

LES MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES



Source : Istockphoto

Abdoul Aziz Gbaya
collaboration Christine Garand et Josée Payette

Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation



AVANT-PROPOS

Les maladies chroniques affectent une part appréciable de la population lanaudoise. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, près de 40 % des Lanaudois de 12 ans et plus affirment avoir au moins un problème de santé chronique. Quelque 9 % déclarent être affectés par deux problèmes de santé chroniques et environ 7 % disent en subir trois ou plus. Quelles que soient leur gravité et leur nature, ces maladies ralentissent les activités, nuisent à la qualité de vie, génèrent du stress et mobilisent des ressources humaines et matérielles du réseau de la santé et des services sociaux.

La prévalence élevée des maladies chroniques peut s'expliquer par la croissance démographique, le vieillissement de la population et l'amélioration des technologies diagnostiques et thérapeutiques. Il n'en demeure pas moins que leur apparition dépend de facteurs de risque comportementaux, physiques, économiques et sociaux sur lesquels il est possible d'intervenir. C'est pourquoi il importe de mieux comprendre les particularités de la population lanaudoise pour prévenir efficacement ces maladies et réduire leurs conséquences.

Pour mieux connaître les maladies chroniques, le Service de surveillance, recherche et évaluation produit une série de monographies. Elles regroupent des données actualisées sur les principales maladies chroniques et leurs déterminants. Ce document traite des maladies musculosquelettiques. Les autres explorent le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les maladies neurodégénératives, les maladies mentales et les facteurs de risque associés.

Ces documents s'adressent à la population, aux intervenants et aux décideurs des établissements, des communautés, des réseaux locaux engagés dans la mise en place de services adaptés, tant en matière de prévention et de promotion de la santé que de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Le service souhaite ainsi soutenir la planification sociosanitaire et la prise de décision des organisations pour lesquelles la prévention et la gestion des maladies chroniques sont une priorité régionale.



TABLE DES MATIÈRES

Les maladies musculosquelettiques en bref	4
Faits saillants	4
Introduction.....	5
Les maladies chroniques.....	6
INTRODUCTION.....	5
1. LES MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES	7
1.1 La définition et les facteurs de risque	7
1.2 La prévalence des maladies musculosquelettiques.....	8
1.3 Les conséquences des maladies musculosquelettiques.....	10
1.3.1 Sur l'état de santé.....	10
1.3.3 Sur la mortalité	12
2. L'ARTHRITE ET LES CONDITIONS ASSOCIÉES.....	13
2.1 La définition et les facteurs de risque	13
2.1.1 L'arthrite	13
2.1.2 Les affections arthritiques	14
2.2 La prévalence de l'arthrite.....	15
2.3 Les conséquences de l'arthrite.....	16
2.3.1 Sur l'état de santé.....	16
3. LA DORSALGIE ET LES CONDITIONS ASSOCIÉES.....	18
3.1 La définition et les facteurs de risque	18
3.2 La prévalence de la dorsalgie	18
3.3 Les conséquences de la dorsalgie	19
3.3.1 Sur l'état de santé.....	19
3.3.2 Sur la morbidité hospitalière	20
4. LA FIBROMYALGIE	21
4.1 La définition et les facteurs de risque	21
4.2 La prévalence de la fibromyalgie.....	22
4.3 Les conséquences de la fibromyalgie.....	22
4.3.1 Sur l'état de santé.....	23
4.3.2 Sur la morbidité hospitalière	23
5. LES AUTRES MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES.....	24
5.1 L'ostéoporose.....	24
5.2 Les troubles musculosquelettiques.....	25
liés au travail.....	25
6. LE FARDEAU SOCIOÉCONOMIQUE DES MMS.....	26
6.1 Les conséquences économiques	26
6.2 Les conséquences non monétaires	27
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
ANNEXE 1	34



LES MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES EN BREF

- Les maladies musculosquelettiques regroupent plus d'une centaine d'affections qui touchent les os, les articulations, les muscles, les ligaments, les tendons, etc.
- La surcharge pondérale, l'inactivité physique et la mauvaise alimentation sont des facteurs favorisant l'apparition ou la persistance des maladies musculosquelettiques. Toutefois, il est possible d'agir efficacement sur ces facteurs pour limiter l'impact des problèmes musculosquelettiques.
- Ensemble, en 2005, les problèmes musculosquelettiques touchent près d'un Lanaudois sur quatre, majoritairement des femmes et surtout les personnes âgées de 65 ans et plus.
- Annuellement, les maladies musculosquelettiques sont directement responsables de 1 500 hospitalisations et de 14 décès dans Lanaudière.
- La région présente une sous-morbidité à l'égard des maladies musculosquelettiques comparativement à l'ensemble du Québec.
- Premières causes d'incapacité de longue durée, les maladies musculosquelettiques sont aussi au premier rang des maladies chroniques les plus coûteuses au Canada.

FAITS SAILLANTS

Arthrite et conditions associées

- En 2007-2008, 37 400 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 12 ans et plus sont aux prises avec l'arthrite.
- Trois personnes sur cinq souffrant d'arthrite sont âgées de 60 ans et plus.
- Les femmes sont plus touchées que les hommes pour presque tous les groupes d'âge.
- Annuellement, l'arthrite est associée à près de 1 450 hospitalisations dans la région.
- La morbidité hospitalière par arthrite est moindre dans Lanaudière comparativement au Québec, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Dorsalgie et conditions associées

- En 2007-2008, la dorsalgie frappe un peu moins d'un cinquième de la population lanaudoise âgée de 12 ans et plus.
- Elle touche davantage les hommes dans la force de l'âge, soit entre 25 et 64 ans.
- La dorsalgie est associée annuellement à quelque 670 hospitalisations dans Lanaudière.
- Comparativement au Québec, Lanaudière affiche une sous-morbidité hospitalière due aux maladies du dos.

Fibromyalgie

- En 2005, quelque 3 000 Lanaudoises et Lanaudois, soit 1 % de la population âgée de 12 ans et plus, sont des personnes fibromyalgiques.
- Trois personnes atteintes de fibromyalgie sur cinq sont des femmes.

Pour des informations statistiques plus détaillées, le lecteur est invité à consulter le SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA) sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au www.agencelanaudiere.qc.ca



INTRODUCTION

Les maladies musculosquelettiques réfèrent à l'atteinte du système musculosquelettique, également appelé appareil locomoteur. Ce système est composé de la charpente osseuse qui fournit un support mécanique et détermine la forme du corps humain, des muscles qui actionnent le mouvement et des tissus conjonctifs, tels que les tendons et les ligaments qui maintiennent les autres composantes ensemble. Les surfaces de cartilage des articulations et les disques intervertébraux font partie de ce système et contribuent aussi au mouvement et à la flexibilité (NIAMS, 2010).

Plusieurs fonctions du corps, telles que se mouvoir, s'asseoir ou même respirer sont compromises lorsque surviennent des maladies musculosquelettiques. Elles sont souvent douloureuses, limitatives sur le plan fonctionnel, voire débilantes. Elles restreignent par ailleurs les activités de la vie quotidienne, tout comme les relations sociales et les activités professionnelles (Murphy et autres, 2006).

Le nombre croissant de personnes âgées et les changements de mode de vie (obésité, inactivité physique, urbanisation) ont fait que le fardeau des problèmes musculosquelettiques sur les malades et la société s'est considérablement alourdi (Woolf et Pfleger, 2003). Véritable problème de santé publique, ils ont d'ailleurs retenu l'attention des Nations-Unies et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui ont consacré la décennie 2000-2010, celle des os et des articulations. Le but était de mobiliser toutes les ressources disponibles afin de prévenir, diagnostiquer et traiter efficacement les affections de l'appareil locomoteur (Woolf, 2000).

Le présent document donne un aperçu de l'ampleur et des conséquences des maladies musculosquelettiques chroniques dans Lanaudière. Il aborde ce groupe d'affections d'abord dans sa globalité, puis sont traités plus spécifiquement l'arthrite, les maux de dos et la fibromyalgie. En raison d'un manque de données régionales suffisantes, certaines affections pourtant importantes, telles que l'ostéoporose et les chondropathies, n'ont pas été étudiées en détail. Une petite section leur est consacrée, de même que les troubles musculosquelettiques d'origine professionnelle.

Plusieurs sources de données ont servi à l'élaboration de ce fascicule. Les statistiques de prévalence régionales viennent des résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Les données de morbidité et de mortalité sont extraites du système *Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalisée* (MED-ECHO) et du *Fichier des décès* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Par ailleurs, certaines informations ont été tirées des sites d'organismes provincial (Infocentre de santé publique du Québec) et fédéraux (Statistique Canada, Institut canadien d'information sur la santé).



LES MALADIES CHRONIQUES

Pendant longtemps, les maladies chroniques ont été considérées comme des problèmes de santé évoluant lentement et sur une longue durée. Cette définition semble, de nos jours, incomplète et pas tout à fait adaptée aux préoccupations de la santé publique. C'est pourquoi il a été jugé pertinent de retenir une définition plus large des maladies chroniques et, surtout, intégrant aussi les activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie. Donc, les « maladies chroniques :

- se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus;
- sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée;
- ont des causes multiples et complexes;
- peuvent apparaître tout au long de la vie même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge;
- sont susceptibles de compromettre la qualité de la vie (incapacités et pertes d'autonomie);
- ne menacent généralement pas immédiatement la vie, mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée » (Fortin, 2007, p. 5).

Le terme « maladies chroniques » réfère habituellement aux maladies dégénératives à forte prévalence comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le cancer et les maladies musculosquelettiques. Toutefois, il est maintenant admis d'inclure dans ce cadre tous les problèmes de santé entraînant les mêmes besoins en matière de soins pour les patients et des défis semblables en termes de prise en charge pour les services de santé. C'est le cas, par exemple, des maladies transmissibles persistantes à déclaration obligatoire, telles la tuberculose et l'infection à VIH/sida, des troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie et des handicaps physiques permanents (OMS, 2003).

Les maladies chroniques ne guérissent pas spontanément. Toutefois, elles sont, pour la plupart, évitables ou peuvent être retardées lorsque certains facteurs de risque sont modifiés (MSSS, 2008).



1. LES MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES

1.1 La définition et les facteurs de risque

Les maladies musculosquelettiques (MMS)¹ constituent un groupe d'affections qui touchent les os, les articulations, les muscles, les ligaments et les tendons (CIM-10 : M00-M99). Elles sont très variées sur le plan de la physiopathologie tout en étant cependant liées anatomiquement et par leur association fréquente avec la douleur et le handicap physique. Elles englobent un éventail de conditions aiguës et chroniques parmi lesquelles on retrouve l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, l'ostéoporose, la fibromyalgie et les lombalgies. Le travail peut aussi engendrer des troubles musculosquelettiques tels que la tendinite, le syndrome du canal carpien, l'épicondylite, la hernie discale et le mal de dos (CSST, 2004; Hawker et autres, 2010).

Plusieurs facteurs sont associés à la hausse de la probabilité de survenue, à la progression ou à la gravité des maladies musculosquelettiques. Certains sont modifiables, en ce sens qu'il est possible d'intervenir précocement afin d'amoindrir leurs effets et de réduire le risque d'apparition des maladies. D'autres, par contre, ne sont pas modifiables et sont liés aux caractéristiques intrinsèques de l'individu.

Les facteurs non modifiables regroupent l'âge, le sexe, les hormones et la prédisposition génétique.

L'âge

Les personnes de tous âges sont susceptibles de souffrir des maladies musculosquelettiques. Toutefois, la prévalence de plusieurs de ces affections augmente avec le vieillissement. Les changements physiologiques liés à l'âge, comme la baisse de la force musculaire, la fragilité osseuse, le relâchement des ligaments articulaires et l'amincissement du cartilage modifient la structure des articulations et des os, ce qui les rend particulièrement vulnérables. De plus, le pronostic et la gravité des maladies sont influencés par l'âge à l'apparition des symptômes. Les maladies qui surviennent pendant l'enfance étant en général plus graves que celles apparaissant chez les adultes ou les aînés (ASPC et autres, 2010; NIAMS, 2010).

Le sexe

Bien que les raisons des différences observées entre les hommes et les femmes ne soient pas bien connues, il est clair que les maladies musculosquelettiques les affectent de façon inégale. Il est courant que les femmes soient atteintes plus souvent que les hommes par l'ostéoarthrite et certaines maladies auto-immunes incluant l'arthrite inflammatoire. De plus, avec la ménopause, les femmes vivent une expérience de perte osseuse accélérée. Elles sont par conséquent plus enclines à développer de l'ostéoporose et à subir des fractures par traumatismes minimes. D'autres affections, par contre, se retrouvent en plus grandes proportions chez les hommes. C'est le cas de la spondylarthrite ankylosante ou de la goutte (Hawker et autres, 2010; ASPC et autres, 2010; NIAMS, 2010; Ostéoporose Canada, 2010).

Les hormones

Les modifications hormonales qui accompagnent les cycles de vie des femmes auraient une influence sur la progression ou la gravité des maladies musculosquelettiques. Par exemple, la polyarthrite rhumatoïde et le lupus érythémateux seraient recrudescents chez les femmes en âge de procréer ou à la ménopause. Certaines hormones féminines, telles que l'œstrogène ou la progestérone, produites en grande quantité durant le dernier tiers de la grossesse, auraient un effet bénéfique sur la réduction et la rémission des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde. Par contre, la prolactine, hormone pro-inflammatoire produite pendant l'allaitement, serait associée à la réapparition des symptômes en période post-partum. Chez les femmes atteintes de lupus, l'influence des hormones semble être différente; des poussées de la maladie ayant été observées pendant la grossesse. Par ailleurs, les hommes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde ont une sécrétion de testostérone significativement moins élevée (Hawker et autres, 2010; ASPC et autres, 2010).

¹ Dans le reste du document, l'acronyme MMS sera parfois utilisé pour alléger l'écriture du terme maladies musculosquelettiques.

La prédisposition génétique

Le patrimoine génétique peut jouer un rôle dans l'histoire naturelle de certaines affections musculosquelettiques. Quelques-unes d'entre elles sont plus prévalentes et plus graves parmi des groupes spécifiques tels que les populations autochtones, asiatiques ou caucasiennes. Les arthrites inflammatoires, par exemple, ont tendance à se manifester dans certaines familles ayant une constitution génétique similaire. Des gènes, nommés antigènes majeurs d'histocompatibilité (système HLA), ont été associés à certaines maladies auto-immunes, telles que la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé et la spondylarthrite ankylosante. Le rôle de la génétique dans l'apparition de l'arthrose est aussi documenté et serait influencé par des facteurs environnementaux. En effet, le risque d'en souffrir, après une blessure au genou, augmente si la personne a des antécédents familiaux d'arthrose. Aussi, le risque de survenue des fractures ostéoporotiques est lié en partie à l'hérédité (ASPC et autres, 2010; NIAMS, 2010).

Les facteurs modifiables réfèrent au surplus de poids, à la sédentarité, au mauvais régime alimentaire et aux blessures articulaires. Ils font partie des facteurs qui favorisent l'apparition des problèmes musculosquelettiques, tels que les lombalgies, l'arthrose ou la goutte. Ils ont été également associés à la progression et à la gravité de ces maladies.

Le surplus de poids

Les états de surcharge pondérale², tels que l'embonpoint et l'obésité, sont associés au développement des problèmes musculosquelettiques. Ils peuvent doubler ou même tripler le risque de souffrir d'arthrite, notamment au niveau du genou. Ils contribuent également à la survenue des maux de dos. De plus, les symptômes de ces maladies sont plus sévères chez les personnes obèses (Santé Canada, 2003; Murphy et autres, 2006; ASPC et autres, 2010; Taanila et autres, 2010).

