

Stratégie nationale Maladies musculo-squelettiques (2017-2022)

Version longue



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Impressum

Stratégie nationale « Maladies musculo-squelettiques » 2017-2022

Élaboration et publication par la Ligue suisse contre le rhumatisme (LSR)

Rédaction Franz Stämpfli (Président), Valérie Krafft (Directrice),
Simone Engel (Responsable du projet)

Auteure principale Simone Engel, Dr phil.

Co-auteurs (par ordre alphabétique) Lic. iur. René Bräm, Dr méd. Thomas Langenegger,
Dr phil. Peter Oesch et Prof. Dr méd. Thomas Stoll

Avec la collaboration particulière de (par ordre alphabétique) Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE),
Association Suisse de Physiothérapie (physioswiss), Conférence suisse des directrices et
directeurs cantonaux de la santé (CDS), Office fédéral de la santé publique (OFSP), Société Suisse
d'Orthopédie et de Traumatologie (swiss orthopaedics) et la Société Suisse de Rhumatologie (SSR)

Date de publication Août 2017

Versions Version courte en français, en allemand et en italien,
version longue en français et en allemand

Révision Katrin Bleil (Ligue suisse contre le rhumatisme)

Traduction Five Office Ltd, 8620 Wetzikon, www.five.ch

Mise en page Christoph Senn, 8004 Zürich, www.senn.studio

Un soin tout particulier a été mis à employer une formulation neutre en termes de genre.
Les formes y relatives ont été favorisées dans ce texte. Les concepts choisis sont a priori valables
pour les deux genres, par souci d'égalité de traitement.

Informations Ligue suisse contre le rhumatisme, Josefstrasse 92, 8005 Zurich,
www.ligues-rhumatisme.ch, info@rheumaliga.ch

Sommaire

Avant-propos 4

Résumé 6

Introduction 7

1 Bases 9

- 1.1 Description des maladies fréquentes 9
- 1.2 Conséquences des maladies musculo-squelettiques 15
- 1.3 Facteurs de risque et mesures de prévention 19
- 1.4 Prise en charge médicale 23
- 1.5 Diagnostic et traitement 25
- 1.6 Importance économique 28

2 Stratégie 30

- 2.1 Contexte 30
- 2.2 Processus d'élaboration 30
- 2.3 Vision et objectif principal de la stratégie 31
- 2.4 Recoupements 32
- 2.5 Champs d'action 33
 - Champs d'action A : prévention et dépistage précoce 34
 - Champ d'action B : prise en charge et soins 38
 - Champ d'action C : recherche et formation 43
- 2.6 Mise en œuvre 46

3 Annexe 47

- 3.1 Liste des figures 47
- 3.2 Abréviations 47
- 3.3 Glossaire 48
- 3.4 Composition du groupe d'experts 50
- 3.5 Personnes interviewées 50
- 3.6 Participants à la consultation 51
- 3.7 Références 52

Avant-propos

En Suisse, pas moins de deux millions de personnes sont atteintes d'une maladie de l'appareil locomoteur. Cette appellation regroupe plus de 200 affections musculo-squelettiques du type arthrose, arthrite, ostéoporose, mal de dos ou rhumatisme des parties molles. Il s'agit pour la plupart de maladies chroniques d'origine génétique qui s'étendent sur des années, voire des décennies. Il est néanmoins possible de les prévenir, ou du moins de freiner leur évolution, en observant une bonne hygiène de vie : bouger suffisamment, se nourrir correctement, éviter de fumer et de boire de l'alcool ou encore adopter des gestes ergonomiques.

Les maladies musculo-squelettiques sont très pénibles pour les personnes concernées et leurs proches. Elles grèvent aussi considérablement le système de santé et, plus généralement, l'ensemble de l'économie, les personnes malades et les proches qui les soignent ne pouvant par exemple tout simplement pas travailler. La stratégie nationale de la Ligue suisse contre le rhumatisme et de ses partenaires pose un cadre, définit des priorités et facilite la coordination entre les différents acteurs. Elle complète la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) mise en place par la Confédération, les cantons et Promotion Santé Suisse.

