Work Environ Health*. 2005 Aug;31(4):249-57
30. Hu XH, Markson LE, Lipton RB, Stewart WF, Berger ML, Burden of Migraine in the United States, Disability and Economic Costs. *Arch Intern Med*. 1999;159:813-818
31. Jensen IB, Busch H, Bodin L, Hagberg J, Nygren A, Bergström G. Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up, *Pain*. 2009 Apr;142(3):202-8
32. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B., Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults, *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(3):CD002193
33. Keogh E, Denford S, Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage, *Eur J Pain*. 2009 Jul;13(6):629-34
34. Kittell Fr, Genre et Santé : être femme, c'est être du sexe faible ou de mauvais genre?, ULB, Rencontre « La Santé des femmes », 12 juin 2009, Mutualités socialistes, Diaporama : 41
35. Lagro-Janssen T, Noordenbos G (Ed), *Sekse verschillen in ziekte en gezondheid*, Amsterdam, Sun, 1997 : 333
36. Lard LR, Huizinga TW, Hazes IM, Vlieland TP, Delayed referral of female patients with rheumatoid arthritis, *The Journal of Rheumatology*. 2001 Oct. ; 28(10) :2190-2192
37. Lund I, Lundeberg T, Carleson J, Sönnerrfors H, Uhrlin B, Svensson E, Corticotropin releasing factor in urine--a possible biochemical marker of fibromyalgia. Responses to massage and guided relaxation, *Neurosci Lett*. 2006 Jul 31;403(1-2):166-71 (a)
38. Lund I, Lundeberg T, Is it all about sex ? Acupuncture for the treatment of pain from a biological and gender perspective, *Acupuncture in Medicine*. 2008 (26-1) : 33-45
39. Lund I, Lundeberg T, Kowalski J, Svensson E, Gender differences in electrical pain threshold responses to transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), *Neurosci Lett*. 2005 Feb 28;375(2):75-80
40. Lund I, Lundeberg T, Lönnberg L, Svensson E, Decrease of pregnant women's pelvic pain after acupuncture:a randomized controlled single-blind study, *Acta Obst Gynec Scand*. 2006;85(1):12-9 (b)
41. Lundeberg T, Lund I, Is there a role for acupuncture in endometriosis pain, or 'endometrialgia'?, *Acupunct Med*. 2008 Jun;26(2):94-110
42. Mennini FS, Gitto L, Martelletti P, Improving care through health economics analyses: cost of illness and headache, *J Headache Pain*. 2008 Aug;9(4):199-206
43. Miyazaki R, Yamamoto T, Sex and/or gender differences in pain, *Masui*. 2009 Jan;58(1):34-9
44. Montagu A, *The Natural Superiority of Women*, fifth edition, Walnut Creek, California, AltaMira Press (Sage Publications), 1999 : 336
45. *Nederlandstalige Vrouwenraad, Vrouwenraadmemorandum 2007*, Brussel, 2007 : 59
46. Nishizawa S, Benkelfat C, Young SN, Leyton M, Mzengeza S, de Montigny C, Blier P, Diksic M, Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brain, *Proc Nat Acad Sc*. 1997 May; 94(10):5308-13
47. Norrefalk JR, Ekholm K, Linder J, Borg K, Ekholm J., Evaluation of a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain: economic benefits of return to work, *J Rehabil Med*. 2008 Jan;40(1):15-22
48. O'Connor AB, Neuropathic pain: quality-of-life impact, costs and cost effectiveness of therapy, *Pharmacoeconomics*. 2009;27(2):95-112

