



Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes

Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report



Auteurs:

Gillian A. Hawker, MD, MSc

Elizabeth M. Badley, MSc, DPhil

Susan Jaglal, BSc, MSc, PhD

Sheila Dunn, MD, MSc, CCFP(EM), FCFP

Ruth Croxford, MSc

Beatrix Ko, Bsc

Naushaba Degani, PhD

Arlene S. Bierman MD, MS, FRCPC

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

Pour ce chapitre:

Hawker GA, Badley EM, Jaglal S, Dunn S, Croxford R, Ko B, Degani N, Bierman AS. Troubles Musculosquelettiques. Dans: Bierman AS, rédacteur. Projet d'élaboration du Rapport base sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes: Volume 2: Toronto; 2010.

© 2010 l'Hôpital St. Michael, et l'Institut de recherche en services de santé



QUESTION TRAITÉE

Les troubles musculosquelettiques sont des maladies qui affectent les os, les ligaments, les tendons, les muscles et les articulations. Ils limitent le fonctionnement physique, provoquent beaucoup de douleur et de souffrance et sont la cause première d'invalidité dans la population ontarienne. Le coût qu'ils imposent à notre système de santé et à la société est, par conséquent, faramineux. Les femmes développent l'arthrose et des maladies autoimmunes, y compris l'arthrite inflammatoire, plus souvent que les hommes. Comme la ménopause entraîne une accélération de la perte osseuse, les femmes sont plus susceptibles de développer l'ostéoporose et de souffrir de fractures subséquentes à un traumatisme léger. Pour la plupart des troubles musculosquelettiques, le nombre de personnes affectées et la gravité des maladies connexes sont également plus élevés dans certains sous-groupes raciaux ou ethniques (dans les populations autochtones en particulier) et chez les femmes et les hommes dont le revenu et le niveau de scolarité sont plus bas.

Bien que l'incidence des troubles musculosquelettiques soit élevée et qu'ils aient un impact considérable et de plus en plus grand sur la population, ils ont relativement peu retenu l'attention des professionnels de la santé et des responsables des politiques en matière de santé. À ce jour, les troubles musculosquelettiques ne sont pas explicitement intégrés dans la stratégie ontarienne de gestion des maladies chroniques et ne sont habituellement pas pris en considération dans la planification des services de santé pour les maladies chroniques. La prévention et la gestion d'autres maladies chroniques répandues telles que le diabète et les maladies du cœur ne peuvent toutefois pas être optimales si la présence de troubles musculosquelettiques non traités empêche la personne d'être physiquement active pour être plus en forme et perdre du poids.

Jusqu'à maintenant en Ontario, deux troubles musculosquelettiques ont été ciblés pour des interventions d'amélioration de la qualité : le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose (Stratégie ontarienne de lutte contre l'ostéoporose du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario) et les temps d'attente pour le remplacement de la hanche et du genou (Stratégie ontarienne des temps d'attente). Nous espérons que ce rapport élargira la réponse à cet important problème de santé publique. Nous devons élaborer des stratégies visant à réduire le fardeau des troubles musculosquelettiques en Ontario. Ces stratégies doivent améliorer l'accès à la promotion de la santé, à un diagnostic approprié et hâtif, et à des soins et services donnés au moment requis. Si de telles stratégies ne sont pas élaborées et mises en oeuvre très bientôt, on prévoit qu'à long terme, les troubles musculosquelettiques imposeront une charge encore plus lourde au système de santé et continueront d'avoir un impact négatif sur la vie d'un grand nombre de gens.

Le chapitre sur les troubles musculosquelettiques est divisé en quatre sections :

- ◆ **Indicateurs généraux**
- ◆ **Arthrose**
- ◆ **Arthrite rhumatoïde**
- ◆ **Ostéoporose**

Dans la première section, nous présentons les **indicateurs généraux** de troubles musculosquelettiques chez les Ontariennes et les Ontariens. Ces indicateurs sont l'état de santé et les capacités fonctionnelles (y compris la présence d'autres maladies chroniques et possiblement de dépression, la restriction des activités, la participation au marché du travail et le surpoids ou l'obésité) ainsi que l'accès aux services et leur utilisation (y compris l'utilisation de multiples médicaments contre la douleur, les soins primaires, les soins spécialisés, les professions paramédicales, les services à domicile et l'accès à une assurance-médicaments pour les adultes âgés de moins de 65 ans). Dans les trois autres sections, nous examinons les causes premières de morbidité de trois troubles musculosquelettiques : **l'arthrose, l'arthrite rhumatoïde et l'ostéoporose**. Nous faisons état d'indicateurs qui évaluent la prévalence de ces maladies, leur sévérité, leur traitement (y compris le remplacement articulaire total chez les patients atteints d'arthrose et l'utilisation de médicaments antirhumatismaux à action lente et d'agents biologiques pour l'arthrite rhumatoïde), le dépistage en vue de la prévention primaire et secondaire de l'ostéoporose, et les résultats, y compris la mortalité après une fracture de la hanche.

MESSAGES CLÉS

Nous avons examiné les troubles musculosquelettiques dans la province, et particulièrement les variations selon le genre, le statut socioéconomique et le lieu de résidence du fardeau de ces maladies et, si c'était possible, le rendement du système de santé. Contrairement à beaucoup d'autres maladies chroniques qui affectent les Ontariennes et les Ontariens, il existe relativement peu d'indicateurs du rendement du système de santé pour les troubles musculosquelettiques que l'on peut mesurer à l'aide des données actuelles en Ontario.

Nos constatations mettent en lumière un certain nombre de champs d'intervention et de points à améliorer. Pour un grand nombre d'indicateurs, nous avons relevé des variations considérables selon le genre, le statut socioéconomique et le lieu de résidence rural ou urbain. Il est important que les RLISS tiennent compte de ces constatations dans leurs activités d'établissement des priorités, de planification et d'amélioration de la qualité. Les cinq mesures suivantes peuvent réduire plus rapidement le fardeau des troubles musculosquelettiques, améliorer plus rapidement les résultats pour la santé chez les personnes atteintes de ces troubles et réduire les iniquités en matière de santé qui s'y rattachent. Pour que ces mesures réussissent, nous devons prendre en considération les différences selon le genre et le statut socioéconomique qui ont été relevées pour l'incidence, la prévalence et le fardeau des troubles musculosquelettiques, de l'expérience que les personnes atteintes de ces troubles ont vécue en matière de soins, ainsi que du contexte social dans lequel vivent les femmes et les hommes atteints de ces troubles.

Mettre l'accent davantage sur la prévention et la promotion de la santé afin de réduire le fardeau des troubles musculosquelettiques.

- ❖ Plusieurs facteurs de risque sont communs aux troubles musculosquelettiques et à d'autres maladies chroniques courantes. On pense, par exemple, au régime alimentaire, au surpoids ou à l'obésité, et au mode de vie sédentaire. Nous devons adopter une approche à la prévention des maladies chroniques qui met en valeur les avantages qu'il y a à modifier les facteurs de risque pour prévenir les troubles musculosquelettiques et réduire la morbidité et les restrictions fonctionnelles qui s'y rattachent.
- ❖ Les stratégies de promotion de la santé axées sur l'activité et le maintien d'un poids santé, y compris celles dans lesquelles l'augmentation de l'activité physique représente une composante importante de la gestion d'une maladie chronique courante, doivent également tenir compte de la prévalence élevée d'arthrite de la hanche et du genou, qui peut empêcher les patients de suivre les recommandations qui leur sont données à l'égard de l'exercice.