La Stratégie nationale contre les troubles musculo-squelettiques (2017-2022) contribuera à améliorer encore notre système de santé, et donc la qualité de vie en Suisse. En faisant sien le vieux dicton : « Mieux vaut prévenir que guérir ! »



Alain Berset

Conseiller fédéral, chef du Département
fédéral de l'intérieur



Thomas Heiniger

Conseiller d'État du canton de Zurich,
président de la Conférence suisse des directrices
et directeurs cantonaux de la santé

Avant-propos

Pour de nombreuses personnes, le rhumatisme serait une maladie autonome qui ne toucherait que les représentants de la génération la plus âgée de notre société. La vérité est en fait que les maladies rhumatismales et les maladies musculo-squelettiques comprennent un grand nombre d'affections que l'on peut sommairement répartir entre arthrose, douleurs dorsales, ostéoporose, arthrite ou rhumatisme des parties molles. Ces maladies touchent des personnes de tous âges, même les enfants et les adolescents. Certaines de ces maladies musculo-squelettiques peuvent en outre être qualifiées de problèmes de santé publique. Cette fréquence de survenue élevée génère des coûts importants pour notre système de santé.

Pour les personnes concernées, les conséquences d'une maladie musculo-squelettique sont importantes : elles souffrent fréquemment de douleurs et de limitations fonctionnelles de l'ensemble de l'appareil locomoteur. Ces maladies évoluent le plus souvent de manière chronique, avec pour conséquence que les personnes concernées dépendent leur vie durant d'un système de santé efficace. Leur qualité de vie peut également être affectée par des limitations de leur aptitude à travailler ou de leur vie sociale. Et, dans certains cas, la maladie peut même être à l'origine d'une espérance de vie plus courte.

Outre les répercussions sociales liées aux maladies musculo-squelettiques, ce sont précisément ces conséquences personnelles pour les sujets concernés et leurs proches, qui sont souvent eux-aussi soumis au fardeau de la maladie, qui occupent une place centrale au sein de la présente stratégie. Cette dernière vise d'une part à promouvoir la compréhension des maladies musculo-squelettiques et, d'autre part, à fournir aux différents acteurs intervenant dans ce domaine des éléments qui permettent le développement de mesures contribuant à améliorer la situation des personnes concernées et de leurs proches.

La Ligue suisse contre le rhumatisme a pu compter, lors de l'élaboration de cette stratégie, sur le précieux soutien de ses différents partenaires. Cette concertation et cette coopération seront également nécessaires dans le cadre de la mise en œuvre des divers projets issus de cette stratégie. La Ligue suisse contre le rhumatisme souhaite désormais faire progresser cette mise en œuvre au cours des années à venir dans le but de fournir ainsi une contribution substantielle au soutien optimal des personnes concernées et de leur entourage.

Franz Stämpfli

Président de la Ligue suisse contre le rhumatisme

Valérie Krafft

Directrice de la Ligue suisse contre le rhumatisme



Résumé

Le terme « Maladies musculo-squelettiques » englobe plus de 200 formes de pathologies différentes, qui se décrivent à l'aide des cinq groupes d'« Maladies » que sont l'arthrose, l'arthrite, le rhumatisme des parties molles, l'ostéoporose et les douleurs dorsales. Ces affections se manifestent par des douleurs et une atteinte des capacités fonctionnelles corporelles, elles ont un impact sur la qualité de vie, sur la vie professionnelle ainsi que sur les activités de loisirs et ont un effet sur la participation à la vie sociale des personnes qui en sont atteintes. Les Maladies musculo-squelettiques sont extrêmement répandues en Suisse, et leur fréquence augmentera encore à l'avenir en raison du développement démographique. En parallèle, les maladies musculo-squelettiques provoquent des coûts directs et indirects très élevés pour le système suisse de santé publique.

Les maladies musculo-squelettiques ont été prises en considération dans l'élaboration de la stratégie nationale de « prévention des maladies non transmissibles » (stratégie MNT), au même titre que le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies des voies respiratoires. Cette stratégie a été élaborée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Elle vise à être une stratégie transversale, notamment de promotion de la santé et de prévention primaire. Il faut noter qu'en complément de cette stratégie MNT, des stratégies spécifiques à chaque maladie ont été développées.

La présente stratégie 2017-2022 est spécifique aux maladies musculo-squelettiques. Sans omettre les domaines de prévention primaire et secondaire, elle se focalise sur les activités découlant du domaine du traitement et des soins aux personnes qui sont atteintes d'une affection musculo-squelettique.

Le processus, initié et mené par la Ligue suisse contre le rhumatisme, a été simple et participatif. Il a permis de déterminer des champs d'action, des secteurs et des mesures nécessaires (voir la figure ci-dessous). Ces derniers doivent offrir aux différents acteurs une possibilité de s'orienter afin d'obtenir un soutien pour prévenir les maladies musculo-squelettiques et afin d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes.