49. ONU, Recommandation générale n° 24, 1999 (20), concernant l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes - Les femmes et la santé
50. Pacolet J, Deliège D, (coordinateurs), Artoisenet C, Leroy X, Swine Ch, Cattaert G, Peetermans A, Coudron V, Vieillessement, aide et soins de santé en Belgique, Rv belge Séc. Soc. 2006(2) : 129-183
51. Pain in Europe, Country Data Presentations : Belgium : 43, www.paineurope.com/files/Pain%20in%20Europe%20-%20Belgium.ppt
52. Paller CJ, Campbell CM, Edwards RR, Dobs AS, Sex-based differences in pain perception and treatment, Pain Med. 2009 Mar;10(2):289-99
53. Pradalier A, Auray JP, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues JF, Duru G, Henry P, Lantéri-Minet M, Lucas C, Chazot G, Gaudin AF, Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the GRIM2000 study, Pharmacoeconomics. 2004;22(15):985-99
54. Queneau P, Ostermann G, Soulager la douleur, Ecouter, croire, prendre soin, Paris, Odile Jacob, 1998 : 316
55. Rintelen B, Haindl PM, Maktari A, Nothnagl T, Hartl E, Leeb BF, SDAI/CDAI levels in rheumatoid arthritis patients are highly dependent on patient's pain perception and gender, Scand J Rheumatol. 2008 Nov-Dec;37(6):410-3
56. Robinson ME, Riley JL 3rd, Myers CD, Papas RK, Wise EA, Waxenberg LB, Fillingim RB, Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain, J Pain. 2001 Oct;2(5):251-7
57. Ryan JL, Jureidini B, Hodges JS, Baisden M, Swift JQ, Bowles WR, Gender differences in analgesia for endodontic pain, J Endod. 2008 May;34(5):552-6
58. Saillant Fr, Boulianne M (Dir), Transformations sociales, genre et santé, Collection : Sociétés, cultures et santé, Université de Laval (Québec) et Ed. l'Harmattan (Paris), 2003 : 311
59. Schwartz JB, Gender differences in response to drugs: pain medications, J Gend Specif Med. 1999 Sep-Oct;2(5):28-30
60. Securex (Social Management), Absentéisme en Belgique, 2004, Coûts, benchmarks, raisons médicales et satisfaction du personnel, White Paper, s.d. : 62
61. Sereni C, Sereni D, On ne soigne pas les femmes comme les hommes, Paris, Odile Jacob, 2002:198
62. Serrie A, Vaincre la douleur. La souffrance n'est pas toujours une fatalité, Neuilly-sur-Seine, Michel Lafon, 2007 : 326
63. Slavkin HC, Distinguishing Mars from Venus. Emergence of gender biology in health and disease, JADA. 1998 (129) : 357-361
64. Solomon GD, Price KL, Burden of migraine. A review of its socioeconomic impact, Pharmacoeconomics. 1997;11 Suppl 1:1-10
65. Statbel, Démographie mathématique, Espérance de vie à la naissance, http://www.statbel.fgov.be/fiGurEs/d23_fr.asp#6
66. Tan G, Craine MH, Bair MJ, Garcia K, Giordano J, Jensen MP, McDonald SM, Patterson D, Sherman RA, Wright W, Tsao JC, Efficacy of selected complementary and alternative medicine interventions for chronic pain, Journal of Rehabilitation Research & Development. 2007;44(2):195-222
67. Targino RA, Imamura M, Kaziyama HH, Souza LP, Hsing WT, Furlan AD, Imamura ST, Azevedo Neto RS, A randomized controlled trial of acupuncture added to usual treatment for fibromyalgia, J Rehabil Med. 2008 Jul;40(7):582-8
68. Vallerand AH, Polomano RC, The relationship of gender to pain, Pain Manag Nurs. 2000 Sep;1(3 Suppl 1):8-15
69. Walker JS, Carmody JJ, Experimental pain in healthy human subjects: gender differences in nociception and in response to Ibuprofen, Anesth Analg. 1998 Jun;86(6):1257-62
70. Wang XP, Liu JM, Zhao YB, Migraine: sex-influenced trait model?, Med Hypoth. 2008;71(1):14-21
71. Wiesenfeld-Hallin Z, Sex differences in pain perception, Gend Med. 2005 Sep;2(3):137-45
72. Zubieta JK, Dannals RF, Frost JJ, Gender and age influences on human brain mu-opioid receptor binding measured by PET, Am J Psychiatry. 156:842-848, June 1999
73. Zubieta JK, Smith YR, Bueller JA, Xu Y, Kilbourn MR, Jewett DM, Meyer CR, Koeppe RA, Stohler CS, μ -opioid receptor-mediated antinociceptive responses differ in men and women, The Journal of Neuroscience. June 15, 2002, 22(12):5100-5107