La mise en œuvre à grande échelle d'une méthode de gestion des maladies chroniques axée sur le patient pourrait aider à améliorer la qualité de vie et les résultats pour la santé des femmes et des hommes atteints de troubles musculosquelettiques.

- ❖ Le fait qu'un grand nombre de personnes atteintes de troubles musculosquelettiques (surtout d'arthrose) souffrent également d'autres maladies chroniques (dépression, diabète et maladies cardiovasculaires) a des implications pour la gestion et les résultats de chacune de ces maladies. L'autogestion, l'une des pierres angulaires de la gestion de toutes les maladies chroniques, s'est avérée efficace pour réduire la dépression et accroître l'activité physique chez les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques et d'autres maladies chroniques. Si nous voulons optimiser les résultats pour les patients, nous devons utiliser davantage des modèles d'autogestion des maladies chroniques.
- ❖ L'autogestion des maladies chroniques doit également tenir compte de la prévalence élevée de comorbidités chez les Ontariennes et les Ontariens plus âgés. Pour la gestion des maladies chroniques, nous devons adopter une approche plus centrée sur le patient qui reconnaît la prévalence élevée de troubles musculosquelettiques chez les personnes atteintes d'autres maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiaques.

Mettre l'accent davantage sur le diagnostic et le traitement précoces des personnes atteintes d'arthrite inflammatoire, et particulièrement d'arthrite rhumatoïde, afin de réduire l'invalidité causée par ces troubles.

- ❖ L'arthrite rhumatoïde et les autres formes d'arthrite inflammatoire affectent de 1 à 2 pour cent de la population ontarienne, et frappent le plus durement les femmes en âge de procréer. De nombreuses études ont clairement démontré que l'instauration de traitements efficaces aux antirhumatismes à action lente dans les premiers mois au cours desquels les symptômes se déclarent peut modifier considérablement le risque d'invalidité à long terme et améliorer la qualité de vie de ces personnes. Nous devons adopter des stratégies de sensibilisation à l'arthrite et nous assurer que les personnes possiblement atteintes d'arthrite inflammatoire soient recommandées à temps à un rhumatologue pour recevoir un diagnostic et un traitement.

Pour réduire les manques persistants de soins, nous avons besoin du soutien continu de la Stratégie ontarienne de lutte contre l'ostéoporose.

- ❖ Les manques de soins persistent dans la gestion de l'ostéoporose à la suite d'une fracture de fragilité osseuse, ainsi qu'au niveau du dépistage et du diagnostic. Le taux de fractures subséquentes à un traumatisme léger varie considérablement parmi les RLISS et selon le revenu, les taux les plus élevés étant remarqués dans les quartiers à faible revenu. Le suivi pour l'ostéoporose après une fracture n'est pas optimal. Seulement le quart des adultes ont subi un test de densité osseuse pour vérifier l'ostéoporose après une fracture. Le pourcentage d'adultes qui ont été placés dans un établissement de soins de longue durée après avoir subi une fracture de la hanche varie considérablement d'un RLISS à l'autre, ce qui nous porte à croire qu'il est possible de réduire ces taux.
- ❖ Les deux tiers des adultes âgés de 66 ans et plus qui avaient subi une nouvelle fracture n'ont pas subi de tests ou n'ont pas été traités pour l'ostéoporose. De plus, chez les adultes plus âgés (68 à 70 ans) qui n'ont pas testé de densité osseuse auparavant, seulement 45 pour cent des femmes et neuf pour cent des hommes s'étaient soumis au dépistage à l'aide de tests de densité osseuse. Le pourcentage d'adultes admissibles qui se sont soumis au dépistage variait considérablement selon le RLISS et selon le revenu du quartier.

Améliorer la qualité, la disponibilité et l'actualité des données permettant d'évaluer les troubles musculosquelettiques et leur traitement en Ontario.

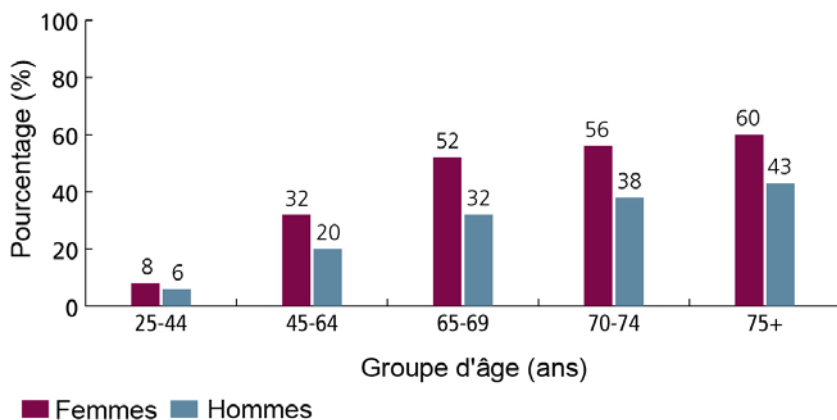
- ❖ La gestion des troubles musculosquelettiques se fait surtout dans un contexte ambulatoire. Par conséquent, il nous manque des données de grande qualité sur ces troubles. Nous avons besoin de données meilleures et plus complètes sur la gestion de ces troubles effectuée dans les soins primaires et les soins ambulatoires. Nous avons besoin d'effectuer des études de validation afin d'évaluer l'exactitude des codes diagnostiques actuels pour les troubles musculosquelettiques. Nous devons surveiller davantage l'utilisation des médicaments d'ordonnance chez les personnes plus jeunes afin d'évaluer la qualité des soins donnés pour de nombreux troubles musculosquelettiques, et pour l'arthrite inflammatoire en particulier. Dans le cas de l'ostéoporose, on ne peut pas évaluer adéquatement la qualité des soins sans connaître les résultats des tests de densité osseuse.

CONSTATATIONS CLÉS

Les troubles musculosquelettiques sont une cause importante de douleur et d'invalidité en Ontario. Ils affectent le tiers de la population. Dans ce chapitre, nous avons concentré notre attention sur les troubles musculosquelettiques qui représentent des causes importantes de morbidité et de mortalité chez les Ontariennes, c'est-à-dire l'arthrose, l'arthrite rhumatoïde et l'ostéoporose. Environ les deux tiers du fardeau des troubles musculosquelettiques sont attribuables à l'arthrose, un trouble répandu qui est souvent traité de façon sous-optimale.