La sédentarité

Un mode de vie sédentaire est associé à l'apparition de plusieurs maladies musculosquelettiques. L'inactivité physique aggrave l'arthrite en réduisant la mobilité des articulations, ce qui aboutit à la raideur. La sédentarité entraîne aussi une méforme et une baisse de la force physique, lesquelles contribuent au développement et à la persistance des douleurs dorsales (Murphy et autres, 2006; Holth et autres, 2008; ASPC et autres, 2010).

Les autres facteurs de risque modifiables des maladies musculosquelettiques incluent :

- la consommation excessive d'alcool et d'aliments riches en purine (viande rouge, poissons, fruits de mer) qui accroît le risque d'apparition de la goutte;
- les traumatismes articulaires et les blessures conduisant au développement de l'arthrose;
- le tabagisme, associé à l'apparition et au développement de certaines formes d'arthrite inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé) et à l'ostéoporose;
- l'exposition professionnelle à la silice cristalline, facteur de risque connu pour les arthrites inflammatoires;
- certaines activités effectuées de manière répétitive au travail (plier les genoux, s'accroupir, monter des marches à répétition ou soulever des charges lourdes, etc.), exposant à l'arthrose et aux maux de dos;
- les infections, comme celle par le virus Epstein-Barr (VEB), pouvant déclencher la polyarthrite rhumatoïde (ASPC et autres, 2010; Ostéoporose Canada, 2010).

1.2 La prévalence des maladies musculosquelettiques

La prévalence des maladies musculosquelettiques correspond au nombre total de cas répertoriés dans une population au cours d'une période donnée. Les données sur la prévalence de la plupart des problèmes de santé chronique utilisées au Canada s'appuient sur les enquêtes populationnelles demandant aux répondants de déclarer l'existence de certaines maladies diagnostiquées par un médecin (McNally et autres, 2006).

² Les personnes ayant un surplus (ou un excès) de poids ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25,0. Elle peuvent être atteintes d'embonpoint (IMC se situant entre 25,0 et 29,9) ou d'obésité (IMC supérieur ou égal à 30,0).



Les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de Statistique Canada réalisée en 2005 ont permis une estimation de la prévalence des maladies musculosquelettiques présentée dans ce chapitre. Le choix porté sur les données de l'ESCC 2005 est motivé par le fait qu'en 2007-2008, les termes de la question concernant l'arthrite ont été dépouillés de la partie faisant référence au « rhumatisme », qui figurait dans les enquêtes précédentes, soient celles de 2000-2001, 2003 et 2005. De plus, dans l'ESCC 2007-2008, la question portant sur la fibromyalgie n'était pas posée aux participants, alors qu'elle l'était lors des cycles précédents. Quoique plus récente, l'enquête de 2007-2008 pourrait avoir sous-estimé la prévalence des problèmes musculosquelettiques par rapport à celle de 2005. Par conséquent, cette dernière a été utilisée. Les affections ainsi retenues incluent l'arthrite, le rhumatisme, les maux de dos et la fibromyalgie.

Malgré ces considérations, la prévalence des maladies musculosquelettiques reste imprécise et fort probablement en deçà de ce qu'elle pourrait être. En effet, les estimations ne tiennent pas compte de certaines maladies jugées importantes comme l'ostéoporose. De plus, en dehors du fait que le nombre de maladies musculosquelettiques varie entre les cycles d'enquêtes populationnelles, la description et la signification des maladies peuvent aussi être différentes, d'une part entre les médecins eux-mêmes et, d'autre part, entre les médecins et le grand public (Picavet et Hazes, 2003). Ceci a pour effet la possibilité d'avoir des estimations de prévalence biaisées, d'où la nécessité de considérer avec précaution les données issues de l'autodéclaration des diagnostics de MMS.

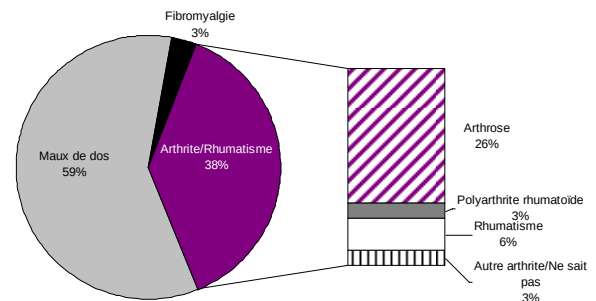
Dans Lanaudière, en 2005, 39 300 hommes (22 %) et 55 500 femmes (31 %), soit plus du quart de la population âgée de 12 ans et plus, ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie musculosquelettique de la part d'un médecin. Les personnes de tous âges sont concernées par les problèmes musculosquelettiques. Cependant, trois malades sur cinq sont âgés de 45 ans et plus.

Les maux de dos occupent le premier rang des cas de maladies musculosquelettiques. Ils sont suivis par l'arthrite, le rhumatisme et la fibromyalgie. La répartition des maladies arthritiques donne l'avantage à l'arthrose, ensuite viennent le rhumatisme et la polyarthrite rhumatoïde.

Environ une personne souffrant de problème musculosquelettique sur six (16 %) présente une atteinte concomitante de deux ou trois des diagnostics retenus (dorsalgie, fibromyalgie, arthrite et rhumatisme).

Graphique 1

Prévalence des MMS selon le diagnostic, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2005 (%).

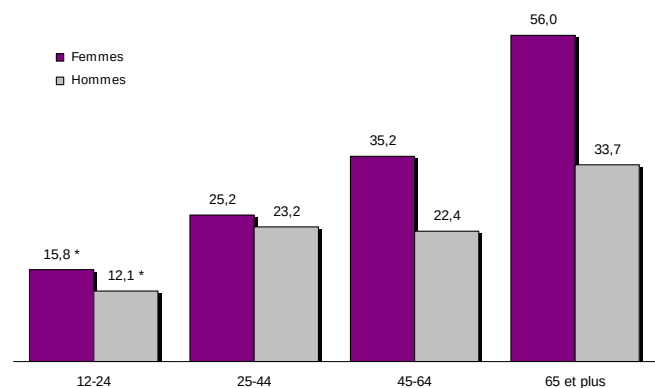


Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006.

En 2005, le taux brut de prévalence des maladies musculosquelettiques augmente avec l'âge et atteint son pic chez les aînés de 65 ans et plus, tant chez les hommes que chez les femmes. Une différence entre les sexes est aussi notée puisque la prévalence relative des MMS semble être plus élevée chez les Lanaudoises pour tous les groupes d'âge. Ce qui, du reste, est également observé au Québec.

Graphique 2

Taux bruts de prévalence des MMS selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2005 (%)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006.

Au Canada, tout comme au Québec, il n'existe pratiquement pas d'études ayant abordé les maladies musculosquelettiques dans leur globalité afin d'en évaluer l'ampleur réelle. Toutefois, le « Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes », dénommé Étude POWER, estime qu'environ le tiers de la population ontarienne pourrait être atteint de troubles musculosquelettiques (Hawker et autres, 2010).

À travers le monde, les estimations de la prévalence autodéclarée des maladies musculosquelettiques varient de 2 % à 65 % selon les études, le nombre de maladies considérées et l'âge des populations incluses (Picavet et Hazes, 2003).

Aux États-Unis, près de 108 millions d'adultes, soit la moitié de ceux âgés de 18 ans et plus, rapportaient une maladie musculosquelettique en 2005. Ce chiffre représentait sensiblement le double de la prévalence de tout autre problème de santé chronique (USJBD, 2008).

En Europe, il est estimé que près de la moitié de la population souffrirait de problèmes musculosquelettiques (European Commission et autres, 2003).

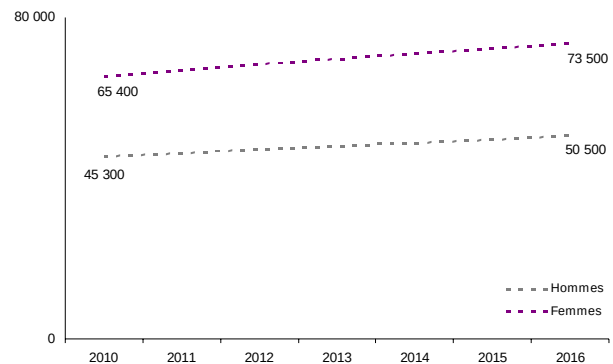
La prévalence des maladies musculosquelettiques a peut-être été influencée par les moins bonnes habitudes de vie adoptées par les populations, telles que l'obésité et l'inactivité physique. En 2005, les Lanaudoises et Lanaudois ayant un problème musculosquelettique sont, en proportion, un peu plus nombreux à faire partie des gens affichant un embonpoint ou de l'obésité, comparativement au reste de la population. Cette même tendance est également observée en ce qui concerne la pratique de l'activité physique de loisir. La frange de la population lanaudoise souffrant de maladie musculosquelettique et s'estimant inactive physiquement est plus élevée que celle du reste de la population (données non présentées).

La tendance au vieillissement de la population québécoise n'épargne pas la région de Lanaudière. Elle aura comme conséquences, entre autres, la hausse de la prévalence des maladies musculosquelettiques, vu que celle-ci croît avec l'âge. En tenant compte des projections de la population lanaudoise réalisées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)

et des chiffres de prévalence des maladies musculosquelettiques issus de l'ESCC 2005, on peut estimer à plus de 110 000 le nombre de Lanaudoises et Lanaudois aux prises avec cette problématique en 2010. À court terme, la prévalence des maladies musculosquelettiques pourrait atteindre 73 500 cas chez les femmes et 50 500 chez les hommes, soient 124 000 personnes touchées dans la région en 2016.

Graphique 3

Évolution du nombre de cas de MMS selon le sexe, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006.
ISQ, Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031, 2009.

1.3 Les conséquences des maladies musculosquelettiques

1.3.1 Sur l'état de santé

Les maladies de l'appareil ostéoarticulaire sont la principale cause de douleur chronique et d'invalidité sévère dans les pays développés, surtout chez les personnes âgées. Elles affectent leur état fonctionnel et, conséquemment, leur qualité de vie ainsi que celle de leur entourage. Ces maladies ont aussi de grandes répercussions sur la société dans son ensemble (Katz et autres, 2009; Hawker et autres, 2010).

Les données de l'ESCC 2005 révèlent que les personnes vivant avec une maladie de l'appareil locomoteur sont, en proportion, moins nombreuses à percevoir positivement leur état de santé globale et mentale comparativement au reste de la population. La présence fréquente de conditions comorbides, telles que le diabète ou les maladies du cœur, pourrait en partie expliquer cette dépréciation de la santé perçue. Aussi, la plupart des maladies musculosquelettiques infligent une souffrance physique

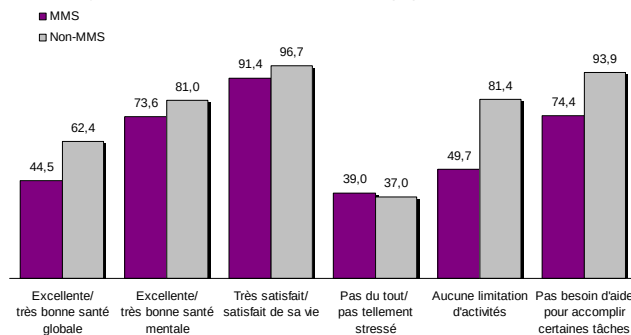


qui incommode les malades. La douleur chronique, associée à un contexte psychosocial défavorable, à une mauvaise qualité du sommeil, à la fatigue et au handicap physique, est connue pour augmenter la prévalence de la dépression. Tous ces facteurs contribuent à nuire à la santé physique et mentale des personnes souffrant de maladies musculosquelettiques (Jakobsson et Hallberg, 2002; Fielden et autres, 2003; Tjepkema, 2005; Blay et autres, 2007; Lopez-Martinez et autres, 2008; Hawker et autres, 2010).

Comparativement au reste de la population lanauoise, ceux qui ont un problème musculosquelettique sont, en proportion, moins nombreux à déclarer n'avoir aucune limitation de leurs activités, et donc ne pas avoir besoin d'aide pour effectuer certaines tâches de la vie quotidienne. Ils sont aussi moins nombreux à être satisfaits de leur vie. Toutefois, et de façon inattendue, ils sont un peu plus nombreux à affirmer ne pas être affectés par le stress.

Graphique 4

Population de 12 ans et plus selon certains indicateurs sanitaires et le statut à l'égard des MMS, Lanaudière, 2005 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006.

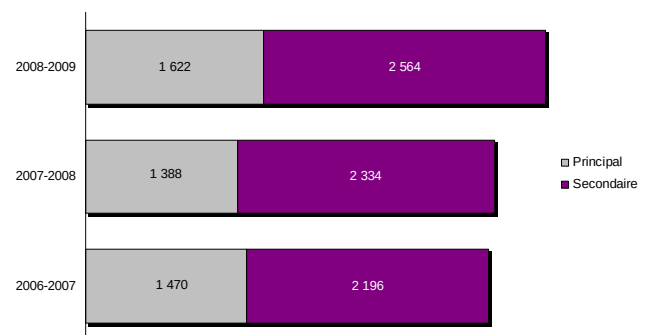
1.3.2 Sur la morbidité hospitalière

Les maladies musculosquelettiques exercent d'importantes pressions sur le système de santé. Elles requièrent des services diagnostiques, thérapeutiques ou de réhabilitation plus ou moins lourds, en fonction de la nature et de la gravité de la maladie. Ces services occasionnent souvent des hospitalisations pouvant s'étendre sur de longues périodes, que ce soient pour des soins médicaux ou chirurgicaux.

Entre 2006-2007 et 2008-2009, 4 480 hospitalisations en soins physiques de courte durée, pour lesquelles un problème musculosquelettique est retenu comme diagnostic principal³, sont dénombrées dans Lanaudière, soit une moyenne annuelle d'un peu moins de 1 500 hospitalisations. La durée moyenne de séjour hospitalier pour les maladies musculosquelettiques est de huit jours. Les femmes totalisent un peu plus de la moitié des hospitalisations (52 %). En tenant compte des cas où les maladies musculosquelettiques sont inscrites en diagnostic secondaire⁴, le total des hospitalisations s'élève à près de 3 860 par année. Les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires sont les diagnostics principaux d'hospitalisations les plus fréquents dans les cas de problèmes musculosquelettiques cités en diagnostics secondaires.

Graphique 5

Hospitalisations pour MMS selon le type de diagnostic et l'année, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (N)



Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

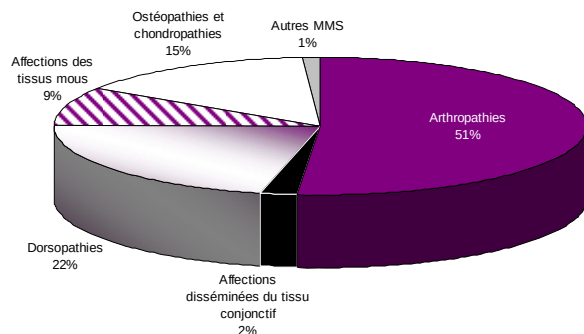
En totalisant la moitié des cas, les arthropathies ou maladies des articulations occupent le premier rang des causes principales d'hospitalisation parmi les maladies musculosquelettiques. Elles sont suivies par les dorsopathies (maladies des structures de la région dorsale) qui occasionnent une hospitalisation sur cinq lorsqu'une maladie de l'appareil locomoteur est retenue comme diagnostic principal. Pour leur part, les maladies des os et des cartilages (ostéopathies et chondropathies) sont responsables de 15 % des hospitalisations.

³ « Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation » (INSPQ et autres, 2006, p. 216).