Présentation du CFFB

Le Conseil des Femmes francophones de Belgique (CFFB) coordonne, confronte, associe, unit des associations de femmes et des membres individuelles, de toutes opinions philosophiques et politiques, en vue de promouvoir leurs droits et intérêts sociaux, culturels, politiques et économiques, dans le respect de leur autonomie. Les sujets de société touchant les femmes sont examinés dans des commissions spécialisées, afin de donner des avis, d'élaborer des solutions et de prendre position auprès des autorités compétentes. L'une de ces commissions concerne la santé.

Membres de la Commission « Santé »

Alexander-Karlin Sophie, Médecin, Prof. Santé reproductive et Epidémiologie périnatale ULB-ESP
 Berquin Anne, Médecin, spécialisée en réadaptation, Centre de douleurs chroniques, UCL
 Ceulemans Françoise, Gériatre, Clinique St Luc Bouge-Namur
 Collard Alexandra, Médecin, Clinique Edith Cavell, douleurs chroniques
 Corvisier, Conseillère conjugale, Infirmière, responsable Centre prévention violences conjugales
 Couvreur Chantal, Présidente Commission Santé CFFB, Présidente de Mediteam
 Deliège Denise, Professeur émérite, Docteur Sc. Polit. et soc., UCL-ESP, Socio économie de la santé
 Fogel Marie-Françoise, Vivre comme avant asbl, Cancer du sein
 Franssen Aline, Service études secteur hospitalier Mutualité chrétienne
 Genotte Anne-Françoise, Responsable Centre Elisa
 Guha-Sapir Debarati, Professeur UCL, Epidémiologiste
 Hubinont Corinne, Professeur UCL, Gynécologue
 Kittel France, Professeur, ULB-ESP
 Leroy Liliane, Femmes prévoyantes socialistes asbl, Conseillère Santé
 Louis-Morin Françoise, Sexologue clinicienne, Sociologue, Maître de conférences, ULg
 Markstein Catherine, Médecin-coordinatrice de l'asbl « Femmes et santé »
 Meunier Françoise, Cancérologue, Directeur, European Organisation for Research and Treatment of cancer
 Mormal Marguerite, Présidente Alzheimer Belgique
 Peemans-Pouillet Hedwige, Spécialiste des questions de genre, retraitée
 Renier Sabine, Infirmière sociale, Comité patients et maison médicale La Passerelle
 Sacré-Bastin Anne-Marie, Commission évaluation IVG, SPF santé publique
 Serano Carine, Chargée de communication, Ligue des Usagers des Services de Santé
 Vandebroecke Anne, Médecin, Centre communautaire de référence cancer du sein
 Verhaegen Lydwine, Sociologue, Conseillère Fédération des Institutions médico-sociales
 Vermeulen Agnès, Médecin, spécialiste cellules souches, Zontal International
 Wathelet Dominique, Assistante sociale, Ligue des Usagers des Services de Santé
 Willame-Boonen Magdeleine, Présidente Conseil des Femmes francophones de Belgique

Evénements associés

Des membres de la Commission Santé du Conseil des Femmes francophones organisent cette année d'autres événements relatifs à la douleur et à la santé selon le genre, permettant ainsi d'accroître l'impact de ses travaux.

- Les Mutualités socialistes ont organisé le 12 juin 2009 une journée d'études,
 « La santé des femmes, la santé des hommes : des soins adaptés ? »
 avec la présence du Dr Carole Sereni (Paris) et du Prof. France Kittel de l'ULB, toutes deux citées dans la présente note.
- Les femmes médecins de Belgique organisent leur congrès annuel le 14 novembre 2009 sur :
 « Does medicine treat women and men the same ? in diagnosis, treatment, research »,
 la matinée étant consacrée à diverses maladies douloureuses.