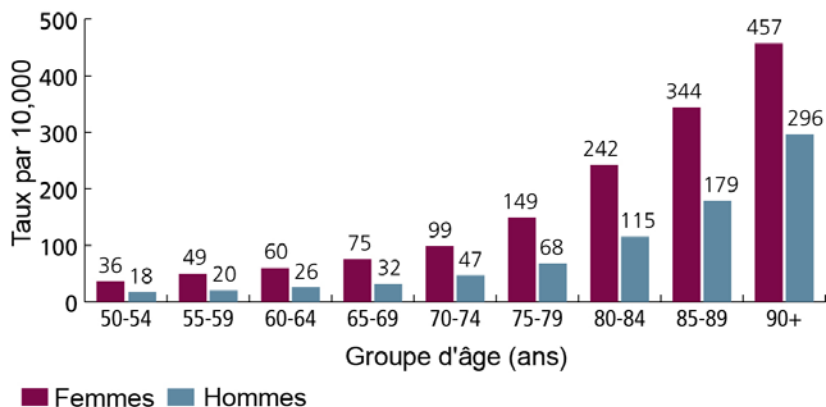
Le fardeau des troubles musculosquelettiques est le plus lourd chez les femmes âgées, surtout celles dont le niveau de scolarité et le revenu sont bas. Tous les indicateurs de la prévalence et de la gravité des maladies font ressortir que les troubles musculosquelettiques imposent un fardeau plus lourd chez les femmes que chez les hommes et que ce fardeau est plus grand avec l'âge (**Figures 1 et 2**). Bien que ces différences témoignent d'une différence dans le risque de développer des troubles musculosquelettiques (p. ex., en raison de facteurs de risque présents au travail ou d'autres facteurs de risque comme l'obésité), ainsi que d'une plus grande sévérité des maladies, les disparités observées sont probablement attribuables aussi aux différences de disponibilité des soutiens sociaux et aux iniquités dans la qualité des services de santé selon le genre et le statut socioéconomique.

Figure 1 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus qui ont l'arthrite ou rhumatisme^A, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2005



SOURCE DE DONNÉES: l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2005 cycle 3.1
^ADiagnostic médical d'arthrite ou de rhumatisme, à l'exclusion de la fibromyalgie

Figure 2 | Taux de fractures subséquentes à un traumatisme léger^A (taux 10,000) parmi des adultes âgés de 50 ans et plus, par sexe et par groupe d'âge, en Ontario, 2007/08



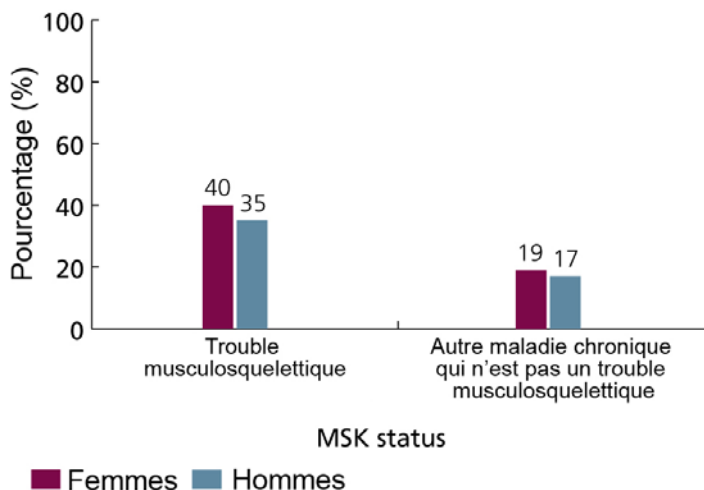
SOURCES DE DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

^A Les fractures subséquentes à un traumatisme léger attribuables à l'ostéoporose incluent les fractures de la hanche, de la colonne vertébrale (côtes, sternum, vertèbres thoraciques et lombaires), du poignet et de l'avant-bras, de l'épaule et du bras

Les troubles musculosquelettiques se retrouvent souvent en présence d'autres maladies chroniques.

Les personnes atteintes d'autres maladies chroniques répandues telles que le diabète et les maladies du cœur ont de fortes chances 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 les facteurs de risque communs à toutes ces maladies (en l'occurrence le régime alimentaire, le surpoids ou l'obésité et le mode de vie sédentaire) contribuent au taux élevé de comorbidités que l'on retrouve chez les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques. Parmi ces personnes, le taux de comorbidités est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (**Figure 3**). Toutefois, on sous-estime grandement l'impact qu'ont les troubles musculosquelettiques sur le traitement des comorbidités. Par exemple, les diabétiques ont probablement de la difficulté à faire de l'exercice et à perdre du poids s'ils souffrent de la douleur de l'arthrite de la hanche ou du genou. Inversement, ces comorbidités nuisent aussi au traitement convenable des troubles musculosquelettiques. Par exemple, il n'est pas prudent de prendre des anti-inflammatoires non stéroïdiens en présence d'hypertension. Cette constatation a des implications pour la stratégie ontarienne de gestion des maladies chroniques et fait ressortir la nécessité d'avoir des modèles de prévention et de gestion des maladies chroniques axés sur le patient. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de multiples troubles de santé est appelé à augmenter et ces personnes auront vraisemblablement un trouble musculosquelettique coexistant, ce qui compliquera encore plus la gestion de leurs maladies chroniques. Ces constatations font ressortir le besoin urgent de mettre en œuvre une stratégie globale de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Figure 3 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus qui atteintes d'une maladie chronique qui ont dit avoir au moins une autre maladie chronique diagnostiquée* par un professionnel de la santé chez les personnes ayant un trouble musculosquelettique ou non^ par sexe, en Ontario, 2005 et 2007



SOURCE DE DONNÉES: l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2005 (cycle 3.1) et 2007

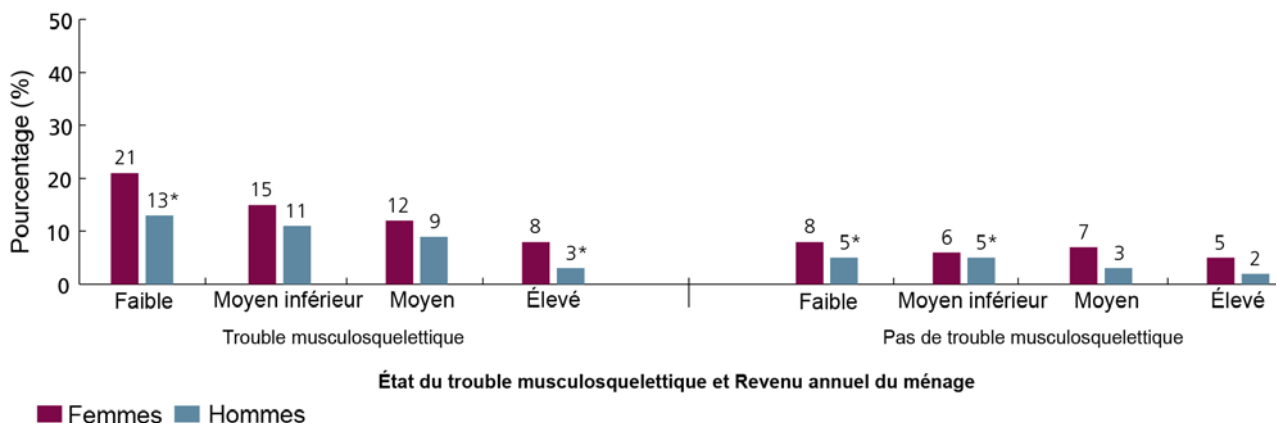
^ Les personnes atteintes d'un trouble musculosquelettique incluent les personnes ayant un diagnostic médical d'arthrite, de rhumatisme et/ou de dorsalgie