Champ d'action A : Prévention et dépistage précoce

A1	Prévention	A2	Dépistage précoce
----	------------	----	-------------------

Champ d'action B : Prise en charge et soins

B1	Médecine curative	B2	Autogestion de la maladie (empowerment)
----	-------------------	----	---

Champ d'action C : Recherche et formation

C1	Recherche	C2	Formation
----	-----------	----	-----------

La stratégie comprend un ensemble de mesures qui doivent être classées par ordre de priorité et différenciées dans le cadre de sa mise en œuvre à partir de 2017. De même, certaines questions restent ouvertes en ce qui concerne les ressources financières et humaines ainsi qu'en ce qui concerne l'attention à accorder à la coordination optimale avec les autres stratégies spécifiques aux maladies ou la stratégie MNT.

Introduction

Le terme « maladies musculo-squelettiques » est un terme générique regroupant différentes pathologies inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur.¹

Dans le présent document, le terme « maladies musculo-squelettiques » est employé pour désigner plus de 200 formes de pathologies différentes, qui se décrivent à l'aide des cinq groupes de maladies que sont l'arthrose, l'arthrite, le rhumatisme des parties molles, l'ostéoporose et les douleurs dorsales. Ces cinq groupes de maladies sont décrits en détail ci-dessous. Les maladies musculo-squelettiques regroupent d'une part les douleurs qui résultent de la maladie et, d'autre part, les atteintes que la maladie provoque sur les capacités fonctionnelles corporelles. Les causes, l'apparition et le développement ainsi que les symptômes et l'évolution des diverses maladies peuvent toutefois être très différents d'une pathologie à l'autre.²

Les maladies musculo-squelettiques sont extrêmement répandues au sein de la population suisse : d'après l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), près de 50 % des personnes âgées de 50 ans et plus étaient atteintes d'au moins une maladie chronique en 2010-2011, et, dans 20,1 % des cas, il s'agissait principalement d'arthrose ou d'maladies rhumatismales³. L'ostéoporose, figurant également parmi les maladies musculo-squelettiques, se trouve en sixième position sur la liste des maladies les plus fréquentes (6% de la population). De nombreuses personnes souffrent de douleurs dorsales. Ces maux comptent parmi les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés en Suisse.⁴ Les maladies musculo-squelettiques sont des pathologies à prévalence élevée et ont des répercussions étendues sur l'individu et la société : les douleurs et les restrictions des capacités fonctionnelles de l'appareil locomoteur diminuent la qualité de vie des personnes affectées, ont des conséquences sur la vie professionnelle ainsi que sur les activités de loisirs, et induisent donc un impact sur la participation à la vie sociale des personnes affectées de façon homogène dans tous les secteurs de la vie. De plus, les maladies musculo-squelettiques provoquent des coûts directs et indirects très élevés pour le système suisse de santé publique.⁵

C'est la raison pour laquelle les maladies musculo-squelettiques doivent être reconnues comme un problème de santé publique. Le traitement et les soins adéquats représenteront également un grand défi futur pour tous les acteurs impliqués. En effet, non seulement les changements démographiques avec l'augmentation associée du nombre de personnes de plus en plus âgées, mais également les modifications de notre mode de vie font que le fardeau que représentent les maladies musculo-squelettiques va encore augmenter dans les années qui viennent.⁶

Malgré le fait que les maladies musculo-squelettiques ne fassent pas partie du plan d'action global 2013-2020 de l'OMS en faveur de la prévention et du contrôle de maladies non transmissibles au même titre que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies des voies respiratoires chroniques et le diabète⁷, l'importance des maladies musculo-squelettiques a été reconnue en Suisse. Ces dernières ont été incluses au niveau national par la Confédération et les cantons dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie nationale intitulée « Prévention des maladies non

1 Fuchs et al. (2013), p. 678.

2 Bühling et al. (2000), p. 80.

3 Le terme « affections rhumatismales » est employé comme terme générique et n'est pas défini plus précisément.

4 Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 31.

5 Wieser et al. (2014), pp. 100-103.

6 Svedbom et al. (2014), pp. 6-7.

7 World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases and Mental Health. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 : informations consultées le 15.02.2016 sur : www.who.int/nmh/publications/en.

transmissibles » (stratégie MNT)⁸. Cette stratégie nationale, qui résulte de l'agenda « Santé 2020 »⁹ du Conseil fédéral et qui a été approuvée au printemps 2016 par le dialogue « Politique nationale de la santé » et par le Conseil fédéral, a pour but de renforcer et d'encourager les activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des cancers, du diabète, des maladies cardiovasculaires, des maladies des voies respiratoires et des maladies musculo-squelettiques.