⁴ « Les diagnostics secondaires sont distincts du diagnostic principal et servent à désigner une affection pour laquelle le bénéficiaire aurait été diagnostiqué ou aurait reçu des traitements au cours de son hospitalisation » (INSPQ et autres, 2006, p. 270).

Graphique 6

Hospitalisations pour MMS selon le diagnostic principal, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (%)

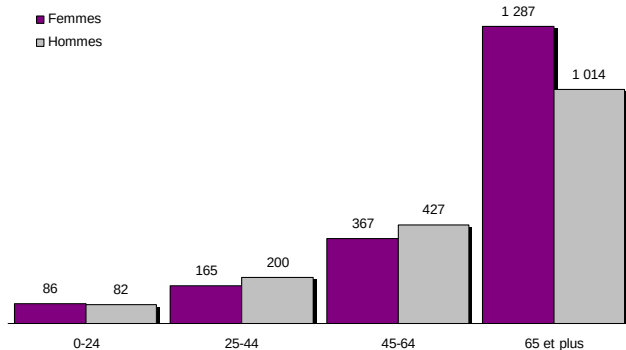


Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

Les taux bruts d'hospitalisation pour MMS sont relativement faibles chez les enfants et les jeunes adultes lanaudois de moins de 25 ans. Tout comme la prévalence, les taux d'hospitalisation augmentent progressivement avec l'âge et atteignent leurs niveaux les plus élevés chez les aînés de 65 ans et plus. Les Lanaudois en âge d'être actifs sur le marché du travail (25-64 ans) sont davantage hospitalisés que les Lanaudoises du même âge. Cependant, la tendance s'inverse à partir de 65 ans, le taux brut d'hospitalisation par maladies musculosquelettiques enregistré chez les femmes étant supérieur à celui des hommes.

Graphique 7

Taux bruts d'hospitalisation pour MMS (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

Au cours de la période 2006-2007 à 2008-2009, le recours à l'hospitalisation pour des soins de MMS est moindre dans Lanaudière comparativement au Québec, et ce, pour les deux sexes. À l'échelle des réseaux locaux de services (RLS), seules les femmes du RLS de Lanaudière-Nord se démarquent en affichant une morbidité à l'égard des maladies musculosquelettiques moindre en comparaison avec les Québécoises.

Au niveau des municipalités régionales de comté (MRC), les femmes des MRC de D'Autray et de Montcalm ainsi que les hommes de la MRC de L'Assomption se distinguent de leurs homologues québécois en ayant des taux d'hospitalisation pour maladies musculosquelettiques significativement plus faibles (Annexe 1).

L'utilisation des services de santé par les patients souffrant de problèmes musculosquelettiques va au-delà du recours à l'hospitalisation. Les consultations de médecins omnipraticiens et de spécialistes, tels que les rhumatologues ou les orthopédistes, ou de professionnels de la physiothérapie, contribuent pareillement à accroître la pression sur les services de santé de la part de cette clientèle.

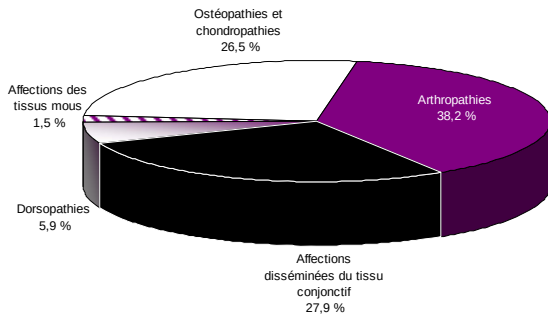
1.3.3 Sur la mortalité

Les MMS sont rarement une cause de décès. Même si elles sont plus fréquentes, elles n'ont pas la grande visibilité des problèmes cardiaques, des maladies respiratoires et du cancer dans les statistiques de mortalité. Elles affectent davantage la qualité de vie des patients (USJBD, 2008).

Entre 2000 et 2009, en moyenne, 14 décès, pour lesquels les maladies musculosquelettiques sont la cause initiale⁵, ont été annuellement comptabilisés dans Lanaudière (INSPQ, 2010).

Avec près de deux décès sur cinq, les arthropathies (arthrose, polyarthrite rhumatoïde, etc.) occupent le premier rang des causes principales de mortalité par MMS. Elles sont suivies par les affections disséminées du tissu conjonctif (lupus érythémateux disséminé, sclérose systémique, etc.) qui totalisent 28 % des décès. Le groupe des ostéopathies et chondropathies (ostéoporose, ostéochondrite, etc.) est également responsable du quart des décès par MMS.

⁵ « La cause initiale du décès représente la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel » (INSPQ et autres, 2006, p. 256).

Graphique 8Décès par MMS selon la cause, Lanaudière, 2000 à 2009^P (%)^P : données provisoires pour les années 2008 et 2009.

Source : MSSS, Fichier des décès, 2000 à 2009. Données tirées de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Au cours de la période 2005-2007, le taux standardisé régional de mortalité par maladie de l'appareil locomoteur s'élève à 3 pour 100 000 personnes. Les femmes semblent avoir des taux plus élevés que les hommes, sans toutefois que cette différence ne soit confirmée sur le plan statistique. Les personnes âgées de 65 ans et plus décèdent davantage que les plus jeunes de maladies musculosquelettiques (données non présentées).

Enfin, Lanaudière ne se distingue pas du Québec à l'égard de la mortalité par maladies musculosquelettiques.

Les maladies musculosquelettiques sont une cause majeure de douleurs et de limitations fonctionnelles. Celles-ci, à leur tour, contribuent à la réduction de la qualité de vie qui a été identifiée par certaines études comme étant un prédicteur de la mortalité (Reuben et autres, 1992; European Commission et autres, 2003; USJBD, 2008).

Une mauvaise qualité de vie, comme cela peut être le cas dans l'évolution de plusieurs maladies musculosquelettiques, affecte l'espérance de vie des patients. Par exemple, l'arthrite inflammatoire raccourcit l'espérance de vie en moyenne de six ans alors que les fractures ostéoporotiques du col du fémur sont associées à une mortalité importante dans les mois qui suivent (Walker-Bone et autres, 2001; Cisternas et autres, 2002).

Les conditions comorbides, en l'occurrence les maladies cardiovasculaires, sont les principales causes de décès chez les patients souffrant d'affections de l'appareil locomoteur. Elles ne doivent par conséquent jamais être oubliées dans la surveillance et la prise en charge des maladies musculosquelettiques (Cisternas et autres, 2002; European Commission et autres, 2003; Lindgren et Bergman, 2010).

2. L'ARTHRITE ET LES CONDITIONS ASSOCIÉES

2.1 La définition et les facteurs de risque

2.1.1 L'arthrite

L'arthrite désigne l'atteinte inflammatoire d'une ou de plusieurs articulations. Elle relève de multiples causes infectieuses, mécaniques, métaboliques ou constitutionnelles. Elle englobe plus d'une centaine de maladies et de troubles rhumatismaux dont les plus connus sont l'arthrose ou ostéoarthrite, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé et l'arthrite juvénile idiopathique. D'autres affections peuvent aussi engendrer de l'arthrite spécifique; c'est le cas de la goutte ou du psoriasis (NIAMS, 2010).

Toutes les formes d'arthrite présentent une symptomatologie commune, associant la douleur, l'enflure, la raideur des articulations et la limitation des mouvements. En l'absence de traitement, ces symptômes peuvent affecter la structure et le fonctionnement des articulations, et ainsi exacerber les douleurs, causer des incapacités et gêner l'accomplissement des activités quotidiennes (Santé Canada, 2003; NIAMS, 2010).

L'arthrite implique l'atteinte du cartilage qui, à l'état normal, protège l'articulation et permet la fluidité du mouvement. Le cartilage sain absorbe également le choc quand une pression s'exerce sur l'articulation, par exemple lors de la marche. En cas de perte du cartilage, les os se frottent, causant de la douleur, une inflammation et de la rigidité. Souvent, l'inflammation disparaît après que les blessures sont guéries, la maladie sous-jacente traitée, ou l'infection causale jugulée. Toutefois, elle peut persister dans certains cas et entraîner, à long terme, une destruction du cartilage, une douleur chronique et des déformations. Quand cela se produit, on parle d'arthrite chronique (NIAMS, 2010).



L'arthrite peut se produire autant chez les hommes que chez les femmes de tous âges. À chaque forme d'arthrite, sont associés des facteurs de risque particuliers, dont certains ne peuvent être changés, tandis qu'il est possible d'agir sur d'autres pour ralentir la progression de la maladie ou amoindrir ses effets sur l'organisme.

Toutes les conditions associées à l'arthrite ne sont pas abordées individuellement dans ce fascicule. En raison de la rareté des informations disponibles, l'arthrite est traitée dans sa globalité et réfère à l'ensemble des maladies dites « arthritiques »⁶.

2.1.2 Les affections arthritiques

L'arthrose, encore appelée ostéoarthrite, est une maladie dégénérative des articulations. C'est la forme la plus courante de l'arthrite. Elle touche environ 10 % des Canadiens adultes. Elle est causée par la détérioration du cartilage d'une ou de plusieurs articulations. L'ostéoarthrite peut être localisée dans n'importe quelle articulation, mais elle affecte habituellement les mains, les pieds, les genoux, les hanches ou la colonne vertébrale. L'arthrose est une maladie dite du « vieillissement ». Elle peut cependant résulter de traumatismes articulaires anciens ou d'un excès pondéral. D'autres facteurs, tels que l'hérédité et les mouvements répétitifs survenant chez les sportifs et certains travailleurs, sont aussi mis en cause. La prise en charge thérapeutique de l'ostéoarthrite inclut l'exercice physique, le contrôle du poids, le repos, le soulagement de la douleur, les thérapies alternatives et parfois la chirurgie (Santé Canada, 2003; Glass, 2006; NIAMS, 2010).

La polyarthrite rhumatoïde ou rhumatisme articulaire est une maladie auto-immune. Elle se produit lorsque le système immunitaire, qui normalement protège contre les infections, attaque les tissus du corps. Elle peut affecter n'importe quelle articulation, mais siège essentiellement aux poignets et aux doigts. Le rhumatisme peut attaquer d'autres parties du corps, telles que les yeux, la bouche, le cœur et les poumons. La maladie débute souvent entre 25 et 55 ans et peut être de courte durée. Certaines formes sont labiles, c'est-à-dire que les symptômes apparaissent et disparaissent sans raison apparente. La forme grave peut cependant durer toute une vie.

Personne ne sait réellement ce qui cause la polyarthrite rhumatoïde. Les gènes, l'environnement et les hormones sexuelles pourraient y contribuer. Deux fois plus de femmes que d'hommes développent le rhumatisme articulaire et environ 1 % des Canadiens adultes en sont atteints. Les traitements s'appuient sur la médication anti-inflammatoire et antirhumatismale, les changements de mode de vie et la chirurgie. Ceux-ci peuvent ralentir ou arrêter les dommages articulaires et réduire la douleur et le gonflement (Santé Canada, 2003; NIAMS, 2010).

L'arthrite rhumatoïde juvénile ou maladie de Still est une forme de l'arthrite auto-immune qui afflige les enfants de moins de 16 ans. Un des signes précurseurs de la maladie est la boiterie matinale. Certains enfants ont juste une ou deux flambées soudaines alors que chez d'autres, les symptômes s'installent dans la chronicité. L'arthrite juvénile peut causer des troubles de la croissance, des troubles visuels, de l'anémie et un retard scolaire. Le traitement médicamenteux, la physiothérapie et la pratique de l'activité physique peuvent améliorer le pronostic fonctionnel de la maladie (NIAMS, 2010).

Le lupus érythémateux disséminé ou systémique est aussi une maladie chronique auto-immune du tissu conjonctif qui affecte plusieurs organes (les articulations, la peau, le système sanguin, les reins, etc.). Il se manifeste par des éruptions cutanées, une fièvre, un gonflement articulaire et des douleurs musculaires. N'importe qui peut être atteint de lupus, mais les femmes sont plus à risque, et cela dans neuf cas sur dix. Des facteurs ethniques, hormonaux et environnementaux interviendraient également dans sa genèse. La maladie progresse avec le temps et passe par des phases de poussées et de rémissions des symptômes. Le lupus érythémateux disséminé est potentiellement mortel. C'est une maladie rare au Canada qui n'affecte environ que 0,05 % des personnes. L'approche thérapeutique du lupus vise à en contrôler les symptômes pour atténuer les poussées. Elle combine une thérapie médicamenteuse antalgique et anti-inflammatoire, une bonne alimentation et l'exercice physique (Santé Canada, 2003; NIAMS, 2010).

⁶ La 10^e version de la *Classification internationale des maladies* (CIM) de l'OMS a servi pour définir les cas d'arthrite. Les codes utilisés de la CIM-10 sont : M00-M25, M30-M36, M45-M47 et M66-M79.



La spondylarthrite ankylosante est la forme d'arthrite qui touche de façon évolutive les articulations de la colonne vertébrale. C'est aussi une maladie auto-immune qui débute à la fin de l'adolescence ou entre 20 et 40 ans et progresse par périodes de poussées aiguës et de rémissions. Elle entraîne des douleurs et des raideurs au niveau du dos ainsi que des déformations du rachis. Au fil du temps, la maladie se propage le long de la colonne vertébrale et finit par causer une fusion des vertèbres. Sa gravité varie d'un individu à l'autre et les hommes semblent plus enclins à en souffrir. L'hérédité jouerait un rôle dans sa survenue. Au Canada, 1 % de la population adulte déclare en être atteinte. La spondylarthrite ankylosante ne se guérit pas. Toutefois, un traitement symptomatique peut s'avérer utile. De plus, l'exercice physique est essentiel pour améliorer la posture et soulager la douleur. Dans certaines formes sévères, la chirurgie peut être envisagée (Santé Canada, 2003; Murphy et autres, 2006; NIAMS, 2010).

L'arthrite goutteuse est une forme douloureuse et répandue de la maladie. Elle est marquée par un taux élevé d'acide urique dans le sang. Elle résulte d'un défaut d'élimination de l'acide urique par les reins, d'une surproduction d'acide par l'organisme, ou d'une alimentation riche en purines (foie, haricots secs, viande rouge, etc.). La goutte touche préférentiellement le gros orteil, mais des atteintes à la cheville, au genou, à la main, au poignet et au coude sont possibles. À long terme, des calculs rénaux peuvent se former et entraîner une insuffisance rénale. La maladie évolue par crises aiguës sur fond de chronicité. L'hérédité, la consommation d'alcool, la prise de certains diurétiques et le sexe masculin sont associés au développement de la maladie. La goutte touche 3 % des Canadiens adultes, majoritairement des hommes. Le traitement médicamenteux, la diète et de meilleures habitudes de vie peuvent aider à prendre en charge la maladie (Santé Canada, 2003; NIAMS, 2010).

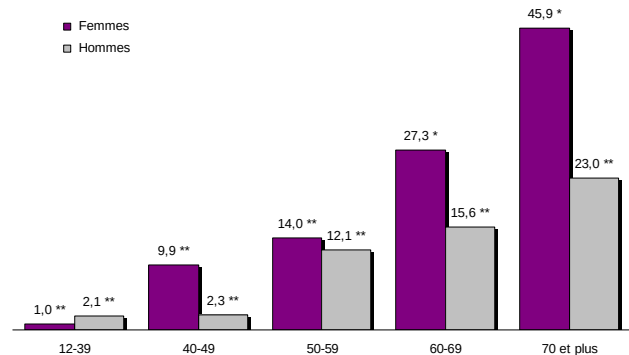
2.2 La prévalence de l'arthrite

En 2007-2008, l'arthrite, vue sous l'angle d'un problème de santé de longue durée, touche 37 400 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 12 ans et plus, soit 10 % de cette population. Tout près des deux tiers des cas d'arthrite concernent les femmes avec une prévalence qui avoisine les 13 %. Chez les hommes, elle s'élève à 7 %.