¥ Les maladies chroniques incluses dans les analyses sont les suivantes : maladie d'Alzheimer et autres démences; maladies intestinales, maladie de Crohn ou colite ulcéreuse; incontinence urinaire; cancer; maladies du cœur; accident cérébrovasculaire; diabète (non gestationnel) ou utilisation d'insuline; ou emphysème, asthme ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Les troubles musculosquelettiques s'accompagnent de taux élevés de dépression. Dix pour cent des personnes atteintes de troubles musculosquelettiques étaient probablement atteintes de dépression, ce taux étant plus élevé chez les femmes que chez les hommes (**Figure 4**) et parmi les personnes ayant un revenu bas plutôt qu'élevé, si bien que 21 pour cent des femmes à faible revenu atteintes de troubles musculosquelettiques étaient probablement aussi atteintes de dépression. Cette constatation est préoccupante parce que les études démontrent que la dépression comorbide nuit aux résultats du traitement et accroît l'utilisation des services de santé. Pour les personnes atteintes d'arthrose douloureuse, la dépression concomitante est associée avec une douleur et une invalidité plus grandes et des résultats encore pires après le remplacement du genou. Dans d'autres maladies chroniques, la dépression comorbide entraîne une moins grande adhérence aux traitements

efficaces contre la douleur et lorsque ces interventions sont utilisées, la dépression réduit l'efficacité de ces traitements. Par conséquent, la reconnaissance et le traitement de la dépression comorbide présentent la possibilité d'améliorer les résultats chez les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques. Par ailleurs, les troubles de santé mentale semblent ne pas être suffisamment reconnus et, par conséquent, sont sous-traités chez les adultes plus âgés, qui forment la population la plus affectée par les troubles musculosquelettiques.

Figure 4 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus qui probablement atteintes de dépression[‡] parmi celles qui ont ou n'ont pas de trouble musculosquelettique[^], par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario, 2000/01



SOURCE DE DONNÉES: l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2000/01 (cycle 1.1)

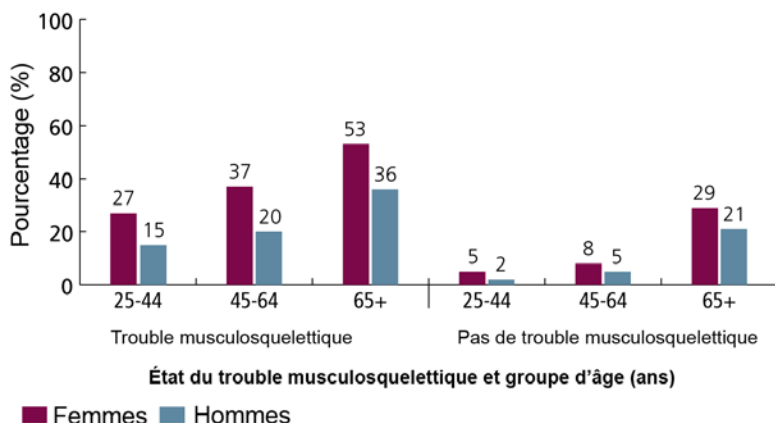
[‡] Résultat de >0,9 du Composite International Diagnostic Interview, forme abrégée pour la dépression majeure

* Fondé sur des valeurs qui devraient être interprétées avec prudence

Les troubles musculosquelettiques ont plus d'impact sur l'invalidité que toute autre maladie chronique.

Comparées aux Ontariennes et aux Ontariens qui ont déclaré avoir une maladie chronique mais non pas de troubles musculosquelettiques, les personnes atteintes d'un trouble musculosquelettique étaient plus susceptibles de déclarer avoir des restrictions modérées à sévère de leurs activités. Comme c'était le cas des autres indicateurs, l'impact est plus grand chez les femmes plus âgées; 53 pour cent des femmes âgées de 65 ans et plus qui sont atteintes de troubles musculosquelettiques ont dit avoir une capacité limitée de poursuivre leurs activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que faire des courses, préparer des repas ou prendre un bain (Figure 5). Ces restrictions diminuent la capacité de travailler, entraînent des dépenses plus élevées pour obtenir les soins d'aidants professionnels ou naturels, limitent la mobilité au point d'entraîner une perte d'autonomie et mènent au besoin d'obtenir des soins de longue durée. Ce fardeau supplémentaire attribuable aux troubles musculosquelettiques fait ressortir non seulement la nature de ces troubles, mais aussi le fait qu'ils sont relativement sous-gérés (les études révèlent que ces troubles sont traitables et trop peu reconnus) et qu'il existe des obstacles à leur gestion (p. ex., le manque de compétences des médecins pour examiner les troubles musculosquelettiques). Tout particulièrement, les études suggèrent que l'exercice et l'optimisation de la gestion de la douleur chez ces personnes pourraient réduire considérablement l'invalidité causée par les troubles musculosquelettiques dans notre population.

Figure 5 | Pourcentage d'adultes âgés de 25 ans et plus ayant déclaré être limités dans leurs activités à cause de la douleur ou de l'inconfort, parmi les personnes ayant ou non un trouble musculosquelettique[^] par sexe et groupe d'âge, en Ontario, 2005



SOURCE DE DONNÉES: l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2005 (cycle 3.1)

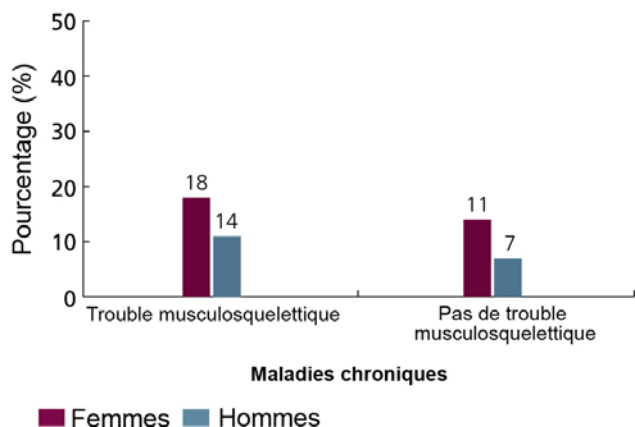
[^] Les personnes atteintes d'un trouble musculosquelettique incluent les personnes ayant un diagnostic médical d'arthrite, de rhumatisme et/ou de dorsalgie

Les troubles musculosquelettiques donnent lieu à une plus grande utilisation de multiples médicaments pour la douleur.

Nous avons constaté que 16 pour cent des adultes atteints de troubles musculosquelettiques utilisaient au moins deux types de médicaments servant à gérer les symptômes de la douleur, y compris des analgésiques (non narcotiques et narcotiques) ou des antidépresseurs, ou les deux, comparé à seulement 9 pour cent des adultes atteints d'une autre maladie chronique (**Figure 6**). Cette constatation suggère que la population atteinte de troubles musculosquelettiques est plus à risque de connaître des événements iatrogènes médicamenteux donnant lieu à l'hospitalisation et au décès. Il n'est sans doute pas surprenant que la plus grande consommation de multiples médicaments pour la douleur se retrouve chez les femmes atteintes de troubles musculosquelettiques (18 pour cent), chez qui le risque de dépression comorbide est le plus élevé et qui sont le plus durement frappées par la gravité de la maladie. Nous avons également noté que l'usage déclaré de médicaments diminue avec l'âge.