La présente stratégie est spécifique aux maladies musculo-squelettiques. Sans omettre les domaines de prévention primaire et secondaire, elle se focalise sur les activités découlant du domaine du traitement et des soins aux personnes qui sont atteintes d'une affection musculo-squelettique (prévention tertiaire). Elle a été mise au point pour compléter la stratégie MNT, en accord avec l'OFSP et la CDS. La mise au point d'une stratégie « Maladies musculo-squelettiques » a pour but de garantir l'orientation stratégique des activités dans les domaines du dépistage précoce et de la prévention des facteurs de risque (prévention secondaire) ainsi que dans le secteur de la prise en charge, des soins et du traitement des patients affectés (prévention tertiaire). Afin d'atteindre ces buts, un cadre opérationnel doit être défini pour le domaine des maladies musculo-squelettiques. Ce cadre opérationnel doit indiquer à tous les acteurs impliqués comment contribuer à prévenir les maladies musculo-squelettiques, comment améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes et comment organiser de manière efficace l'utilisation qui est actuellement faite des ressources. Les personnes atteintes par ces maladies sont au cœur de la stratégie.

Le document présentant la stratégie s'adresse à tous les acteurs du domaine des maladies musculo-squelettiques et à toutes les personnes intéressées désirant se procurer un aperçu général de cette thématique et des mesures stratégiques qu'il est possible de prendre. Dans son premier chapitre, la stratégie présente un aperçu général de la situation des maladies musculo-squelettiques en Suisse. Les différentes maladies, leur prévalence et leurs conséquences y sont décrites. Ce chapitre indique les facteurs de risque présents pour telle ou telle maladie, ainsi que les mesures de prévention pouvant éventuellement être prises. Parfois, peu d'éléments sont connus en ce qui concerne les soins médicaux, c'est-à-dire le recours aux différentes prestations de soins disponibles en Suisse. Le document essaie toutefois de décrire ce qu'il en est pour les maladies musculo-squelettiques et d'approfondir en même temps plus particulièrement les questions relatives au diagnostic et au traitement des maladies musculo-squelettiques. Ce chapitre portant sur les bases s'achève par des informations quant à l'importance économique de ces maladies.

Le deuxième chapitre traite de la stratégie à proprement parler : les trois premières sections livrent des informations sur le contexte, sur le processus d'élaboration de la stratégie ainsi que sur la vision et l'objectif principal de la stratégie. La partie centrale du document de stratégie se compose des champs d'action qui sont traités en détails dans la section 2.5. Le deuxième chapitre s'achève sur des informations relatives à la mise en œuvre de la stratégie.

⁸ Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024. Consultée le 07.09.2016 sur : <https://www.bag.admin.ch>

⁹ Santé 2020. Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral. Consultée le 07.09.2016 sur : <https://www.bag.admin.ch>

1 Bases

1.1 Description des maladies fréquentes

Le terme « maladies musculo-squelettiques » se fonde majoritairement sur le treizième chapitre (chapitre M) de la publication de l'OMS intitulée International Classification of Disease (ICD). Le terme de maladies musculo-squelettiques peut être défini comme

« ...maladies qui attaquent l'appareil locomoteur (muscles, enveloppes musculaires, tendons, gaines des tendons, bourses séreuses, ligaments, os, etc.), qui provoquent des douleurs, qui induisent des restrictions de la mobilité et qui sont susceptibles d'affecter également des organes internes (cœur, poumons, foie, etc.) ». ¹⁰

Afin de faciliter la compréhension de ces maladies, la Ligue suisse contre le rhumatisme et la Société suisse de rhumatologie ont cherché en 2006 déjà un moyen simple de les systématiser. Un consensus a été trouvé pour les classer dans les 5 catégories suivantes :

Arthrose¹¹

Arthrite

- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew)
- Arthrite psoriasique
- Arthrite juvénile idiopathique
- Goutte
- Chondrocalcinose (ou pseudo-goutte)
- Syndrome de Gougerot-Sjögren
- Lupus érythémateux disséminé¹²
- Sclérodermie
- Etc.¹³

Rhumatisme des parties molles

- Syndrome de fibromyalgie
- Formes locales (p. ex. tendinopathies, tendovaginopathies, bursopathies, affections ligamentaires)

Ostéoporose

et maladies des os apparentées :

- Ostéomalacie
- Ostéonécrose
- Ostéogenèse imparfaite (Osteogenesis imperfecta)
- Etc.