La prévalence de l'arthrite augmente avec l'âge. Dans tous les groupes d'âge, à l'exception de celui des moins de 40 ans, elle semble plus élevée chez les femmes. L'arthrite est une maladie qui affecte surtout les personnes plus âgées; les pics d'incidence de la maladie sont en effet enregistrés chez les aînés de 70 ans et plus. De plus, près de trois personnes sur cinq ayant déclaré en souffrir en 2007-2008 étaient âgées de 60 ans et plus.

Graphique 9

Taux bruts de prévalence de l'arthrite selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2007-2008 (%)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

En 2007-2008, le Québec, avec une proportion de 12 % chez la population âgée de 15 ans et plus, se situait parmi les provinces canadiennes qui présentaient les plus bas taux de prévalence brute d'arthrite. Cette tendance se maintenait même après ajustement sur l'âge. « Les différences de taux d'obésité et les facteurs démographiques et socioéconomiques (p. ex. variations de la composition ethnique, des proportions de population rurale/urbaine, des niveaux d'instruction et de revenus, etc.) pourraient expliquer les écarts interprovinciaux dans la prévalence de l'arthrite autodéclarée » (ASPC et autres, 2010, p. 21).

Au Canada, plus de 4,2 millions de personnes âgées de 15 ans et plus avaient déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite de la part d'un professionnel de la santé. Ce qui portait la prévalence de la maladie au pays à 16 % (ASPC et autres, 2010).

Certains facteurs ont possiblement contribué à la prévalence de l'arthrite dans Lanaudière. En effet, les résultats de l'ESCC indiquaient déjà en 2005, qu'un peu plus de la moitié de la population adulte lanaudoise âgée de 20 ans et plus affichait un surplus de poids (Lemire et coll., 2009). Or, plusieurs études admettent que l'embonpoint et surtout l'obésité sont fortement associés au développement et à l'aggravation de l'arthrite (Wilkins, 2004; Grotle et autres, 2008; OMS, 2009; ASPC et autres, 2010). En 2007-2008, la maladie est présente chez un peu plus de 22 000 personnes affichant une surcharge pondérale, soit une proportion de 12 % de cette sous-population. De plus, parmi les adultes lanaudois atteints d'arthrite, trois sur cinq ont déclaré une taille et un poids qui les classent dans la catégorie « excès de poids ou obésité ». Paradoxalement, seuls deux arthritiques sur cinq âgés de 18 ans et plus s'estiment en surplus de poids, lorsqu'ils sont interrogés sur la perception de leur poids; une bonne partie d'entre eux ignorant sans doute leur état. Ce phénomène peut, au demeurant, entraver les chances de succès de l'autogestion de la maladie. En effet, admettre et accepter son état de surplus de poids est une première étape vers l'atteinte de l'objectif d'un poids santé chez les patients souffrant d'arthrite. Le cas échéant, les efforts pour perdre du poids peuvent grandement contribuer à l'amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie.

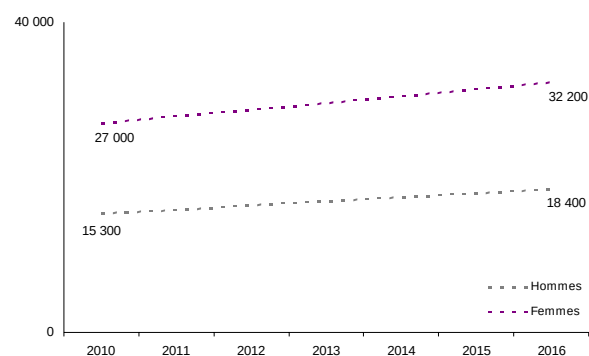
Le mode de vie inactif n'est pas en reste, car 28 % des Lanaudoises et Lanaudois âgés de 18 ans et plus étaient considérés comme sédentaires en 2005 (Lemire, 2008). Malgré l'importance de l'activité physique dans la prise en charge de la maladie, en 2007-2008, la proportion de gens physiquement inactifs pendant leur temps de loisirs avoisine les deux tiers chez les personnes souffrant d'arthrite. Le maintien d'une activité physique modérée et régulière est pourtant très recommandé. Il améliore la capacité fonctionnelle des patients arthritiques sans aggraver la maladie (ASPC et autres, 2010).

D'autres facteurs tels qu'une espérance de vie plus élevée, les hormones et un statut socioéconomique inférieur pourraient expliquer la prévalence accrue de la maladie chez les femmes (ASPC et autres, 2010).

En se basant sur les projections de population de l'ISQ et les chiffres de prévalence de l'arthrite par groupes d'âge observés dans Lanaudière en 2007-2008, on peut estimer à plus de 42 000 le nombre de personnes qui en souffrent dans la région en 2010. La croissance de la population lanaudoise prévue à court terme porterait à plus de 32 000 Lanaudoises et 18 000 Lanaudois le nombre de personnes qui pourraient avoir un diagnostic d'arthrite en 2016. Il s'agit d'une hausse d'environ 20 % tant chez les femmes que chez les hommes⁷.

Graphique 10

Évolution du nombre de cas d'arthrite selon le sexe, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009. ISQ, Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031, 2009.

2.3 Les conséquences de l'arthrite

L'arthrite a de graves répercussions sur la vie des personnes aux prises avec les nombreuses formes de la maladie. Celles-ci doivent non seulement vivre avec les atteintes, les limitations d'activités et les restrictions à la participation sociale causées par l'arthrite, mais aussi avec d'autres problèmes de santé chroniques connexes, notamment les problèmes de santé mentale et les cardiopathies (ASPC et autres, 2010).

2.3.1 Sur l'état de santé

Les douleurs arthritiques peuvent être inconfortables, voire insupportables, et conduire à l'invalidité. Chez les personnes arthritiques, l'incapacité physique et fonctionnelle peut causer des troubles psychologiques incluant l'anxiété, la dépression et le sentiment d'impuissance (Newman, 2000; ASPC et autres, 2010; Wise et autres, 2010).

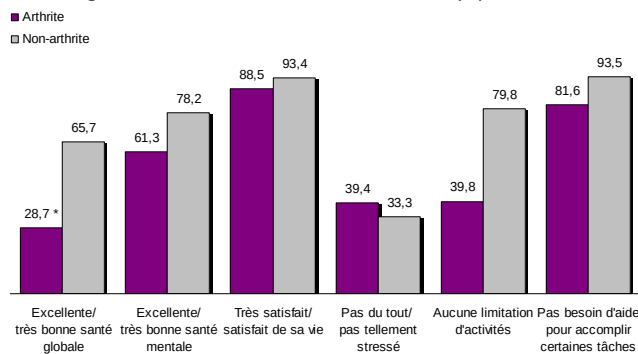
⁷ Le scénario de projection décrit porte essentiellement sur les prévisions de croissance de la population lanaudoise. Il ne tient pas compte de l'effet d'autres facteurs qui pourraient avoir une influence sur la prévalence de l'arthrite. Ces facteurs sont notamment le vieillissement de la population, l'inactivité physique, la hausse de l'obésité, etc.



En 2007-2008, parmi la population Lanaudoise de 12 ans et plus souffrant d'arthrite, 10 % ont déclaré ressentir des douleurs ou des malaises limitant leurs activités. Les données de l'ESCC renseignent également sur le fait que les personnes arthritiques sont, en proportion, moins nombreuses à percevoir positivement leur état de santé globale et mentale comparativement aux non-arthritiques. Ces douleurs incommodes et une plus grande probabilité de présence de comorbidités chez les arthritiques contribuent à cette mauvaise autoévaluation de la santé. De plus, comparativement au reste de la population Lanaudoise, les arthritiques sont, en proportion, moins nombreux à déclarer n'avoir aucune limitation de leurs activités, donc à ne pas avoir besoin d'aide pour effectuer certaines tâches. Ils sont aussi moins nombreux à être satisfaits de leur vie. Par contre, et de façon surprenante, ils sont plus nombreux à se déclarer peu ou pas stressés.

Graphique 11

Population de 12 ans et plus selon certains indicateurs sanitaires et le statut à l'égard de l'arthrite, Lanaudière, 2007-2008 (%)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Les personnes atteintes d'autres maladies chroniques répandues telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires ont de fortes probabilités d'avoir un trouble musculosquelettique coexistant. Le risque accru de troubles musculosquelettiques avec l'âge, le lien qui existe entre l'arthrite inflammatoire et les maladies du cœur et leurs facteurs de risque communs (en l'occurrence le régime alimentaire, le surpoids ou l'obésité et le mode de vie sédentaire) contribuent au taux élevé de comorbidités chez les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques (Hawker et autres, 2010).

2.3.2 Sur la morbidité hospitalière

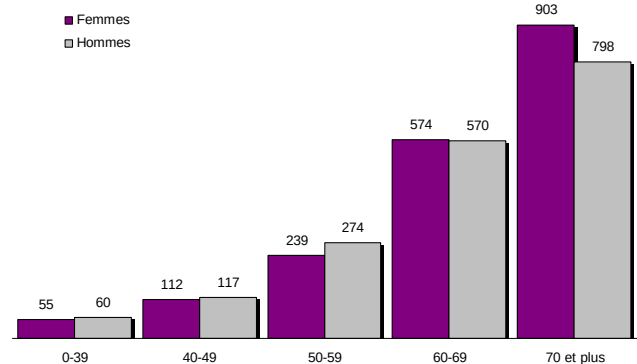
Entre 2006-2007 et 2008-2009, 2 844 hospitalisations en établissements de soins physiques de courte durée, pour lesquelles l'arthrite est retenue comme diagnostic principal, ont été comptabilisées au sein de la population Lanaudoise. Durant cette période, le nombre annuel moyen d'hospitalisation pour arthrite avoisine 950 et la durée moyenne de séjour s'élève à près de huit jours. À peu près autant de femmes que d'hommes ont été hospitalisés pour arthrite.

En tenant compte des cas où l'arthrite figure également en diagnostic secondaire, le nombre annuel moyen d'hospitalisations pour lesquelles elle contribue, même de façon subsidiaire, grimpe à 1 451 pour la période 2006-2007 à 2008-2009.

La morbidité hospitalière due à l'arthrite concerne tous les groupes d'âge. Toutefois, tout comme la prévalence, elle croît avec l'âge et atteint son pic chez les aînés de 70 ans et plus, et ce, pour les deux sexes. Avant l'âge de 60 ans, les taux bruts d'hospitalisation pour arthrite semblent légèrement plus élevés chez les hommes. La tendance s'inverse au détriment des femmes chez les personnes âgées de 70 ans et plus. Entre 60 et 69 ans, les taux d'hospitalisation semblent similaires entre les Lanaudoises et les Lanaudois.

Graphique 12

Taux bruts d'hospitalisation pour arthrite (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.



Au cours de la période triennale 2006-2007 à 2008-2009, la population de Lanaudière présente une morbidité hospitalière à l'égard de l'arthrite significativement inférieure à celle du Québec, et ce, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Cette relation s'est aussi avérée pour les résidentes du RLS de Lanaudière-Nord, comparativement aux Québécoises.

À l'échelle des MRC, seule celle de Matawinie se distingue de ses homologues, en affichant une morbidité hospitalière par arthrite chez les femmes statistiquement moindre en comparaison avec le Québec (Annexe 1).

3. LA DORSALGIE ET LES CONDITIONS ASSOCIÉES

3.1 La définition et les facteurs de risque

La dorsalgie (CIM-10: M54) désigne la douleur ressentie à n'importe quel point du dos ou de la colonne vertébrale. Elle s'associe à une tension et une raideur musculaires, à une faiblesse dans les jambes ou les pieds et parfois, à une sensation de picotement ou de brûlure qui irradie le long de la jambe, sur le trajet du nerf sciatique. Elle siège préférentiellement au bas du dos (lumbago, lombalgie⁸) ou au cou (cervicalgie⁹) (Murphy et autres, 2006).

Les maux de dos relèvent de multiples causes pouvant être biomécaniques, inflammatoires, traumatiques, congénitales, néoplasiques ou même parfois inconnues. Ils sont la manifestation clinique principale de diverses pathologies réunies sous le nom de « dorsopathies » (CIM-10 : M40-M54) (Ochsmann et autres, 2010). Celles-ci regroupent l'arthrose de siège rachidien, la spondylarthrite ankylosante, la discopathie dégénérative, la hernie discale, les déformations du rachis (scoliose, cyphose) et les microtraumatismes répétés du dos. D'autres conditions médicales, telles que la fibromyalgie, les traumatismes du bassin, les fractures minimes ostéoporotiques, les contraintes et tensions ressenties au niveau des muscles et

des ligaments du dos, concourent également à l'apparition des dorsalgies. Ces affections sont dans leur grande majorité potentiellement limitatives sur le plan fonctionnel (Murphy et autres, 2006; NIAMS, 2010).

Les principaux facteurs de risque de la dorsalgie sont : un âge supérieur à 30 ans, la grossesse, un mode de vie sédentaire, le tabagisme, le surplus de poids, l'arthrite ou l'ostéoporose. Des facteurs psychosociaux comme la dépression ou le stress de longue durée sont aussi des déterminants des maux de dos. Certains métiers, tels qu'un emploi exposant au levage de charges lourdes, à des flexions, torsions ou vibrations du corps (camionneurs, conducteurs de machineries lourdes, agriculteurs), sont également incriminés dans la genèse des dorsalgies (Murphy et autres, 2006; NIAMS, 2010). La relation entre les facteurs ergonomiques, y compris l'effort physique au travail et les facteurs psychosociaux dont l'anxiété et la survenue de maux de dos, est d'ailleurs bien documentée dans de nombreuses études (European Commission et autres, 2003; Holmberg et Thelin, 2006; Feng et autres, 2007; Blozik et autres, 2009).

La plupart des maux de dos disparaissent d'eux-mêmes, même s'ils peuvent persister un certain temps ou revenir de façon récurrente. Ils sont aggravés par des pratiques et des techniques de levage de charges inappropriées ou un mauvais tonus musculaire. La prise d'analgésiques en vente libre et le repos peuvent aider au soulagement des symptômes (NIAMS, 2010).

3.2 La prévalence de la dorsalgie

La dorsalgie est l'un des problèmes de santé les plus courants. Presque tout le monde aura des maux de dos à un certain moment dans sa vie. Au Canada, on estime que quatre adultes sur cinq seront victimes d'au moins une crise de dorsalgie au cours de leur existence. Le mal de dos est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme (Murphy et autres, 2006).

⁸ La lombalgie est définie comme toute douleur qui se produit entre les plis fessiers en bas et la ligne de la 12^e paire de côtes en haut, en plus de la sciatique et de la cruralgie, même s'il n'y a pas de symptômes concomitants dans le dos. Il est recommandé d'y ajouter les lombalgies accompagnant la grossesse, les menstruations, les infections virales et le cancer (European Commission et autres, 2003).

⁹ La cervicalgie est définie dans la littérature épidémiologique selon l'expérience subjective du patient face à la douleur localisée au cou ou à la région cervicale. Il peut s'agir d'un simple inconfort ou d'une douleur vive associée à une raideur, un engourdissement ou à d'autres symptômes, tels qu'une faiblesse dans les bras, les mains et, un spasme musculaire, etc. (European Commission et autres, 2003; Devereaux, 2009).