Les études suggèrent que cette diminution n'est pas attribuable à une réduction du besoin, mais plutôt à une prévalence plus marquée d'autres maladies exigeant que les traitements pharmacologiques pour les troubles musculosquelettiques soient utilisés avec prudence, et au fait que les médecins ne se sentent pas à l'aise de traiter ces cas complexes. À l'heure actuelle, il n'existe aucune ligne directrice de gestion des troubles musculosquelettiques en présence d'autres maladies chroniques chez les adultes plus âgés. Selon nous, cette lacune doit être comblée.

Figure 6 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 25 ans et plus qui atteintes d'une maladie chronique qui ont déclaré avoir pris deux types de médicaments ou plus au cours du dernier mois[‡] parmi les personnes atteintes ou non d'un trouble musculosquelettique[^], par sexe, en Ontario, 200/01



SOURCE DE DONNÉES: l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2000/01

[^] Les personnes atteintes d'un trouble musculosquelettique incluent les personnes ayant un diagnostic médical d'arthrite, de rhumatisme et/ou de dorsalgie

[‡] Les médicaments incluent des analgésiques (narcotiques ou non narcotiques) et/ou des antidépresseurs

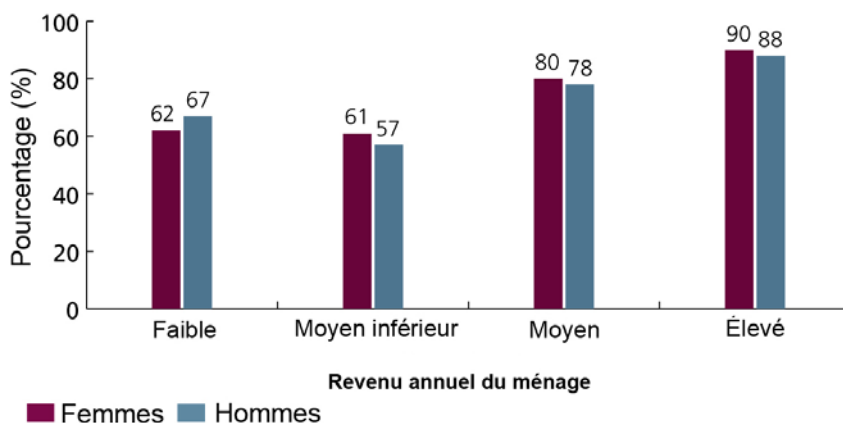
Les services des professionnels paramédicaux sont sous-utilisés pour les troubles

musculosquelettiques. La physiothérapie et la soin de chiropraxie font partie intégrante de la gestion de la plupart des troubles musculosquelettiques. Nos résultats indiquent toutefois, tout comme ceux des études précédentes, que ces thérapies sont sous-utilisées. Seulement 15 pour cent des adultes atteints d'un trouble musculosquelettique ont déclaré avoir consulté un physiothérapeute au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Bien que le nombre de personnes ayant consulté un physiothérapeute au moins une fois dans leur vie soit plus élevé, nous constatons qu'il y a néanmoins une lacune importante à ce niveau. La sous-utilisation des services de professionnels paramédicaux pour des troubles musculosquelettiques peut être due au coût des services (beaucoup de services offerts par ces professionnels de la santé ne sont pas couverts par le régime provincial), ainsi qu'au fait que le rôle de ces professionnels dans la gestion des troubles musculosquelettiques n'est pas suffisamment apprécié. Le fait que les personnes ayant un revenu plus élevé utilisent les services de ces professionnels davantage signifie vraisemblablement que ces sous-groupes ont meilleur accès à ces services. Bien que le taux d'utilisation réel des services des professionnels paramédicaux ne soit pas établi clairement, l'élaboration et la mise en oeuvre de lignes directrices d'utilisation des services de ces professionnels, ainsi que des mécanismes pour rendre ces services plus accessibles lorsqu'ils sont nécessaires pourraient améliorer les soins et, de ce fait, les résultats pour la santé chez les personnes ayant des troubles musculosquelettiques.

Un adulte atteint de troubles musculosquelettiques sur cinq n'a pas d'assurance-médicaments.

La gestion médicale de la plupart des troubles musculosquelettiques fait appel à l'utilisation d'agents pharmacologiques pour réduire la douleur et l'inflammation. Pour l'arthrite inflammatoire en particulier, les thérapies médicamenteuses recommandées coûtent cher. Les sondages ont révélé que, pour les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire, le manque d'assurance-médicaments couvrant les antirhumatismaux à action lente (ARAL) ou les agents biologiques, dont le prix est élevé, représentent un obstacle majeur à la gestion efficace et en temps utiles de ces troubles. Cette constatation est particulièrement inquiétante si l'on tient compte du fait que la proportion d'adultes n'ayant pas d'assurance-médicaments est plus élevée dans le groupe dont le revenu annuel du ménage est le plus bas, chez qui la maladie impose le plus lourd fardeau – et donc le plus grand besoin de médicaments (Figure 7). Seulement 64 pour cent des adultes ayant un faible revenu qui sont atteints de troubles musculosquelettiques ont déclaré avoir d'assurance-médicaments).

Figure 7 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés 25-64 ans qui ont un trouble musculosquelettique qui avaient d'assurance-médicaments, par sexe et par revenu annuel du ménage, en Ontario, 2005



SOURCE DE DONNÉES: L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2005, (Cycle 3.1)

^ Les personnes atteintes d'un trouble musculosquelettique incluent les personnes ayant un diagnostic médical d'arthrite, de rhumatisme et/ou de dorsalgie

Les temps d'attente pour le remplacement de la hanche ou du genou sont maintenant plus courts, mais ont besoin d'être réduits encore plus. L'arthrose est le trouble musculosquelettique le plus répandu et la cause de la vaste majorité des remplacements de la hanche et du genou à l'heure actuelle. Le remplacement de hanche ou du genou attribuable à l'arthrose avancée s'est avéré un moyen efficace et économique de soulager la douleur et de réduire l'invalidité. Les temps d'attente pour ces interventions en Ontario ont toutefois été qualifiés d'inacceptables par le passé. En 2001, environ 20 pour cent des patients attendaient plus d'un an pour leur premier remplacement de la hanche, et près de 30 pour cent de patients attendaient un an également pour le premier remplacement du genou. Le remplacement de la hanche et du genou aide les gens à retourner au travail et à reprendre leur vie en main : la nécessité d'avoir des stratégies de réduction des temps d'attente inacceptables avait alors été reconnue. En 2004, l'Ontario a lancé sa stratégie des temps d'attente pour le remplacement de la hanche et du genou, et établi le temps d'attente à six mois. En 2004, moins de la moitié des patients avaient eu un remplacement non urgent de la hanche ou du genou dans une période de six mois. Depuis, les temps d'attente se sont améliorés. En 2007-2008, 64 pour cent des patients ont eu un remplacement de la hanche et 54 pour cent un remplacement du genou dans un délai de six mois. Le rapport de 2010 sur le système de santé de l'Ontario publié par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) fait état d'une amélioration continue et graduelle jusqu'en octobre 2009, mais de nombreuses Ontariennes et Ontariens attendent encore trop longtemps pour obtenir un remplacement de la hanche et du genou. La bonne nouvelle, c'est que les temps d'attente sont les mêmes selon le sexe ou le revenu. Bien que cette constatation soit encourageante, il est important de souligner que les estimations des temps d'attente sont basées sur la période allant du dernier rendez-vous chez le chirurgien orthopédiste jusqu'à la date de l'intervention chirurgicale. À l'heure actuelle, nous n'avons aucun moyen de déterminer la date à laquelle la décision de procéder à l'intervention a été prise par le patient et le médecin. D'ici à ce que nous puissions recueillir ce renseignement et le rendre disponible d'une manière standardisée, nous ne saurons pas avec certitude si les investissements faits pour améliorer l'accès aux remplacements articulaires ont vraiment produit les résultats attendus.