Douleurs dorsales

- Douleurs dorsales non spécifiques
- Douleurs dorsales spécifiques¹⁴

¹⁰ Miehle (2007), p. 15.

¹¹ Cette catégorie d'affections inclut non seulement les maladies dégénératives touchant les articulations, mais également celles touchant la colonne vertébrale (p. ex. les atteintes aux disques intervertébraux, aux micro-articulations vertébrales, au canal rachidien ou les troubles de la statique).

¹² Également appelé « Lupus érythémateux systémique ».

¹³ Tenir compte en particulier des arthrites infectieuse et para-infectieuse.

¹⁴ Les douleurs dorsales spécifiques peuvent être comprises comme le symptôme d'une affection primaire sous-jacente, par exemple en cas de spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) ou en présence d'une hernie discale.

Le terme « **arthrose** » décrit une dégénérescence du cartilage articulaire. L'arthrose s'observe fréquemment au niveau des genoux (gonarthrose), des hanches (coxarthrose), des articulations des doigts (nodules d'Heberden ou de Bouchard), de l'articulation trapézo-métacarpienne (rhizarthrose ou arthrose de la base du pouce) ou de l'articulation de la base du gros orteil (Hallux rigidus).¹⁵ L'arthrose se manifeste principalement par des douleurs en lien avec la charge appliquée à l'articulation et par des troubles fonctionnels de l'articulation affectée qui peuvent induire des limitations de la mobilité.¹⁶ Dans les cas particuliers de l'arthrose du genou ou de la hanche, lorsque les douleurs sont vives et l'articulation fortement endommagée, la pose d'une prothèse articulaire constitue fréquemment le traitement choisi en dernière instance.¹⁷

De nombreuses publications décrivent l'arthrose comme l'affection articulaire la plus fréquente dans le monde entier. Dans la mesure où la probabilité de souffrir d'arthrose augmente fortement avec l'âge, les taux de prévalence sont souvent répartis par tranche d'âge : une arthrose peut être mise en évidence radiologiquement chez 9 % des sujets âgés de 20 ans, 17 % des sujets âgés de 34 ans, et approximativement 90 % des sujets âgés de 65 ans¹⁸. Cependant, seuls 25 % des sujets atteints d'arthrose mise en évidence radiologiquement rapportent également des troubles cliniques, tels que des douleurs articulaires, des douleurs à la mobilisation, des restrictions de la mobilité, des craquements au niveau de l'articulation ou des faiblesses de préhension.¹⁹ En raison du développement démographique et de l'augmentation de la proportion de personnes âgées et très âgées au sein de la population, on peut s'attendre dans les prochaines décennies à observer une augmentation du nombre de personnes atteintes d'arthrose.²⁰

Le terme « **arthrite** » décrit une inflammation des articulations. La plus importante affection de ce groupe est la polyarthrite rhumatoïde (anciennement appelée polyarthrite chronique). Les cas d'arthrite peuvent cependant également survenir dès l'enfance, le plus fréquemment sous la forme d'arthrite chronique juvénile (idiopathique), qui est expliquée ci-après à titre d'exemple d'arthrite chez l'enfant. Parmi les autres maladies importantes de ce groupe se trouvent les maladies inflammatoires de la colonne vertébrale (spondylarthrites), parmi lesquelles figurent notamment la spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) et l'arthrite psoriasique. Les arthropathies cristallines sont également d'autres maladies fréquentes et comptent, par exemple, parmi elles des maladies comme la goutte ou la chondrocalcinose (anciennement appelée pseudo-goutte). D'autres cas d'arthrites surviennent lors d'maladies rhumatismales, telles que le syndrome de Gougerot-Sjögren ou le lupus érythémateux disséminé. La sclérodermie constitue par ailleurs une autre forme d'affection musculo-squelettique. Les descriptions détaillées ci-dessous ne concernent que les neuf formes d'arthrites les plus importantes. L'exigence d'exhaustivité est réservée aux ouvrages académiques.

- a **La polyarthrite rhumatoïde** : la polyarthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune caractérisée par une inflammation chronique progressive des membranes synoviales. L'atteinte est principalement symétrique et conduit très fréquemment, si elle n'est pas traitée, à une destruction des articulations périphériques (cartilage et os). Une atteinte des tendons, des vaisseaux sanguins et des organes internes est également possible. Cette maladie peut être considérée comme une maladie systémique car l'organisme entier est affecté.²¹ Les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde comprennent des douleurs, une raideur matinale, un gonflement des articulations, des signes de fatigue rapide, une perte de poids et un

¹⁵ Miehle (2007), pp. 35-36.