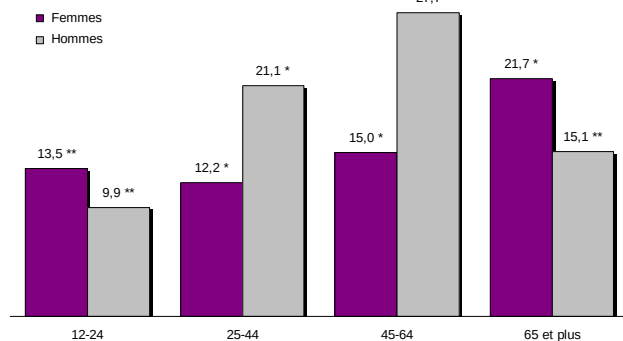


En 2007-2008, dans Lanaudière, plus de 67 000 personnes de 12 ans et plus, soit environ 18 % de cette population, ont déclaré avoir reçu d'un médecin un diagnostic de maux de dos autre que l'arthrite ou la fibromyalgie.

Globalement, la différence entre les sexes à l'égard de la prévalence de la dorsalgie semble désavantager les hommes (20 % contre 15 %). Cependant, cette prévalence supérieure chez les hommes n'est vérifiée que pour les groupes d'âge correspondant à ceux de la période de vie active et de participation au marché du travail, soit entre 25 et 64 ans. Chez les enfants, les jeunes adultes et les personnes de 65 ans et plus, la prévalence relative de la dorsalgie semble plus élevée chez les femmes.

Graphique 13

Taux bruts de prévalence de la dorsalgie selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2007-2008 (%)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

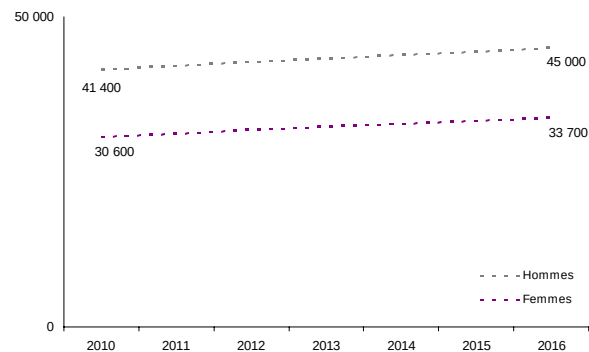
** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Les projections de la prévalence régionale de la dorsalgie pourraient atteindre 30 600 et 41 400 cas respectivement chez les femmes et les hommes en 2010. À moyen terme, les cas de dorsalgie pourraient s'accroître de 10 % chez les Lanaudoises et de 9 % chez les Lanaudois pour se situer, en 2016, à 33 700 et 45 000 cas respectivement.

Graphique 14

Évolution du nombre de cas de dorsalgie selon le sexe, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2010 à 2016 (N)



Sources : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009. ISQ, Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2006-2031, 2009.

Le surplus de poids et la sédentarité sont connus pour être des déterminants importants de la dorsalgie. Dans l'ESCC 2007-2008, les individus ayant signalé ce problème de santé dans Lanaudière, sont, en proportion, plus nombreux que le reste de la population à se classer dans le groupe des personnes inactives ou ayant un indice de masse corporelle traduisant une surcharge pondérale. De plus, ils sont moins nombreux à déclarer ne pas être limités dans leurs activités en raison de la douleur ou du malaise qu'ils ressentent (données non présentées).

3.3 Les conséquences de la dorsalgie

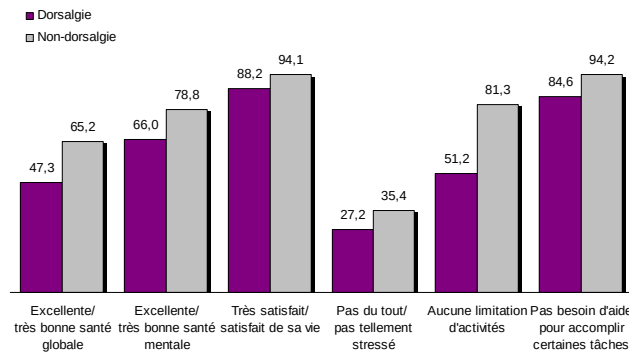
3.3.1 Sur l'état de santé

Malgré la diversité des causes de la dorsalgie, ses répercussions sur la santé physique et fonctionnelle sont pratiquement semblables. Selon son intensité et sa durée, la douleur perturbe de façon plus ou moins marquée la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne. Les malades vivent une expérience de limitations fonctionnelles qui dépend de la gravité et de l'évolution de leur maladie. Ils peuvent ainsi ressentir de la fatigue, éprouver des difficultés à soulever des objets et à se déplacer. Leur état émotionnel est aussi souvent affecté à cause du sentiment de frustration lié à la douleur et à l'incapacité d'entretenir des relations sociales normales (European Commission et autres, 2003; Murphy et autres, 2006; De Souza et Frank, 2010).

En 2007-2008, la frange de la population Lanaudoise vivant l'expérience des maux de dos est, en proportion, moins nombreuse que le reste de la population à s'estimer en excellente ou très bonne santé globale et mentale. La dorsalgie affecte aussi l'équilibre et le bien-être des Lanaudois qui en souffrent. Ceux-ci sont moins nombreux à percevoir un niveau élevé de sentiment de satisfaction à l'égard de la vie et à ne pas éprouver de stress. En raison du fort potentiel invalidant de la maladie, une plus faible proportion de personnes souffrant de maux de dos dit n'avoir aucune limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Enfin, moins de personnes vivant avec la dorsalgie estiment ne pas avoir besoin d'aide pour accomplir certaines tâches. Ce qui traduit une baisse de l'autonomie fonctionnelle comparativement au reste de la population.

Graphique 15

Population de 12 ans et plus selon certains indicateurs sanitaires et le statut à l'égard de la dorsalgie, Lanaudière, 2007-2008 (%)



Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

3.3.2 Sur la morbidité hospitalière

Les raisons pour lesquelles les personnes qui ont des maux de dos sont hospitalisées varient. Les hospitalisations peuvent être non chirurgicales, à visée diagnostique, par exemple dans le cas d'une myélographie, ou dans le but de poser des actes thérapeutiques pour le contrôle de la douleur. Toutefois, dans la majorité des cas, elles sont justifiées par le traitement chirurgical de la cause sous-jacente.

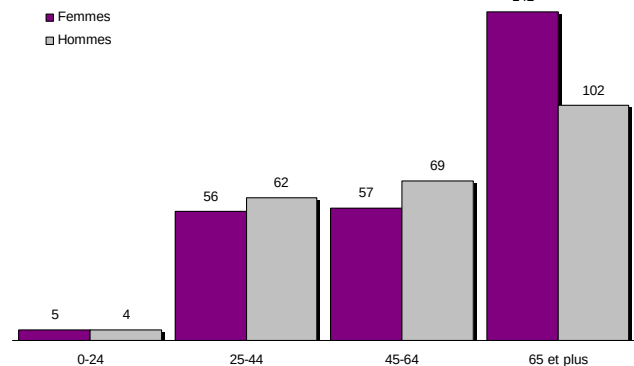
Entre 2006-2007 et 2008-2009, en moyenne, près de 230 hospitalisations en soins physiques de courte durée et pour lesquelles le diagnostic principal est la dorsalgie ont été comptabilisées annuellement dans Lanaudière. La durée moyenne de séjour hospitalier correspondante s'étend sur six jours.

Lorsque l'on tient compte des cas où la dorsalgie figure en diagnostic secondaire des raisons d'hospitalisation, le nombre annuel moyen d'hospitalisations impliquant directement ou indirectement les maux de dos s'élève à environ 670 pour chacune des trois années considérées.

Les taux bruts d'hospitalisation pour dorsalgie sont bas chez les enfants et les jeunes adultes Lanaudois âgés de moins de 25 ans. Pour les deux sexes, ils augmentent progressivement avec l'âge et atteignent leur pic chez les aînés de 65 ans et plus. Tout comme la prévalence, les hospitalisations pour dorsalgie sont relativement plus fréquentes chez les hommes d'âge moyen et possiblement encore actifs sur le marché du travail (25-64 ans), comparativement aux femmes du même groupe d'âge. La relation s'inverse chez les personnes âgées de 65 ans et plus, puisque les aînées Lanaudoises semblent être davantage hospitalisées pour des raisons de maux de dos que les Lanaudois du même âge.

Graphique 16

Taux bruts d'hospitalisation pour dorsalgie (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2008-2009 (pour 100 000 personnes)



Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

Au cours de la période triennale 2006-2007 à 2008-2009, la population Lanaudoise affiche une sous-morbidité hospitalière à l'égard de la dorsalgie lorsqu'elle est comparée à celle du Québec. Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, les taux d'hospitalisation pour dorsalgie sont significativement plus faibles que chez leurs homologues de la province. Ce constat s'applique également aux résidents et résidentes du RLS de Lanaudière-Sud. À l'échelle des MRC, les hommes vivant dans



les MRC des Moulins et de L'Assomption, ainsi que les résidentes de la MRC des Moulins se distinguent en ayant une morbidité hospitalière à l'égard des maux de dos moindre comparativement au Québec (Annexe 1).

L'utilisation des services de santé surtout ceux d'hospitalisation par les patients souffrant de maux de dos est singulière chez les populations en âge de travailler, mais bien plus encore chez les aînés. Même s'il est vrai que Lanaudière affiche une morbidité hospitalière moindre vis-à-vis le Québec, la tendance au vieillissement de la population fera en sorte que le fardeau de cette problématique de santé publique sur les ressources de soins de santé régionales pourrait s'accroître au cours des prochaines décennies. Pour en réduire la portée, la plupart des guides de pratique cliniques suggèrent que des stratégies de prévention de la maladie soient proposées comme des options en alternative au traitement en institution. Les personnes atteintes de dorsalgies chroniques, aidées par leurs médecins et des professionnels tels que les chiropraticiens et les physiothérapeutes, peuvent recourir à des stratégies d'autogestion de la maladie simples et efficaces pour soulager la douleur, prévenir une aggravation et l'invalidité et ainsi éviter les hospitalisations (Crowe et autres, 2010; Heymans et autres, 2010; May, 2010).

4. LA FIBROMYALGIE

4.1 La définition et les facteurs de risque

La fibromyalgie (CIM-10 : M79.7) est une affection chronique des tissus mous de l'organisme. Elle est caractérisée par une douleur généralisée et une hypersensibilité à la pression de certaines parties du corps comme le cou, les épaules, le dos, les hanches ou les jambes. En plus de la douleur musculosquelettique chronique et généralisée, des signes de

fatigue, des troubles du sommeil, des céphalées, des problèmes de mémoire ou de concentration, des troubles de l'humeur et de la raideur matinale sont aussi fréquemment associés à la fibromyalgie (Humphrey et autres, 2010; NIAMS, 2010; Silverman et autres, 2010).

Pendant longtemps la fibromyalgie a fait l'objet de controverse au sein de la communauté médicale. Certains ont refusé de « médicaliser » le problème et l'ont mis tout simplement sur le compte de la manifestation d'une profonde « difficulté d'adaptation psychologique et sociale ». Ils l'ont assimilée à une forme contemporaine d'une série de conditions ayant marqué l'Histoire, telles que « les épidémies d'hystérie de l'époque médiévale, la maladie des accidentés du chemin de fer au XIX^e siècle, et la neurasthénie »¹⁰ (Ehrlich, 2003; Sim et Madden, 2008). D'autres, par contre, l'ont perçue sous l'aspect d'une entité syndromique de plus en plus reconnue comme faisant partie des maladies musculosquelettiques chroniques (Karjalainen et autres, 2009; NFA, 2010; Carruthers et Van De Sande, 2010).

Nul ne sait vraiment ce qui cause la maladie. Toutefois, les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde et d'autres maladies auto-immunes sont particulièrement susceptibles de souffrir de fibromyalgie (NIAMS, 2010; Silverman et autres, 2010).

Certaines hypothèses sont émises voulant qu'il existe plusieurs facteurs déclenchant, comme une maladie infectieuse ou un traumatisme. L'exposition à un stress physique, émotionnel ou environnemental pourrait aussi agir comme déclencheur chez les personnes prédisposées et exacerber les symptômes. Des anomalies chimiques dans le cerveau pourraient amplifier la douleur à cause d'un dysfonctionnement des processus sensoriels. Les perturbations du sommeil ne seraient pas seulement des symptômes, mais également une cause éventuelle de la fibromyalgie (Murphy et autres, 2006).

¹⁰ L'hystérie, le *railway spine* ou maladie des accidentés du chemin de fer au XIX^e siècle et la neurasthénie ou « asthénie nerveuse » sont des affections qui ont été autrefois rattachées à des troubles psychosomatiques ou hypocondriaques, c'est-à-dire sans liens apparents avec un mal organique. Au Moyen-Âge, les hystériques (sorcières, etc.) étaient considérés comme possédés par le diable et souvent brûlés. Au XIX^e siècle, les victimes d'accidents de train qui se plaignaient des mois voire des années après de problèmes de dos ont vu leurs plaintes contestées par les autorités du chemin de fer britannique et les assureurs. Après des décennies de controverses, le Dr John Eric Erichsen expliqua le phénomène par la possibilité que les victimes souffrent de *névrose post-traumatique*. Pour la neurasthénie, depuis l'Antiquité, elle a été assimilée à de la mélancolie, à des « états nostalgiques ou à de l'hypocondrie ». Lu sur Wikipédia, Septembre 2010 (www.wikipedia.org).

La fibromyalgie réfère aussi aux termes *fibromyosite* ou *fibrosite* et ne dispose pas encore de tests de laboratoire pouvant confirmer le diagnostic. Toutefois, l'*American College of Rheumatology* a établi des critères diagnostiques cliniques basés sur les symptômes du malade. Ces critères ont d'ailleurs été repris et adoptés par le Comité d'experts du Consensus canadien sur le syndrome de fibromyalgie.

Pour recevoir un diagnostic de fibromyalgie, le patient doit rencontrer les critères suivants :

- avoir ressenti une douleur généralisée pendant une durée minimale de trois mois dans tous les quatre quadrants du corps (côté gauche, côté droit, en dessous de la taille et au-dessus de celle-ci);
- être sensible ou ressentir une douleur à la pression exercée sur au moins 11 des 18 points sensibles spécifiques du corps (cou, épaule, genou, dos, hanches, etc.) (NFA, 2010; Carruthers et Van De Sande, 2010).

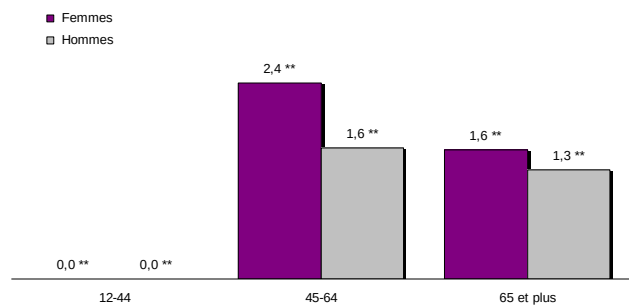
4.2 La prévalence de la fibromyalgie

En 2005¹¹, dans Lanaudière, quelque 3 000 personnes de 12 ans et plus ont déclaré avoir reçu d'un médecin le diagnostic de fibromyalgie. Le taux brut de prévalence régionale pour la fibromyalgie avoisine 1 %.

La fibromyalgie touche en général tous les groupes d'âge, mais le diagnostic se fait d'habitude entre 30 et 50 ans. Toutefois, en 2005, aucun cas n'a été notifié par la population lanaudoise âgée de moins de 45 ans. Trois personnes atteintes de fibromyalgie sur cinq sont des femmes. Celles-ci affichent d'ailleurs des taux de prévalence brute de fibromyalgie qui semblent être légèrement supérieurs à ceux des hommes. Les mêmes tendances ont également été observées au Québec.