Les taux de remplacements articulaires fondés sur les données administratives nous révèlent qui a reçu les soins, mais pas ceux qui ne les a pas reçus. Il est également important de souligner que, bien que la stratégie des temps d'attente pour le remplacement de la hanche ou du genou ait réduit les temps d'attente pour les personnes qui obtiennent l'intervention, nous n'avons jusqu'à présent aucune preuve que depuis que cette intervention chirurgicale est plus accessible, les iniquités au niveau de l'accès à cette intervention sont moins grandes. Lorsque nous utilisons uniquement les données administratives, il est impossible d'identifier les personnes qui avaient besoin de cette intervention mais à qui l'intervention n'a pas été offerte, ou de contrôler les effets des préférences des patients en matière de soins (c.-à-d. leur volonté d'envisager l'intervention). Pour pallier ces lacunes, nous avons utilisé les données recueillies au moyen de la cohorte ontarienne sur l'arthrose de la hanche et du genou. Nous avons constaté que les femmes, surtout celles dont le niveau de scolarité et le

revenu sont bas étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes, surtout ceux dont le statut socioéconomique était plus élevé, d'avoir besoin de l'intervention. Pour ce qui est de la volonté d'envisager cette intervention chirurgicale, les résultats sont les mêmes pour les femmes et les hommes, si bien que le contrôle des préférences en matière de soins n'a pas considérablement modifié la constatation selon laquelle les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin d'un remplacement de la hanche ou du genou mais ne se sont pas vu proposer de subir cette intervention. Toutefois, la volonté d'envisager un remplacement de la hanche ou du genou était moins grande chez les personnes moins éduquées ou dont le revenu annuel était plus bas. Les études suggèrent que la principale raison à la source de ces différences est que les personnes d'un statut économique plus bas sont plus enclines à surestimer les risques et à sous-estimer les avantages des remplacements articulaires. Par conséquent, après avoir contrôlé l'élément volonté, on constate que le besoin non satisfait du remplacement de la hanche ou du genou est plus élevé chez les personnes mieux éduquées ou dont le revenu est plus élevé. Prises ensemble, ces constatations sont préoccupantes. Les données font clairement ressortir des iniquités au niveau de cette intervention très efficace. Les études subséquentes ont mis en lumière la nécessité de faire de l'éducation et d'améliorer la communication patient-médecin afin de redresser ces perceptions fautives des remplacements articulaires et du fait même, la volonté d'envisager d'avoir ces interventions, ainsi que la nécessité de réduire les disparités fondées sur le genre ou sur le statut socioéconomique qui persiste chez les personnes pouvant bénéficier de cette chirurgie.

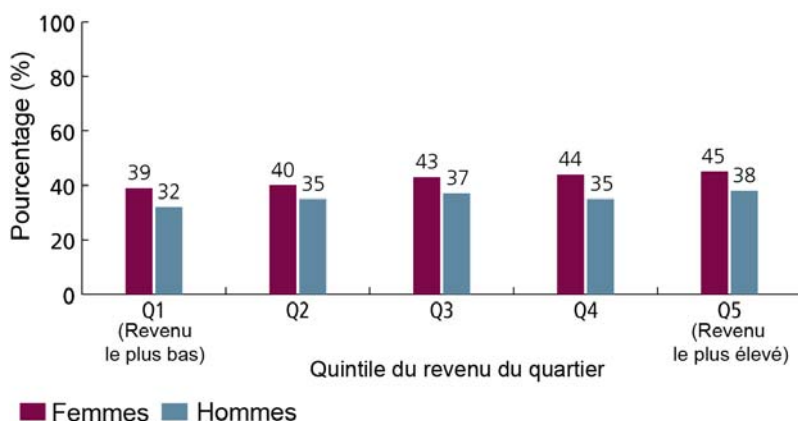
Les taux d'aiguillage vers des services de réadaptation après le remplacement total de la hanche ou du genou varient considérablement. Parmi les patients capables de retourner à la maison, certaines données démontrent que les résultats de la réadaptation en établissement ne sont pas supérieurs à ceux de la réadaptation à domicile après l'intervention chirurgicale. Toutefois, en l'absence de lignes directrices régissant le congé après l'opération, nous avons constaté que la proportion de patients aiguillés vers un centre de réadaptation à la suite du premier remplacement de la hanche ou du genou varie considérablement selon le RLISS. Cette variation reflète probablement un certain nombre de facteurs, y compris la disponibilité des lits de réadaptation en établissement ainsi que les pratiques des chirurgiens ou des hôpitaux. Encore une fois, on ne sait pas exactement ce qui constitue un taux élevé. Nous n'avons pu établir aucun lien entre cet indicateur et le revenu ou le niveau de scolarité des patients. Toutefois, comme on peut s'attendre à ce que le besoin augmente chez les personnes ayant un niveau de scolarité ou un revenu plus bas, l'absence d'un gradient pourrait témoigner d'une surutilisation des services de réadaptation par les patients dont le statut socioéconomique est plus élevé.

Les personnes ayant un niveau de scolarité ou un revenu plus bas souffrent davantage de dorsalgie. Bien qu'aucune différence selon le genre n'ait été observée pour la dorsalgie, la prévalence du mal de dos est, par contre, assez fortement associée avec le revenu, le groupe le plus affecté étant celui des femmes et des hommes à faible revenu (qui, à quelque 28 pour cent, ont déclaré avoir un diagnostic de mal de dos). De plus, la plus forte augmentation de la prévalence se retrouve dans le groupe d'âge moyen (45 à 64 ans). Ces deux constatations rejoignent le risque plus élevé de mal de dos que certains métiers et professions physiquement exigeants comportent, surtout ceux qui exigent de soulever des objets lourds, ainsi que les taux élevés d'invalidité professionnelle causée, dans ce groupe d'âge, par le mal de dos.

L'arthrite rhumatoïde est un trouble musculosquelettique grave qui est insuffisamment traité en Ontario. La forme d'arthrite inflammatoire la plus courante est l'arthrite rhumatoïde, une maladie auto-immune systémique qui affecte approximativement deux fois plus de femmes que d'hommes et dont les taux de morbidité et de mortalité sont considérablement élevés. À l'aide d'un algorithme pour les données administratives, nous avons estimé qu'environ 1 pour cent des Ontariennes et des Ontariens âgés de 25 ans et plus étaient atteints d'arthrite rhumatoïde et que le taux chez les femmes étaient deux fois plus élevé que celui des hommes. La prévalence de l'arthrite rhumatoïde varie parmi les RLISS, les taux les plus élevés étant enregistrés dans le nord-ouest de la province. Cette constatation est sans doute liée au fait bien connu que la prévalence de l'arthrite rhumatoïde est plus élevée dans la population autochtone du Canada; l'incidence d'arthrite rhumatoïde est de jusqu'à deux fois et demie plus élevée dans les communautés autochtones vivant hors réserve que chez les Canadiens non autochtones. Malgré tout, l'arthrite, en tant que problème de santé important chez les Autochtones, ne reçoit que peu d'attention.