¹⁶ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 7.

¹⁷ Theiler (2002), p. 560.

¹⁸ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 7 ; Engelhardt (2003), p. 171 ; Theiler (2002), p. 555.

¹⁹ Engelhardt (2003), p. 172.

²⁰ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 7.

²¹ Puchner (2012), p. 25.

sentiment de malaise général.²² Lorsqu'un traitement est instauré de façon précoce, il est aujourd'hui possible d'atteindre un état général dans lequel les douleurs ont disparu (rémission) chez environ 50 % des personnes affectées.²³ Le taux de prévalence de polyarthrite rhumatoïde à l'échelle mondiale se situe entre 0,5 et 1 %.²⁴

- b **La spondylarthrite ankylosante** : la spondylarthrite ankylosante (ou maladie de Bechterew) est une maladie inflammatoire de la colonne vertébrale (et parfois des articulations périphériques) qui fait partie du groupe des spondylarthrites. Les principaux sites atteints par la maladie sont les vertèbres lombaires et les vertèbres thoraciques ainsi que les articulations sacro-iliaques. Cette maladie se manifeste fréquemment par une raideur osseuse progressive de la colonne vertébrale, ce qui peut induire une importante restriction de la mobilité. Cette maladie peut également être à l'origine d'inflammations des tendons, des yeux et de la muqueuse intestinale. Les taux de prévalence de la spondylarthrite ankylosante sont peu cohérents d'une publication à une autre. Il est plausible que ce taux se situe entre 0,5 et 1 %.²⁵
- c **L'arthrite psoriasique** : le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau dont le taux de prévalence est de 2 à 3 %. Si une arthrite apparaît dans le cadre d'un psoriasis ou si elle lui est associée, on parle alors d'« arthrite psoriasique ». L'arthrite psoriasique peut se manifester au niveau des articulations ou de la colonne vertébrale (spondylite). La prévalence de cette affection est comprise entre 0,25 et 0,35 %. Cela signifie que seule une minorité des personnes affectées souffrent de monoarthrite, d'oligoarthrite ou, plus rarement, de polyarthrite. Le spectre de l'arthrite psoriasique s'étend des cas tout à fait bénins à des cas d'arthrites mutilantes.²⁶
- d **L'arthrite chronique juvénile (idiopathique)** : ce terme inclut tout un groupe d'affections inflammatoires des articulations chez l'enfant. La forme de cette maladie qui s'accompagne de fièvre, d'une inflammation du corps entier et fréquemment d'une éruption inflammatoire cutanée (exanthème cutané) est appelée arthrite juvénile idiopathique systémique. D'autres formes de cette maladie présentent un certain degré de similitude avec la polyarthrite rhumatoïde de l'adulte, avec l'arthrite psoriasique ou avec la spondylarthrite ankylosante. Il existe deux types d'arthrite juvénile idiopathique : le type oligoarticulaire (peu d'articulations sont touchées) ou le type polyarticulaire (de nombreuses articulations sont touchées). La prévalence de cette maladie est de 0,1 % chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Dans la mesure où l'arthrite juvénile idiopathique interfère avec la croissance et le développement de l'enfant, les formes sévères de cette maladie peuvent conduire à de lourds handicaps.²⁷
- e **La goutte** : la goutte résulte principalement d'une perturbation héréditaire de l'élimination de l'acide urique (hyperuricémie). Elle est donc *stricto sensu* une maladie métabolique. Elle fait cependant tout de même partie du groupe des maladies rhumatismales car elle affecte l'appareil locomoteur. En cas de goutte, la concentration sanguine d'acide urique est accrue, ce qui conduit à un dépôt de cristaux d'acide urique dans et autour des articulations, à des

22 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), pp. 14-15.

23 Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 9.

24 Lundkvist et al. (2008), p. 49 ; Schneider et al. (2011), p. 2 ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 14.