Graphique 17

Taux bruts de prévalence de la fibromyalgie selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2005 (%)



** Coefficient de variation supérieur à 25%. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE Canada, ESCC 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006.

On estime au Canada à 900 000 le nombre de personnes qui souffrent de fibromyalgie, soit environ 3 % de la population. Quatre fois plus de Canadiennes que de Canadiens seraient atteintes (Murphy et autres, 2006).

Dans le monde, la prévalence estimée de la fibromyalgie chez les adultes varie de 0,5 à 10 %, avec une prédominance chez les femmes d'âge moyen (Humphrey et autres, 2010; NIAMS, 2010).

Aux États-Unis, on estime à approximativement 5 millions le nombre d'individus souffrant de cette condition. La prévalence est plus élevée chez les femmes (3,4 %) que chez les hommes (0,5 %) (Silverman et autres, 2010).

4.3 Les conséquences de la fibromyalgie

La fibromyalgie est une affection chronique complexe qui affecte les personnes physiquement, mentalement et socialement (NFA, 2010). Les troubles émotionnels, tels que la dépression ou l'anxiété, accentuent la sensation de douleur. La relation de causalité entre la douleur et les problèmes émotionnels n'est pas assez claire, en ce sens que ces derniers peuvent être des déterminants, tout comme des conséquences de la fibromyalgie. Toujours est-il que ces symptômes sont fréquents et persistants. Ils affectent la productivité et la qualité de vie et occasionnent d'importantes dépenses en soins de la santé (Pallant et Bailey, 2005; Lemp et autres, 2009).

¹¹ Tel que mentionné à la section 1.2, l'ESCC de 2007-2008 ne comportait pas de question faisant référence à la fibromyalgie. Les données présentées dans cette section sont donc fondées sur les résultats de l'ESCC 2005. La question s'adressait à tous les répondants.

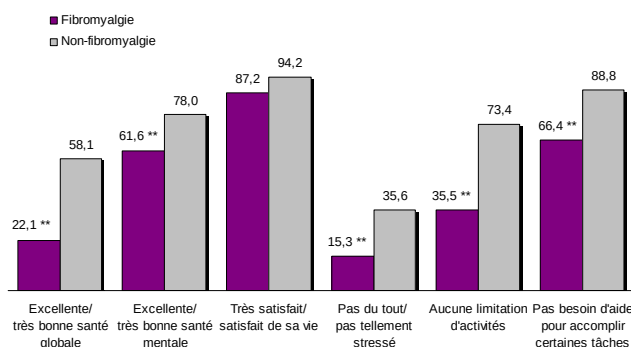
4.3.1 Sur l'état de santé

L'expérience face au syndrome de fibromyalgie varie en fonction des individus. Certains sont durement éprouvés par la douleur et vont jusqu'au sentiment d'impuissance et d'invalidité, tandis que chez d'autres personnes, les conséquences de la maladie sont moindres. L'intensité des symptômes varie en fonction du niveau de stress, du moment de la journée, du niveau d'activité physique et parfois même, du temps qu'il fait. Cela confirme l'impact des aspects psychosociaux de la vie personnelle sur l'évolution de la fibromyalgie. Les patients fibromyalgiques ont par ailleurs une fréquence élevée de troubles cognitifs. Plus de la moitié d'entre eux se plaignent de perturbation du sommeil, de perte de mémoire et de confusion mentale (Murphy et autres, 2006; Lempp et autres, 2009, Rodriguez-Andreu et autres, 2009).

Dans Lanaudière, en 2005, les personnes ayant déclaré un diagnostic de fibromyalgie ont une moins bonne appréciation de leur état de santé globale et mentale que le reste de la population. Elles sont également moins nombreuses à se sentir satisfaites de leur vie. De plus, les gens vivant avec cette condition chronique sont, en proportion, moins nombreux que le reste des Lanaudoises et Lanaudois à déclarer ne pas éprouver un stress et, n'avoir aucune limitation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Enfin, ils sont moins nombreux à estimer ne pas avoir besoin d'aide pour accomplir certaines tâches de la vie courante.

Graphique 18

Population de 12 ans et plus selon certains indicateurs sanitaires et le statut à l'égard de la fibromyalgie, Lanaudière, 2005 (%)



** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006.

La fibromyalgie a ceci de particulier : elle expose les patients qui en souffrent à une stigmatisation de la part de la société. C'est une condition subjective, voire problématique, qui confronte souvent les professionnels de la santé. La dichotomie qu'elle entraîne entre les composantes somatique et psychologique de l'individu fait qu'elle aboutit souvent à un questionnement identitaire chez les malades. Elle n'épargne pas non plus leur crédibilité morale et la légitimité de leur expérience et du traitement qu'ils devraient recevoir (Lempp et autres, 2009).

4.3.2 Sur la morbidité hospitalière

Du fait probable de son caractère tendancieux et controversé au sein de la communauté scientifique et de sa prévalence relativement peu élevée, un très petit nombre d'hospitalisations pour lesquelles la fibromyalgie est retenue comme diagnostic principal a été colligé dans la région au cours des dernières années. En raison de considérations éthiques et du respect de la confidentialité des malades, la petitesse des chiffres n'autorise pas leur publication dans le cadre de ce document.

De plus, l'indicateur qui permet de calculer la morbidité hospitalière se limite aux hospitalisations qui sont effectuées dans l'univers des soins de courte durée (INSPQ et autres, 2006). Celui-ci ne prend pas en compte le fait que le traitement de la fibromyalgie est souvent offert dans quelques rares centres et cliniques spécialisés avec des approches physiques et psychologiques combinées (Arsenault, 2005). L'accessibilité à ces centres de prise en charge demeure encore très limitée en région.

5. LES AUTRES MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES

La rareté voire l'inexistence de données régionales et même provinciales sur certaines maladies musculosquelettiques tout aussi importantes que l'arthrite ou les maux de dos, fait que des problèmes tels que l'ostéoporose ne seront pas traités de manière approfondie. Le présent chapitre aborde donc sommairement quelques notions sur cette maladie, documentées par des statistiques provinciales ou fédérales. Par ailleurs, une place modeste y est aussi réservée à la problématique des troubles musculosquelettiques en lien avec le travail. Ces derniers, bien que n'étant pas spécifiquement l'objet de ce fascicule, font partie pour autant des maladies musculosquelettiques. Ils progressent partout dans les pays industrialisés, et le Québec n'y échappe pas. On retrouve un aperçu de leur ampleur dans Lanaudière à partir des données du *Fichier des lésions professionnelles* de la Commission de la santé et de la sécurité du Travail (CSST).

5.1 L'ostéoporose

L'ostéoporose (CIM-10 : M80-M82*) est un amincissement du tissu osseux et la perte progressive de densité osseuse. Au fil du temps, elle affaiblit la structure des os et les rend plus susceptibles de se briser. N'importe qui peut être atteint d'ostéoporose, mais la maladie est plus fréquente chez les femmes âgées. On estime que le quart de toutes les femmes et le huitième des hommes âgés de 50 ans et plus feront l'expérience d'une fracture osseuse ostéoporotique (NIAMS, 2010; Ostéoporose Canada, 2010).

Les facteurs de risque de l'ostéoporose incluent : le vieillissement, le fait d'être de constitution mince et petite, d'avoir des antécédents familiaux d'ostéoporose, la prise de certains médicaments (corticothérapie au-delà de trois mois), le fait d'être une femme, de surcroît de race caucasienne ou asiatique, et d'avoir une ostéopénie (faible masse osseuse). La ménopause précoce (avant l'âge de 45 ans), l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont également identifiés comme pouvant concourir au développement de la maladie (NIAMS, 2010; Ostéoporose Canada, 2010).

L'ostéoporose est une maladie silencieuse. Les personnes atteintes peuvent ne pas savoir qu'elles ont la maladie jusqu'à ce qu'elles se brisent un os. Un test de densité minérale osseuse est le meilleur moyen pour vérifier la santé des os et anticiper le diagnostic de l'ostéoporose. Pour garder des os solides, il faut une alimentation riche en calcium et en vitamine D, une pratique assidue de l'exercice physique et ne pas fumer. Si nécessaire, des médicaments, notamment les bisphosphonates, peuvent également aider à prévenir et traiter la maladie (ICIS, 2009a; NIAMS, 2010; Ostéoporose Canada, 2010).

Selon les données de l'ESCC 2008-2009 portant sur le thème du *Vieillessement en santé*, 10 % de la population canadienne âgée de 45 ans et plus ont déclaré avoir reçu d'un médecin le diagnostic d'ostéoporose. La prévalence de l'ostéoporose au Québec est similaire à celle enregistrée au Canada. Elle croît progressivement avec l'âge et atteint son pic à 85 ans et plus. Les femmes semblent être plus touchées que les hommes. Elles totalisent les quatre cinquièmes des cas et leur prévalence est plus élevée pour tous les groupes d'âge. Le taux de prévalence de l'ostéoporose est aussi quatre fois plus élevé chez les Québécoises que chez les Québécois (Statistique Canada, 2010a).

Les fractures de la hanche et les complications connexes sont les principales causes de morbidité et de mortalité liées à l'ostéoporose. Au Canada, environ huit cas de fracture de la hanche sur dix sont dus à l'ostéoporose (Ostéoporose Canada, 2010). En 2007-2008, le taux standardisé d'incidence des fractures de la hanche menant à une hospitalisation en soins physiques de courte durée est de 486 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus au Canada, compte non tenu des chiffres du Québec¹² (ICIS, 2009b).

Chaque année, le mois de novembre est consacré à l'ostéoporose au pays. La Société de l'ostéoporose du Canada, au nom des deux millions de Canadiennes et de Canadiens souffrant d'ostéoporose ou qui y sont exposés, profite de cette occasion pour accroître la sensibilisation à l'endroit des communautés et des décideurs politiques. Elle les informe sur le fardeau économique et les conséquences sur la santé de la maladie et discute des solutions pour éliminer ce problème de santé publique (Ostéoporose Canada, 2010).

¹² Les taux du Québec ne sont pas disponibles en raison de différences dans la méthode de collecte des données.



Entre 2000 et 2006, plus de 1 600 décès directement attribuables à l'ostéoporose ont été dénombrés au Canada, soit une moyenne annuelle d'environ 230 décès. Les personnes âgées de 80 ans et plus sont plus susceptibles de décéder de la maladie (Statistique Canada, 2010b).

5.2 Les troubles musculosquelettiques liés au travail

Les troubles musculosquelettiques (TMS) d'origine professionnelle regroupent « un ensemble de symptômes et d'atteintes inflammatoires ou dégénératives qui concernent les segments corporels suivants : le cou, le dos, les membres supérieurs, et les membres inférieurs. Ces problèmes touchent diverses structures telles que les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales, et les articulations en incluant les disques intervertébraux. Les nerfs et les vaisseaux sanguins connexes à ces structures peuvent également être affectés. La douleur ou la perte de fonction sont des manifestations courantes de ces atteintes. » (CPRE, 2007, p. 15)

Selon la partie du corps atteinte, il peut s'agir d'une tendinite, d'une bursite, d'une épicondylite, d'une téno-synovite, du syndrome du canal carpien, d'une entorse ou d'une hernie discale. En général, ces troubles inconfortables se développent graduellement, après des semaines ou des mois, voire des années d'exposition en milieu de travail. Ils peuvent aussi survenir soudainement (Bernard, 1997; CSST, 2004; Ha et Roquelaure, 2010).

La combinaison de multiples facteurs physiques, psychosociaux ou liés à l'organisation du travail aboutit à l'installation des troubles musculosquelettiques. Ces facteurs de risque sont dominés principalement par ceux de nature biomécanique, qui sont, entre autres :

- les postures contraignantes;
- les efforts physiques soutenus entraînant des tensions musculaires importantes;
- les mouvements répétitifs et continus des mêmes gestes pendant des heures;
- le travail au froid ou exposant à des vibrations du corps;
- l'usage des mains ou des pieds comme outil de travail;
- les pressions ou les frottements sur certaines parties du corps (Bernard, 1997; CSST, 2004).

Chez les résidents Lanaudois, entre 2000 et 2007, 27 049 nouveaux cas de TMS ont été déclarés et acceptés par la CSST, soit environ une moyenne annuelle de 3 380 cas. Au cours de cette période, les TMS sont responsables de 38 % du total des cas incidents de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST et du tiers des journées de travail perdues. La fréquence de survenue des TMS est supérieure chez les personnes âgées de 25 à 49 ans qui totalisent 70 % des nouveaux cas. Les hommes sont responsables des deux tiers des déclarations de nouveaux cas de TMS. Un peu moins de la moitié (47 %) des nouveaux cas de TMS déclarés siègent au dos et 29 % aux membres supérieurs.

En 2006, le taux d'incidence des TMS déclarés et acceptés par la CSST s'élevait à environ 15 pour 1 000 travailleurs dont le lieu de travail est Lanaudière, et ce, peu importe leur lieu de résidence. Comparativement au reste du Québec, la région de Lanaudière affichait une des plus fortes incidences à l'égard des TMS (INSPQ, 2010; INSPQ et autres 2010).

Chez les personnes en âge de travailler, les TMS sont une cause fréquente d'absence pour maladie, de limitations d'activités, d'incapacité de travail de longue durée et d'indemnisation. Les TMS constituent donc un important problème pour les personnes touchées et ont des conséquences économiques considérables pour la société (European Commission et autres, 2003; Holmberg et Thelin, 2006).

« Au Québec, les TMS touchent chaque année plus de 45 000 travailleurs de tous les secteurs d'activité. Les coûts d'indemnisation de ces travailleurs s'élèvent à 500 millions de dollars par année. Les conséquences sur les plans humain, social et financier sont énormes, aussi bien pour les employeurs que pour les travailleurs. Souffrances physiques et morales, détérioration de la qualité de vie, baisse de la productivité et diminution de la qualité des produits et services offerts ne sont que quelques exemples des conséquences néfastes des TMS. Leur prévention passe par une démarche qui s'articule en trois points :

- identifier les situations de travail comportant des risques de TMS;
- corriger ces situations;
- contrôler les mesures correctives appliquées » (CSST, 2004, p. 5).



6. LE FARDEAU SOCIOÉCONOMIQUE DES MMS

Le fardeau des maladies musculosquelettiques s'étend au-delà des statistiques sur leur ampleur et leurs conséquences décrites dans les chapitres précédents. Il inclut également leur impact financier et non monétaire sur la société (Santé Canada, 2002). Au Canada, comme un peu partout ailleurs dans le monde, l'état de « mauvaise santé » qu'engendrent les maladies chroniques en général et les maladies musculosquelettiques en particulier coûte plus cher que leurs traitements (ICIS, 2003; WHO, 2003). En l'occurrence, le temps de travail perdu, celui passé à soigner des amis ou des membres de la famille et les décès prématurés sont rarement comptabilisés; néanmoins, ils pèsent lourdement sur le rendement économique d'un pays.

Les informations sur les conséquences des maladies musculosquelettiques en termes de dépenses allouées au traitement, de baisse de la qualité de vie ou de perte de productivité sont disponibles pour le Canada et moindrement pour le Québec.