Les lignes directrices applicables au diagnostic et au traitement de l'arthrite rhumatoïde recommandent d'instaurer le plus tôt possible un traitement aux médicaments immunosuppresseurs afin de prévenir la destruction des articulations menant à l'invalidité. Ces médicaments ont toutefois des effets indésirables non négligeables et exigent une surveillance régulière. Plusieurs médecins de soins primaires ne sont pas à l'aise de les prescrire. Pour cette raison, on recommande que les patients possiblement atteints d'arthrite rhumatoïde soient recommandés à un spécialiste, plus spécifiquement à un rhumatologue, qui confirmera le diagnostic et instaurera un traitement fondé sur des données probantes. Environ un pour cent des Ontariennes et des Ontariens ont de l'arthrite rhumatoïde et de ce groupe, seulement 40 pour cent ont consulté un spécialiste au cours d'une période de 12 mois (42 pour cent de femmes contre 35 pour cent d'hommes), ce qui dénote d'un important manque de soins dans ce groupe. La proportion de ces personnes qui avaient consulté un spécialiste était plus élevée chez les gens vivant dans des quartiers à revenu élevé, ce qui pourrait signifier que ce groupe connaît mieux les traitements et les exige davantage, et qu'il existe des iniquités au niveau des soins et de l'accès aux soins chez les populations défavorisées (**Figure 8**).

Figure 8 | Pourcentage rajusté selon l'âge d'adultes de 25 ans et plus atteints d'arthrite rhumatoïde qui avaient été vus par un spécialiste[^] au cours d'une période d'un an par sexe et par quintile de revenu du quartier, en Ontario, 2005/06

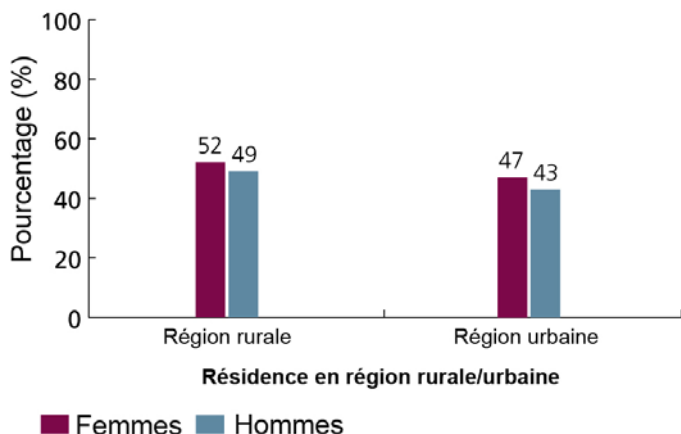


SOURCES DE DONNÉES: Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé; Le recensement de Statistique Canada de 2006; Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

[^] Les spécialistes incluent les rhumatologues, les chirurgiens orthopédiques, les internistes généraux et les physiatres

En l'absence de renseignements disponibles sur la prise de médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées de moins de 65 ans, nous avons établi la proportion de patients atteints d'arthrite rhumatoïde qui suivaient des traitements de première ligne uniquement chez les bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario; moins de la moitié de ces personnes recevaient un traitement efficace pour l'arthrite rhumatoïde. Il est difficile d'interpréter ces constatations. Comme la rémission de cette maladie n'est pas rare, il est possible que ces faibles taux d'utilisation de médicaments d'ordonnance signifient que l'arthrite rhumatoïde est insuffisamment traitée. Fait intéressant, bien que le recours aux soins d'un spécialiste pour l'arthrite rhumatoïde ait été plus élevé dans les régions urbaines que dans les régions rurales, (**Figure 9**) probablement parce que les gens des villes ont accès davantage aux soins de spécialistes, la proportion de personnes recevant les médicaments appropriés était, en réalité, plus élevée chez les personnes vivant dans une région rurale. Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que, chez les personnes recommandées à un spécialiste pour un traitement de l'arthrite rhumatoïde, la gravité de la maladie et, de ce fait, le besoin de traitement étaient considérablement plus élevés que dans les régions rurales que dans les régions urbaines (c.-à-d. que le seuil de recommandations à un spécialiste est plus élevé chez les médecins des régions rurales que chez ceux des régions urbaines, où il y a plus de spécialistes). Malheureusement, les données administratives sur la santé ne nous permettent pas de tirer de conclusions sur la gravité de la maladie.

Figure 9 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 65 ans et plus qui atteintes d'arthrite rhumatoïde qui ont fait remplir une ordonnance de médicament antirhumatismal à action lente (ARAL) ou d'agent biologique^ par sexe et selon le lieu de résidence en région rurale/urbaine, en Ontario, 2005/06



SOURCES DE DONNÉES: Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé; la base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO); Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

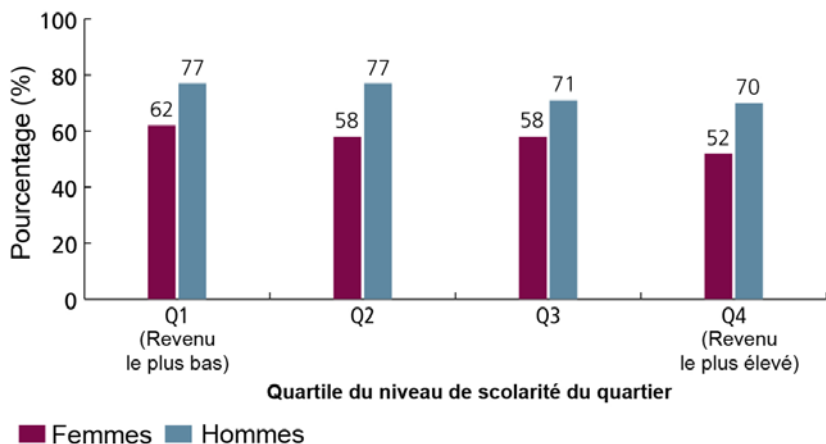
Nous avons grand besoin de données sur les populations plus jeunes afin d'évaluer les taux d'utilisation de médicaments après un diagnostic, le moment où le traitement est instauré et les effets indésirables. Il nous faut également résoudre le problème du nombre insuffisant de rhumatologues pour traiter le nombre grandissant de personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde. Si les médecins de soins primaires avaient plus de capacité de suivre ces personnes une fois le diagnostic posé et le traitement instauré, nous pourrions mieux prendre soin des patients atteints d'arthrite inflammatoire. Pour atteindre cet objectif, nous pourrions adopter des modèles dans lesquels les spécialistes et les médecins de soins primaires se partagent le soin des patients, et utiliser des moyens technologiques tels que la Télémédecine pour rendre les services des spécialistes plus accessibles.