25 Puchner (2012), pp. 60 s. ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 17.

26 Miehle (2007).

27 Sauvain & Saurenmann (2006), pp. 139-144 ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 20.

inflammations et, en cas de maladie chronique, à la destruction de la membrane interne des articulations. Une crise aiguë de goutte se manifeste par une rougeur, un gonflement et des douleurs massives au niveau de l'articulation atteinte. Il s'agit la plupart du temps de l'articulation de base du gros orteil, mais parfois aussi de l'articulation du genou, de la cheville ou des doigts.²⁸ Une crise aiguë de goutte ne dure la plupart du temps qu'une semaine ou deux et se traite de façon efficace par des médicaments anti-inflammatoires. Suite au traitement, les symptômes disparaissent normalement à nouveau complètement.²⁹ Le taux de prévalence de la goutte dans les pays occidentaux est d'approximativement 3,5 %.³⁰

- f La chondrocalcinose (ou pseudo-goutte) :** la chondrocalcinose (ou pseudo-goutte) est la deuxième forme la plus fréquente d'arthropathie cristalline après la goutte. Le dépôt de cristaux de pyrophosphate de calcium dans les articulations provoque une inflammation de leur membrane interne, principalement au niveau des genoux. La chondrocalcinose survient relativement fréquemment, en particulier chez les personnes âgées. Sa prévalence au sein de la population est de 0,1 %, mais peut passer à quelques pourcents chez les personnes âgées, par exemple chez les plus de 70 ans. La plupart du temps, cette maladie affecte une ou quelques articulations, et les cas où elle touche de nombreuses articulations sont plus rares. Par chance, sa forme destructrice (p. ex. le syndrome de l'épaule de Milwaukee) qui provoque une raideur et une instabilité articulaires est rare. Comme pour la goutte, la mise en évidence de la présence des cristaux typiques dans la charnière de l'articulation est déterminante pour la confirmation du diagnostic de la chondrocalcinose (ou pseudo-goutte).³¹
- g Le syndrome de Gougerot-Sjögren :** en cas de syndrome de Gougerot-Sjögren, une maladie auto-immune chronique, les inflammations et les douleurs articulaires s'accompagnent fréquemment d'inflammations des glandes lacrymales et des glandes salivaires. D'autres muqueuses peuvent également être touchées. En cas d'atteinte buccale, le manque de salive peut rendre la mastication, la déglutition et l'expression orale prolongée plus difficiles, et peut accroître la prédisposition aux caries. Ce faisant, cette maladie affecte aussi d'autres structures corporelles, tout en détruisant du tissu sain nécessaire au bon fonctionnement des glandes lacrymales, sudoripares, bronchiques et pancréatiques.³² En plus de ces symptômes, les personnes atteintes par cette maladie souffrent de fatigue et d'épuisement, ce qui peut représenter un fardeau au quotidien.³³ Dans 90 % des cas de syndrome de Gougerot-Sjögren, la maladie présente une activité faible. Dans les 10 % de cas restants, une forme sévère de la maladie survient. Celle-ci peut alors également atteindre d'autres organes, tels que les poumons, les reins ou le système nerveux.³⁴ Le syndrome de Gougerot-Sjögren est associé à un taux de prévalence compris entre 0,2 et 1 %³⁵ (il est compris entre 0,4 et 1,3 % chez les personnes de moins de 60 ans et peut atteindre jusqu'à 4,8 % chez les sujets âgés de plus de 64 ans)³⁶.

²⁸ Puchner (2012), p. 174.

²⁹ Miehle (2007), p. 101 ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd. 2008), p. 30 ; Puchner (2012), p. 174.

³⁰ Sautner (2012), p. 6.

³¹ Gerster & Moeller (2006), p. 49-54 ; Puchner (2012), pp. 177 s.

³² Miehle (2007), p. 98 ; Deutsche Rheuma-Liga (2010), p. 11.

³³ Deutsche Rheuma-Liga (2010), pp. 12-14.

³⁴ Hermann & Horwath-Winter (2011), p. 72.

³⁵ Deutsche Rheuma-Liga (2010), p. 10.

³⁶ Manthorpe & Manthorpe (2005), p. 30 ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 22.