6.1 Les conséquences économiques

Les maladies musculosquelettiques se classaient au deuxième rang pour les dépenses en matière de santé au Canada tout comme au Québec au début des années 1990 (Stock et Paquette, 2003). L'étude sur le fardeau de la maladie au Canada, menée en 1998 par Santé Canada, les classait également au second rang des maladies les plus onéreuses au pays, derrière les maladies cardiovasculaires. Elles coûtaient¹³ alors 16,4 milliards de dollars canadiens, soit 10,3 % du total des dépenses de santé et 3,4 % du produit national brut. Les coûts directs s'élevaient à 2,6 milliards, alors que le montant des coûts indirects avoisinait les 13,7 milliards (Santé Canada, 2002; Woolf et Pfleger, 2003). Au tournant des années 2000, elles occupaient la première place des maladies chroniques les plus coûteuses au Canada, après avoir supplanté les maladies cardiovasculaires, leurs coûts totaux étant passés à 22,3 milliards de dollars (ASPC et autres, 2010).

En 1998, le fardeau économique de l'arthrite sur la société canadienne se chiffrait, selon les estimations, à 4,4 milliards de dollars (Santé Canada, 2002; 2003). En 2000, les coûts attribuables aux maladies arthritiques avaient atteint près de 6,4 milliards de dollars au Canada, soit 29 % du coût total des maladies musculosquelettiques. Les coûts associés à l'incapacité de longue durée et aux décès prématurés s'élevaient à 4,3 milliards de dollars et ceux liés aux frais d'hôpitaux, de médicaments et de consultations médicales totalisaient 2,1 milliards. Les personnes âgées de 35 à 64 ans occasionnaient près des deux tiers des coûts totaux de prise en charge de l'arthrite et des conditions associées (ASPC et autres, 2010).

Les maux de dos et les dorsopathies en général étaient responsables de plus du tiers (4,7 milliards) du coût lié aux causes d'incapacité de longue durée parmi les maladies musculosquelettiques en 1998 (Santé Canada, 2002).

Pour leur part, les coûts annuels du traitement de l'ostéoporose et des fractures connexes au Canada étaient estimés à environ deux milliards de dollars en 2000. Ces coûts comprenaient les admissions à l'hôpital, la chirurgie, la pharmacothérapie, les soins en consultation externe et les soins en longue durée (IOF, 2002). Les coûts directs liés au traitement d'une fracture de la hanche, tant pour les soins à l'hôpital que pour ceux prodigués à la suite du congé, s'élevaient en moyenne à environ 27 000 dollars par année (ICIS, 2009a).

Le fardeau associé à la fibromyalgie est important et comparable à celui de l'arthrite rhumatoïde. Les patients souffrant de fibromyalgie occasionnent des coûts directs sensiblement égaux à ceux des arthritiques (Silverman et autres, 2009). Au Québec, une étude récente concluait que le montant que la RAMQ payait pour les soins des patients fibromyalgiques était significativement plus élevé (1,5 fois) comparativement à ceux défrayés pour les personnes n'ayant pas eu un diagnostic de fibromyalgie (Lachaine et autres, 2010).

¹³ Les coûts totaux associés aux maladies musculosquelettiques incluent les coûts directs et indirects. Les coûts directs concernent les dépenses en soins hospitaliers, en médicaments et en soins médicaux, ainsi que d'autres dépenses de santé. Les coûts indirects sont définis comme la valeur en dollars de la perte de productivité pour cause de maladie, de blessure ou de décès prématuré; ils représentent la perte de production pour cause d'incapacité de courte et longue durées (coûts liés à la morbidité) et de décès prématuré (coûts liés à la mortalité) (ASPC et autres, 2010).



6.2 Les conséquences non monétaires

Les problèmes musculosquelettiques sont la première cause d'invalidité dans le monde, et avec le vieillissement de la génération des *baby-boomers*, ces conditions devraient durablement toucher les systèmes de santé au cours des prochaines années (WHO, 2003; USJBD, 2008).

Au Canada, les maladies musculosquelettiques sont la première cause d'incapacité, surtout celle de longue durée (Santé Canada, 2002). Elles ont un impact majeur sur la société en raison de leur fréquence, de leur chronicité et de l'invalidité qui en résultent. Elles sont une cause majeure d'absentéisme au travail pour raison de maladie et de paiements de pensions d'invalidité (Woolf et Pfleger, 2003). Les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent chez les adultes ont une incidence sur la productivité et l'économie en réduisant la force du travail. Chez les aînés, elles ont des répercussions sociales en entravant leur autonomie, leur participation sociale et leur maintien à domicile. Ces derniers sont en effet plus enclins à rejoindre les résidences pour soins de longue durée (European Commission et autres, 2003; WHO, 2003; Hawker et autres, 2010).

En général, on ne meurt pas de maladies musculosquelettiques, celles-ci étant rarement mentionnées comme causes initiales de décès. Toutefois, une réduction de l'espérance de vie a été attribuée à certains problèmes musculosquelettiques (WHO, 2003). En 2000-2001, ceux-ci étaient associés à 4,7 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)¹⁴ liées à toutes les maladies au Canada (ICIS, 2007).

Les conséquences les plus visibles des troubles musculosquelettiques sont la douleur, la raideur, la perte de mobilité des articulations, les déformations, la réduction des interactions sociales et, une diminution du bien-être et de l'estime de soi. Tous ces éléments affectent la qualité de vie des patients et de leur entourage (Schultz et Kopeck, 2003; WHO, 2003; Roux et autres, 2005). En 2004-2005, les maladies musculosquelettiques figuraient en troisième place des catégories d'affections enregistrées comme influant le plus sur

l'état de santé des pensionnaires ou sur les soins qui leur sont prodigués lors des évaluations à l'admission pour les soins de longue durée. Elles suivaient les maladies cardiovasculaires et les troubles neurologiques. Les diagnostics les plus souvent établis étaient l'hypertension, rapportée pour 42 % des pensionnaires, suivie de l'arthrite, du diabète sucré et du cancer, mentionnés pour 26 % des pensionnaires (ICIS, 2006).

Les maladies musculosquelettiques induisent une importante demande de soins. Un grand nombre de personnes atteintes consultent régulièrement les ressources de première ligne (médecins de famille) et sont fréquemment dirigées vers des professionnels de santé connexes tels que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes ou les chiropraticiens, ou vers des médecins spécialisés, tels que les rhumatologues, les chirurgiens orthopédiques ou les spécialistes de la rééducation. Les traitements de fractures, les remplacements partiels ou totaux d'articulations et la chirurgie réparatrice des maux de dos sont d'importantes activités hospitalières.

La prothèse totale d'une articulation (essentiellement de la hanche ou du genou) est l'une des interventions électives les plus fréquentes chez les personnes âgées (Williams et Badley, 1998; Uhlig et autres, 2002; European Commission et autres, 2003; Woolf et Pfleger, 2003; Hawker et autres, 2010). En 2003-2004, le taux normalisé d'arthroplastie de la hanche chez les patients hospitalisés en soins physiques de courte durée était de 63 pour 100 000 habitants dans Lanaudière.

Ce taux était similaire à celui du Québec, mais moindre par rapport à celui enregistré à l'échelle du pays qui s'élevait à 89 pour 100 000. Pour l'arthroplastie du genou, des taux standardisés de 73, 83 et 114 pour 100 000 habitants, respectivement pour Lanaudière, le Québec et le Canada, étaient enregistrés en 2003-2004 (ICIS, 2009b).

¹⁴ Les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) sont une mesure sommaire des années de vie perdues (AVP) en raison d'un décès prématuré et des équivalents-années perdus en raison de capacités réduites (EACR). Une AVCI peut être considérée comme une année de vie en santé perdue en raison d'une maladie, d'un trouble ou d'une blessure (ICIS, 2007).



CONCLUSION

Les maladies musculosquelettiques constituent un problème de santé publique préoccupant. Longtemps sous-estimées, voire négligées, elles se positionnent pourtant parmi les maladies chroniques les plus prévalentes. Ensemble, elles affecteraient près du quart de la population lanaudoise. Leurs facteurs de risque communs les plus importants incluent l'âge, le sexe, le patrimoine génétique et le mode de vie. De par la douleur et le handicap qui les accompagnent souvent, elles sont des maladies qui ont un fort potentiel de nuisance sur la santé des gens, en même temps qu'elles affectent leur entourage et la société dans son ensemble. Même si leur morbidité hospitalière et surtout leur létalité sont moindres comparativement à celles d'autres problèmes de santé chroniques, il n'en demeure pas moins qu'elles réduisent la qualité de vie des malades. Elles frappent aussi la société en s'attaquant à ceux qui sont normalement en âge d'être productifs sur le marché du travail, en plus d'être coûteuses sur les plans financier et non monétaire.

Afin de prévenir l'apparition des problèmes musculosquelettiques, ou de limiter leur progression et leur impact une fois qu'ils sont acquis, il est possible d'agir efficacement sur certains facteurs liés, par exemple, aux habitudes de vie. Dans ce cadre, les autorités lanaudoises de santé publique, de concert avec les instances fédérale et provinciale de décisions en matière de santé, recommandent de lutter contre le surplus de poids, la sédentarité et le mauvais régime alimentaire (MSSS, 2008; ASSS de Lanaudière, 2009; ASPC et autres, 2010). Elles mènent des actions de promotion de la santé avec des stratégies incitant la population à la pratique assidue de l'activité physique, au maintien d'un poids santé pour tous et à une saine alimentation. Ces actions doivent cependant être complétées par des activités d'éducation pour la santé dans le but d'aider les patients et la population à mieux connaître les maladies musculosquelettiques et les conditions morbides qui leur sont associées. À cet égard, il existe des ressources telles que la Société de l'arthrite, Ostéoporose Canada et d'autres associations fédérales qui, avec leurs organisations provinciales et régionales, apportent de l'aide aux malades et à leur entourage. Par ailleurs, le soutien psychosocial, l'amélioration des conditions économiques et de travail pourraient également aider à mieux prévenir ces maladies chroniques.

Pour être efficaces, toutes ces actions doivent s'inscrire dans une stratégie globale de prévention et de gestion des maladies chroniques. C'est ce que propose le modèle intégré de lutte aux maladies chroniques connu sous le nom de *The Expanded Chronic Care Model*, adopté par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (ASSS de Lanaudière, 2010b). Ce modèle novateur préconise de renforcer l'action des communautés et de transformer le système de santé. *In fine*, des patients informés, actifs et motivés interagissent avec des équipes de soins bien formées et proactives dans le but d'accroître les résultats cliniques et fonctionnels pour les patients et d'améliorer l'état de santé de la population en général (Barr et autres, 2003).





RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSS de Lanaudière), sous la direction de Laurent MARCOUX. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière, 2009-2012*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSS de Lanaudière). *Système Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA)*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010a. (site Web consulté en 2010 : www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSS de Lanaudière). *Document d'orientation pour la prévention et la gestion des maladies chroniques dans la région de Lanaudière*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction régionale des affaires médicales et universitaires, 2010, 30 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC), ARTHRITIS CONSUMER EXPERTS, ARTHRITIS COMMUNITY RESEARCH AND EVALUATION UNIT, ALLIANCE CANADIENNE DES ARTHRITIQUES, RÉSEAU CANADIEN DE L'ARTHRITE, INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, STATISTIQUE CANADA ET LA SOCIÉTÉ DE L'ARTHRITE. *Vivre avec l'arthrite au Canada - Un défi de santé personnel et de santé publique*, Ottawa, Comité de rédaction, 2010, 128 p.

ARSENAULT, Pierre. Le patient fibromyalgique : Comment soulager sa douleur? *Le Clinicien*, décembre 2005, p. 81-86.

BARR, Victoria J., Sylvia ROBINSON, Brenda MARIN-LINK, Lisa UNDERHILL, Anita DOTTS, Darlene RAVENSDALE et Sandy SALIVARAS. The Expanded Chronic Care Model : An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Hospital Quarterly*, vol. 7, n° 1, 2003, p. 73-82.

BERNARD, Bruce P., Éditeur. *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back*, Washington DC, U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS, publication n° 97B141, 1997, 590 p.

BLAY, Sergio Luis, Sergio Baxter ANDREOLI et Fabio Leite GASTAL. Chronic Painful Physical Conditions, Disturbed Sleep and Psychiatric Morbidity : Results from an Elderly Survey, *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 19, n° 3, 2007, p. 169-174.

BLOZIK, Eva, Daria LAPTINSKAYA, Christoph HERRMANN-LINGEN, Helene SCHAEFER, Michael M. KOCHEN, Wolfgang HIMMEL et Martin SCHERER. Depression and Anxiety as Major Determinants of Neck Pain : A Cross-sectional Study in General Practice, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 10, n° 13, 2009, 8 p.

CARRUTHERS, Bruce M., et Marjorie I. VAN DE SANDE. *Syndrome de fibromyalgie : Définition clinique et lignes directrices à l'intention des médecins. Abrégé du Consensus canadien*, 2010, 39 p. Cet abrégé est une traduction de l'aperçu du document intitulé : « Fibromyalgia Syndrome : Canadian Clinical Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols - A Consensus Document », Anil Kumar JAIN, Bruce M. CARRUTHERS, co-editors. Marjorie I. VAN DE SANDE, Stephen R. BARRON, C.C. Stuart DONALDSON, James V. DUNNE, Emerson GINGRICH, Dan S. HEFFEZ, Frances Y.-K. LEUNG, Daniel G. MALONE, Thomas J. ROMANO, I. Jon RUSSELL, David SAUL, Donald G. SEIBEL. *Journal of Musculoskeletal Pain*, vol. 11, n° 4, 2003, p. 3-107.

CISTERNAS, Marcela, Miguel A. GUTIERREZ, Julieta KLAASSEN, Ana Maria ACOSTA et Sergio JACOBELLI. Cardiovascular Risk Factors in Chilean Patients with Rheumatoid Arthritis, *The Journal of Rheumatology*, vol. 29, n° 8, 2002, p. 1619-1622.

COMITÉ PROVINCIAL DES REPRÉSENTANTS EN ERGONOMIE (CPRE). *Guide d'animation - La prévention des risques de troubles musculosquelettiques (TMS) reliés au travail*, Québec, CPRE, 2007, 118 p.



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST). *Troubles musculosquelettiques - Une démarche simple de prévention*, Québec, CSST, 2004, 17 p.

CROWE, Marie, Lisa WHITEHEAD, Mary Jo GAGAN, David BAXTER, Avin PANCKHURST. Self-management and Chronic Low Back Pain : A Qualitative Study, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, n° 7, July 2010, p. 1478-1486.

De SOUZA, Lorraine, et Andrew Oliver FRANK. Patients' Experiences of the Impact of Chronic Back Pain on Family Life and Work, *Disability and Rehabilitation*, 2010, June 4, 9 p.

DEVEREAUX, Michael W. Neck pain, *Medical Clinics of North America*, vol. 93, n° 2, 2009, p. 273-284.

EHRlich, George E. Low Back Pain, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 9, 2003, p. 671-676.

EUROPEAN COMMISSION, UNIVERSITY OF OSLO et THE BONE AND JOINT DECADE 2000-2010. *Indicators for Monitoring Musculoskeletal Problems and Conditions*, Oslo, 2003, 92 p.

FENG, Chao-Kang, Mei-Lien CHEN et I-Fang MAO. Prevalence of and Risk Factors for Different Measures of Low Back Pain among Female Nursing Aides in Taiwanese Nursing Homes, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 8, n° 52, 2007, 9 p.

FIELDEN, Jann M., P. H. GANDER, J. G. HORNE, B. M. F. LEWER, R. M. GREEN et P. A. DEVANE. An Assessment of Sleep Disturbance in Patients Before and After Total Hip Arthroplasty, *The Journal of Arthroplasty*, vol. 18, n° 3, 2003, p. 371-376.

FORTIN, Dominique. *Les maladies chroniques au Québec; situation actuelle et évolution anticipée*, Présentation faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2007, le 22 novembre 2007, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, 2007, 30 p.