Il existe encore un manque important de soins pour l'ostéoporose. L'ostéoporose est un trouble musculosquelettique très répandu qui affecte surtout les femmes et les hommes plus âgés et qui se caractérise par un risque accru de fractures. Au cours des 20 dernières années, un certain nombre d'études ont relevé le manque de soins pour les personnes atteintes d'ostéoporose. Soucieux de répondre à la demande grandissante de soins pour les fractures liées à l'ostéoporose, le ministère de la Santé des Soins de longue durée de l'Ontario a lancé la Stratégie ontarienne de lutte contre l'ostéoporose. Cette stratégie à multiples volets cible des interventions s'adressant aux personnes qui ont subi une fracture, puisqu'elles présentent un risque particulièrement élevé de subir une autre fracture; il existe des traitements efficaces, et les seuils-repères pour évaluer la qualité des soins après une fracture ont déjà été établis. Le risque de fracture est attribuable à un certain nombre de facteurs, y compris l'âge avancé, les chutes, certaines maladies et une faible densité minérale osseuse (DMO). Les taux de fractures sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, ces facteurs de risque étant plus présents chez les femmes. Dans ce chapitre, nous nous sommes penchés sur un certain nombre d'indicateurs de la qualité des soins pour l'ostéoporose. Globalement, nous avons constaté un manque persistant de soins.

Seulement l'un tiers des hommes et des femmes qui avaient eu une fracture subséquente à un traumatisme léger avaient reçu, dans l'année suivante, un test de densité osseuse pour évaluer une faible masse osseuse, ou une prescription pour la prise d'un agent efficace de prévention de la perte de tissu osseux. Contrairement à d'autres indicateurs dans ce chapitre, le manque de soins pour l'ostéoporose est plus grand chez les hommes que chez les femmes; des gradients semblables du milieu urbain ou rural et du statut socioéconomique persistent, les pires soins ayant été relevés dans les groupes au statut socioéconomique plus bas et dans les régions rurales. Un certain nombre d'obstacles à des soins convenables ont été relevés et font l'objet d'interventions énergiques. On pense, par exemple, au manque de connaissances du lien qui existe entre les fractures et l'ostéoporose, à la tendance à se fier uniquement aux résultats des tests de densité osseuse pour déterminer le traitement (alors qu'il est recommandé d'utiliser une évaluation globale du risque de fracture qui tient compte d'un certain nombre

de facteurs de risque), et la sous-reconnaissance du fait que les hommes sont eux aussi à risque d'être affectés par l'ostéoporose et de subir des fractures. De plus, comme d'autres études précédentes l'ont démontré, chez les personnes qui avaient commencé un traitement, le taux de persistance à continuer de suivre un traitement efficace est relativement bas; seulement 38 pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus continuaient de prendre leurs médicaments un an après la première ordonnance. Ce fait est préoccupant parce que pour produire des résultats optimaux, le traitement médicamenteux doit être observé de près. La non-adhérence au traitement a été associée au fait que les patients sont incapables de « ressentir » les effets des médicaments (la perte ou le gain de densité osseuse sont imperceptibles) ainsi qu'au fait que ces médicaments ont des effets secondaires considérables (Figure 10).

Figure 10 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés de 66 ans et plus qui n'ont eu ni test de densité osseuse, ni traitement à l'aide d'un médicament d'ordonnance[‡] dans l'année suivant le congé après une fracture subséquente à un traumatisme léger[^] par sexe et quartile du niveau de scolarité du quartier, en Ontario, 2007/08



SOURCES DE DONNÉES: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); la base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO); Le recensement de Statistique Canada de 2006

[^]L'échantillon se limite aux adultes qui avaient subi une fracture subséquente à un traumatisme léger (fractures de la hanche, de la colonne vertébrale (côtes, sternum, vertèbres thoraciques et lombaires), du poignet et de l'avant-bras, de l'épaule et du bras), qui étaient vivants un an après le congé et qui n'avaient pas fait remplir d'ordonnance de médicament pour l'ostéoporose ou qui avaient eu un test de densité osseuse dans les douze mois précédant leur fracture

L'ÉTUDE

Les indicateurs dont nous rendons compte sont le résultat d'un processus de sélection rigoureux prévoyant l'étude poussée des ouvrages scientifiques sur les indicateurs actuels et incluant les commentaires et le consentement d'experts dans le domaine (voir le chapitre 1 – Introduction à l'Étude POWER). Les indicateurs adoptés ont été identifiés à de nombreuses sources, y compris les suivantes : Statistique Canada; l'Institut canadien d'information sur la santé; Santé Canada; l'Association of Public Health Epidemiologists of Ontario; le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes; l'Institut de recherche en services de santé; l'American College of Rheumatology; l'Arthritis Foundation; l'American Academy of Orthopaedic Surgeons, Physician Consortium for Performance Improvement; la Joint Commission; le National Committee for Quality Assurance; Public Health Research Education et Development et l'Australian Institute of Health and Welfare. Beaucoup de ces indicateurs sont très utilisés pour mesurer la qualité des soins. Nous prenons ces rapports comme points de départ et y incorporons une analyse selon le genre et l'équité (voir le chapitre 2 – Le cadre de l'Étude POWER). Cette analyse est importante parce que les maladies, l'invalidité et la mortalité présentent des tendances différentes chez les femmes et chez les hommes. Les femmes et les hommes vivent également dans des contextes sociaux différents et ont des expériences différentes des services de santé qui, combinées avec les différences biologiques, contribuent à produire les différences observées selon le genre dans le domaine de la santé. De plus, les iniquités bien documentées en matière de santé entre les hommes et les femmes qui sont attribuables à des facteurs sociodémographiques présentent également des différences dans le fardeau de la maladie entre des sous-groupes de femmes, et ces différences sont encore plus marquées que celles qui existent entre les femmes et les hommes.

Les données utilisées pour produire ce chapitre proviennent de plusieurs sources, dont les suivantes : l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2001/01 (Cycle 1.1); 2005 (Cycle 3.1) et 2007; la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; la base de données du Programme de médicaments de l'Ontario; l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP), données sur les demandes de règlement des médecins; le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); les données provenant de la cohorte ontarienne sur l'arthrose de la hanche/du genou; la base de données sur les personnes inscrites (BDPI); la base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS); et le recensement de 2006 de Statistique Canada. Les données sur les indicateurs généraux ont tout d'abord été stratifiées selon le sexe, puis stratifiées à nouveau selon des variables socioéconomiques, y compris le revenu annuel du ménage, le niveau de scolarité, l'âge, l'ethnicité, le nombre d'années depuis l'immigration et le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS). Ces données ont été analysées dans la mesure où la grandeur de l'échantillon le permettait. Les indicateurs sur la santé et les capacités fonctionnelles ont été mesurés chez les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques et chez des personnes qui n'ont pas ces troubles et chez qui d'autres maladies chroniques étaient soit présentes, soit absentes. Les données sur les soins cliniques et les résultats ont également été stratifiées selon le sexe, puis stratifiées à nouveau selon l'âge, le revenu du quartier, le niveau de scolarité du quartier et le RLISS. Elles ont ensuite été analysées si la taille de l'échantillon le permettait. Les données provenant de la cohorte ontarienne sur l'arthrose de la hanche et du genou ont été stratifiées selon l'âge, le revenu, le niveau de scolarité et le milieu rural ou urbain. Les rajustements de l'âge ont été effectués à l'aide de la méthode de la standardisation indirecte et les données ont été normalisées en fonction de la population atteinte de troubles musculosquelettiques.