GLASS, Gina Gill. Osteoarthritis, *Disease-a-Month*, vol. 52, 2006, p. 343-362.

GROTLE, Margreth, Kare B. HAGEN, Bard NATVIG, Fredrik A. DAHL et Tore K. KVIEN. Obesity and Osteoarthritis in Knee, Hip and/or Hand: An Epidemiological Study in the General Population with 10 Years Follow-up, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 9, n° 132, 2008, 5 p.

HA, Catherine, et Yves ROQUELAURE. Troubles musculosquelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui? *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6, 9 février 2010, p. 35-37.

HAWKER, G. A., E. M. BADLEY, S. JAGLAL, S. DUNN, R. CROXFORD, B. KO, N. DEGANI et A. S. BIERMAN. *Musculoskeletal Conditions*. In: BIERMAN, A. S., éditeur. Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report (POWER), Volume 2, Toronto, 2010, 198 p.

HEYMANS Martijn W., Stef van BUUREN, Dirk L. KNOL, Johannes R. ANEMA, Willem van MECHELEN et Henrica C. W. de VET. The Prognosis of Chronic Low Back Pain is Determined by Changes in Pain and Disability in the Initial Period, *The Spine Journal*, vol. 10, n° 10, October 2010, p. 847-856.

HOLMBERG, Sara A. C., et Anders G. THELIN. Primary Care Consultation, Hospital Admission, Sick Leave and Disability Pension Owing to Neck and Low Back Pain : A 12-Year Prospective Cohort Study in a Rural Population, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 7, n° 66, 2006, 8 p.

HOLTH, Helene Sulutvedt, Hane Kine Buchardt WERPEN, John-Anker ZWART et Knut HAGEN. Physical Inactivity is Associated with Chronic Musculoskeletal Complaints 11 Years Later: Results from the Nord-Trøndelag Health Study, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 9, n° 159, 2008, 7 p.

HUMPHREY, Louise, Rob ARBUCKLE, Philip MEASE, David A. WILLIAMS, Bente Danneskiold SAMSOE et Claire GILBERT. Fatigue in Fibromyalgia: A Conceptual Model Informed by Patient Interviews, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 11, n° 216, 2010, 10 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Les soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 2003, 150 p.



INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Soins de longue durée en établissement au Canada en 2004-2005. Un nouveau portrait de la continuité des soins*, Ottawa, ICIS, 2006, 58 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Le fardeau des maladies, troubles et traumatismes neurologiques au Canada*, Ottawa, ICIS, 2007, 137 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Les bisphosphonates et l'ostéoporose : une analyse des demandes de remboursements des médicaments par les personnes âgées, 2001 à 2007*, Ottawa, Analyse en bref, ICIS, 2009a, 30 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Indicateurs de santé 2009*, Ottawa, ICIS, 2009b, 138 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (coll.) ET INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (coll.). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 659 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Infocentre de santé publique du Québec*, 2010. (site Web consulté en 2010 : www.infocentre.inspq.quebec.ca)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) ET AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (ASSS) / DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE (DSP). *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998 - 2007 : TMS sous surveillance*, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 59 p.

INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION (IOF). *Investissez dans la santé de vos os : l'ostéoporose en milieu professionnel. Impact de l'ostéoporose sur le plan social, économique et humain pour les employés, employeurs et gouvernements*, Liège, Rapport rédigé par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), IOF, novembre 2002, 20 p.

JAKOBSSON, Ulf, et Ingallil Rahm HALLBERG. Pain and Quality of Life among Older People with Rheumatoid Arthritis and/or Osteoarthritis: A Literature Review, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, n° 4, 2002, p. 430-443.

KARJALAINEN, Kaija A., Antti MALMIVAARA, Maurits W. van TULDER, Risto ROINE, Merja JAUHIAINEN, Heikki HURRI et Bart W. KOES. Multidisciplinary Rehabilitation for Fibromyalgia and Musculoskeletal Pain in Working Age Adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, Issue 3. Art. N° CD001984, mise à jour 2009.

KATZ, Jeffrey N., Elizabeth A. WRIGHT, John A. BARON et Elena LOSINA. Development and Validation of an Index of Musculoskeletal Functional Limitations, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 10, n° 62, 2009, 9 p.

LACHAINE, Jean, Catherine BEAUCHEMIN et Pierre-Alexandre LANDRY. Clinical and Economic Characteristics of Patients with Fibromyalgia Syndrome, *The Clinical Journal of Pain*, vol. 26, n° 4, May 2010, p. 284-290.

LEMIRE, Louise. *La pratique de l'activité physique dans Lanaudière en 2005. Un portrait de la situation chez les jeunes et les adultes*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 24 p.

LEMIRE, Louise, Dominique CORBEIL (coll.) et Monique DUCHARME (coll.). *Embonpoint, obésité et surplus de poids parmi la population adulte lanauoise : Portrait de la situation en 2005*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service prévention promotion, 2009, 20 p.

LEMPP, Heidi K., Stephani L. HATCH, Serene F. CARVILLE et Ernest H CHOY. Patients' Experiences of Living with and Receiving Treatment for Fibromyalgia Syndrome: A Qualitative Study, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 10, n° 124, 2009, 11 p.

LINDGREN, Hans, et Stefan BERGMAN. Chronic Musculoskeletal Pain Predicted Hospitalisation Due to Serious Medical Conditions in a 10 year Follow up Study, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 11, n° 127, 2010, 9 p.



LOPEZ-MARTINEZ, Alicia E., Rosa ESTEVE-ZARAZAGA, Carmen RAMIREZ-MAESTRE. Perceived Social Support and Coping Responses are Independent Variables Explaining Pain Adjustment among Chronic Pain Patients, *The Journal of Pain*, vol. 9, n° 4, 2008, p. 373-379.

McNALLY, J. Dayre, Doug A. MATHESON et Volodko S. BAKOWSKY. L'épidémiologie de la fibromyalgie autodéclarée au Canada, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 27, n° 1, 2006, p. 10-17.

MAY, Stephen. Self-management of Chronic Low Back Pain and Osteoarthritis, *Nature Reviews Rheumatology*, vol. 6, n° 4, April 2010, p. 199-209.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) Sous la direction d'Alain POIRIER, Marc-André MARANDA et Lyne JOBIN. *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 p.

MURPHY, Kellie A., Selene T. SPENCE, Cameron N. McINTOSH et Sarah K. CONNOR GORBER, pour le programme de recherche Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada. *Descriptions des états de santé au Canada : maladies musculosquelettiques*, Statistique Canada, n° 82-619-MIF2006003 au catalogue, Ottawa, Statistique Canada, 2006, 40 p.

NATIONAL FIBROMYALGIA ASSOCIATION (NFA). (site Web consulté en 2010 : www.fmaware.org)

NATIONAL INSTITUTE OF ARTHRITIS AND MUSCULOSKELETAL AND SKIN DISEASES (NIAMS). (site Web consulté en 2010 : www.niams.nih.gov)

NEWMAN, Stanton. The Psychology of Rheumatic Diseases, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, vol. 14, n° 4, December 2000, p. 773-786.

OCHSMANN, Elke B., Carlos L. Escobar PINZÓN, Stephan LETZEL, Thomas KRAUS, Martina MICHAELIS et Eva MUENSTER. Prevalence of Diagnosis and Direct Treatment Costs of Back Disorders in 644,773 Children and Youths in Germany, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 11, n° 193, 2010, 9 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Éléments constitutifs : Rapport mondial*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Soins de santé pour les affections chroniques, 2003, 105 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009, 94 p.

OSTÉOPOROSE CANADA. (site Web consulté en 2010 : www.osteoporosecanada.ca)

PALLANT, Julie F., et Catherine M. BAILEY. Assessment of the Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Musculoskeletal Patients, *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 3, n° 82, 2005, 9 p.

PICAVET, H. S. J., et J. M. W. HAZES. Prevalence of Self Reported Musculoskeletal Diseases is High, *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 62, 2003, p. 644-650.

REUBEN, David B., Lisa V. RUBENSTEIN, Susan H. HIRSCH et Ron D. HAYS. Value of Functional Status as a Predictor of Mortality: Results of a Prospective Study, *The American Journal of Medicine*, vol. 93, n° 6, 1992, p. 663-669.

RODRÍGUEZ-ANDREU, Jose, Rosario IBÁÑEZ-BOSCH, Amparo PORTERO-VÁZQUEZ, Xavier MASRAMON, Javier REJAS et Rafael GÁLVEZ. Cognitive Impairment in Patients with Fibromyalgia Syndrome as Assessed by the Mini-Mental State Examination, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 10, n° 162, 2009, 5 p.

ROUX, C. H., F. GUILLEMIN, S. BOINI, F. LONGUETAUD, N. ARNAULT, S. HERCBERG, S. BRIANÇON. Impact of Musculoskeletal Disorders on Quality of Life: An Inception Cohort Study, *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 64, n° 4, 2005, p. 606-611.

SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, 1998, Ottawa, Santé Canada, 2002, 110 p.



SANTÉ CANADA. *L'arthrite au Canada. Une bataille à gagner*, Ottawa, Santé Canada, 2003, 137 p.

SCHULTZ, Susan E., et Jacek A. KOPEC. Effet des problèmes de santé chroniques. *Statistique Canada - Rapports sur la santé*, vol. 14, n° 4, août 2003, p. 45-58.

SILVERMAN, Stuart, Ellen M. DUKES, Stephen S. JOHNSTON, Nancy A. BRANDENBURG, Alesia SADOSKY et Dan M. HUSE. The Economic Burden of Fibromyalgia: Comparative Analysis with Rheumatoid Arthritis, *Current Medical Research and Opinion*, vol. 25, n° 4, April 2009, p. 829-840.

SILVERMAN, Stuart, Alesia SADOSKY, Chris EVANS, Yating YEH, Jose Ma J. ALVIR et Gergana ZLATEVA. Toward Characterization and Definition of Fibromyalgia Severity, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 11, n° 66, 2010, 9 p.

SIM, Julius, et Sue MADDEN. Illness Experience in Fibromyalgia Syndrome : A Metasynthesis of Qualitative Studies, *Social Science & Medicine*, vol. 67, n° 1, July 2008, p. 57-67.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008-2009, Vieillesse en santé*. Données extraites du tableau CANSIM 105-1200, 2010a. (site Web consulté en 2010 : www.statcan.gc.ca)

STATISTIQUE CANADA. *Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès*. Données extraites du tableau CANSIM 102-0533, 2010b. (site Web consulté en 2010 : www.statcan.gc.ca)

STOCK, Susan, et Sonia PAQUETTE. *Modified Work and Musculoskeletal Disorders. Preventive action*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Prévention Médicale en Pratique, décembre 2003, 4 p.

TAANILA, Henri, Jaana SUNI, Harri PIHLAJAMÄKI, Ville M. MATTILA, Olli OHRANKÄMMEN, Petteri VUORINEN et Jari PARKKARI. Aetiology and Risk Factors of Musculoskeletal Disorders in Physically Active Conscripts: A Follow-up Study in the Finnish Defence Forces, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 11, n° 146, 2010, 19 p.

TJEPKEMA, Michael. Insomnie, *Statistique Canada - Rapports sur la santé*, vol. 17, n° 5, novembre 2005, p. 9-27.

UHLIG, Till, Kåre Birger HAGEN et Tore Kristian KVIEN. Why Do Patients with Chronic Musculoskeletal Disorders Consult their Primary Care Physicians? *Current Opinion in Rheumatology*, vol. 14, n° 2, March 2002, p. 104-108.

UNITED STATES JOINT AND BONES DECADE (USJBD). *The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States*, Rosemont (IL.), American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), 2008, 247 p.

WALKER-BONE Karen, Elaine DENNISON, et Cyrus COOPER. *Osteoporosis*. In : *Epidemiology of the Rheumatic Diseases* 2nd Ed, SILMAN, Alan J., et Marc C. HOCHBERG, éditeurs, Oxford University Press, 2001, 382 p.

WILKINS, Kathryn. Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids, *Statistique Canada - Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 1, janvier 2004, p. 43-54.

WILLIAMS, J., et E. BADLEY, éditeurs. *Patterns of Health Care in Ontario: Arthritis and Related Conditions. An ICES practice atlas*, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1998, 190 p.

WISE, B. L., J. NIU, Y. ZHANG, N. WANG, J. M. JORDAN, E. CHOY et D. J. HUNTER. Psychological Factors and Their Relation to Osteoarthritis Pain, *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 18, n° 7, July 2010, p. 883-887.

WOOLF, Anthony D. The Bone and Joint Decade 2000-2010, *Annals of Rheumatic Disease*, vol. 59, n° 2, 2000, p. 81-82.

WOOLF, Anthony D., et Bruce PFLEGER. Burden of Major Musculoskeletal Conditions, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 9, 2003, p. 646-656.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millenium*, Genève, WHO Technical Report Series 919, World Health Organization, 2003, 228 p.





ANNEXE 1

Taux standardisés d'hospitalisation (2006-2007 à 2008-2009) selon le sexe, MMS, arthrite et dorsalgie, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec (pour 100 000 personnes)

	D'Autray	Joliette	Matawinie	Montcalm	RLS Lanaudière- Nord	L'Assomption	Les Moulins	RLS Lanaudière- Sud	Lanaudière	Le Québec
MMS										
Femmes	325,2 -	397,9	336,7	327,7 -	353,3 -	361,9	367,8	365,3	357,3 -	379,4
Hommes	338,2	358,9	346,2	348,7	353,2	333,6 -	359,7	349,0	347,1 -	367,6
Arthrite										
Femmes	211,1	242,1	191,0 -	216,3	216,5 -	236,9	234,1	236,1	225,5 -	247,2
Hommes	206,1	224,9	222,6	198,3	216,6	221,6	238,9	232,1	221,4 -	233,8
Dorsalgie										
Femmes	54,2	57,4	66,2	48,6	57,8	55,7	44,6 -	50,7 -	53,4 -	60,4
Hommes	59,6	49,1	65,6	66,4	59,8	44,9 -	47,9 -	47,2 -	53,2 -	59,9

Note : Les taux inscrits en surbrillance sont statistiquement inférieurs (-) à ceux du Québec avec un niveau de confiance à 95 %. Le fait d'établir une différence significative entre deux taux résulte de la comparaison entre les intervalles de confiance des rapports de taux standardisés.

Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2008-2009.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie, avril 2005 et juin 2007.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2010.

† Tiré du SYLIA, Service de surveillance, recherche et évaluation.



Conception, analyse et rédaction

Abdoul Aziz Gbaya
Agent de planification,
de programmation et de recherche

**Extraction, traitement des données
et graphiques**

Christine Garand
Josée Payette
Techniciennes en recherche psychosociale

**Collaborateurs à la série *Les maladies chroniques
dans Lanaudière***

André Guillemette
Louise Lemire
Marie-Eve Simoneau

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

ASSS de Lanaudière :

- DRAMU : Marguerite Paiement
- DSPE : Christine Chevalier
France Lussier
Laurent Marcoux
Geneviève Marquis
Louis-Georges Perreault
Jean-Pierre Trépanier

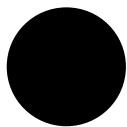
Dépôt légal

Premier trimestre 2011
ISBN : 978-2-923685-90-8 (version imprimée)
978-2-923685-91-5 (version PDF)
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au :
www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA sous l'onglet *Nos publications*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non
commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra
porter la source suivante :

GBAYA, Abdoul Aziz, Christine GARAND et Josée PAYETTE (coll.)
Les maladies musculosquelettiques. Les maladies chroniques dans Lanaudière,
Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction
de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et
évaluation, février 2011, 36 pages.



Source : Istockphoto