- h **Le lupus érythémateux disséminé** : cette maladie chronique du système immunitaire se manifeste au niveau de l'appareil locomoteur par des douleurs musculaires et articulaires, qui affectent souvent de façon symétrique les petites articulations de la main et des doigts ou les genoux. Cela a pour conséquence de réduire la mobilité de la personne qui en est atteinte. Normalement, ces inflammations articulaires ne conduisent toutefois pas à une destruction de l'articulation comme c'est le cas par exemple en cas de polyarthrite rhumatoïde. Ces inflammations peuvent en revanche endommager les ligaments, les tendons ou le tissu conjonctif situés à proximité de l'articulation, ce qui peut provoquer un mauvais alignement ou une déformation des articulations. On observe par ailleurs des éruptions cutanées, et en particulier une rougeur en forme d'« ailes de papillon » typique de la maladie apparaissant au niveau du visage.³⁷ Le lupus érythémateux disséminé évolue en règle générale sous forme de poussées qui affectent également divers autres organes (souvent les reins). Son taux de prévalence se situe aux alentours de 20 à 50 personnes malades pour 100 000 habitants.³⁸
- i **La sclérodermie** : la sclérodermie ou sclérose systémique est une maladie auto-immune entraînant une modification de la circulation sanguine ainsi que des processus inflammatoires au niveau des articulations, de la peau et du tissu conjonctif de tous les organes, et s'accompagnant d'une production accrue de matrice extracellulaire. Les symptômes sont un durcissement et un épaissement de la peau au niveau des mains et des pieds, ainsi que fréquemment au niveau des bras, du tronc ou du visage. Outre l'épaississement de la peau, on peut également observer une prolifération du tissu conjonctif des organes internes (souvent localisée au niveau des poumons, de l'œsophage, du tractus gastro-intestinal, et plus rarement au niveau des reins et du cœur) ; en ce sens, il s'agit d'une maladie multi-organique. Le rétrécissement des vaisseaux sanguins et les troubles de la circulation sanguine qui en résultent donnent aux doigts et aux orteils une couleur blanchâtre, bleuâtre, puis rougeâtre (syndrome de Raynaud). Une atteinte des poumons, de l'œsophage ou des articulations conduit respectivement à une détresse respiratoire, des troubles de la déglutition, des brûlures d'estomac, des douleurs articulaires ou des inflammations articulaires.³⁹ La prévalence de la sclérodermie est approximativement de 5 à 20 personnes malades pour 100 000 habitants.⁴⁰

Le **rhumatisme des parties molles** constitue la troisième catégorie d'affections musculo-squelettiques, après l'arthrose et l'arthrite. Le terme « rhumatisme des parties molles » est un concept générique regroupant différentes pathologies se caractérisant par des douleurs des structures molles (non osseuses) de l'appareil locomoteur humain (tendons, ligaments, bourses séreuses, tissu adipeux ou conjonctif). Au sein du groupe des maladies rhumatismales touchant les tissus mous, on distingue d'une part les maladies rhumatismales des tissus mous dont les manifestations sont uniquement locales, et d'autre part une forme généralisée, le syndrome de fibromyalgie. Parmi les maladies rhumatismales des tissus mous d'apparition locale figurent entre autres l'épicondylite, la tendinite ou l'inflammation du tendon rotulien, de l'épine calcanéenne et du tendon d'Achille. Ces formes localisées d'maladies des tissus mous sont souvent causées par des charges inadéquates ou des surcharges.

La forme généralisée du rhumatisme des parties molles, le syndrome de fibromyalgie, se caractérise en revanche par des douleurs chroniques dans tout le corps et peut être accompagnée d'autres symptômes, tels que fatigue, épuisement rapide, sommeil non réparateur, côlon irritable,

³⁷ Miehle (2007), p. 97.

³⁸ Puchner (2012), p. 103.

³⁹ Sandrock (2004). Sklerodermie. Consulté le 15.11.2016 sur : <http://dgrh.de/1677.html>.

⁴⁰ Puchner (2012), p. 114.

humeur dépressive, anxiété ou troubles de la mémoire.⁴¹ Les taux de prévalence du syndrome de fibromyalgie rapportés dans la littérature sont très variables (entre 0,5 et 5 %). On peut en déduire que la fréquence de la maladie est d'environ 0,5 % chez les hommes et se situe aux alentours de 3,5 % chez les femmes.⁴² Le présent document traitera par la suite exclusivement de la forme généralisée du rhumatisme des parties molles.

L'**ostéoporose** est la maladie osseuse survenant le plus fréquemment. Elle provoque une dégradation de la masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture des os. À travers ces mécanismes, l'ostéoporose résulte en une résistance réduite des os aux fractures, ce qui accroît donc le risque de fractures chez les personnes qui en sont atteintes. Des influences externes, même minimes, peuvent ainsi suffire à fracturer un os atteint d'ostéoporose. Les fractures osseuses causées par l'ostéoporose sont fréquentes dans la région des vertèbres, des hanches (ou du fémur) et des bras. L'ostéoporose, ou plus précisément la mise en évidence d'une masse osseuse de densité insuffisante, constitue le facteur prédictif le plus important de risque de fracture chez une personne donnée.⁴³ Les troubles ayant valeur de maladie et la grande importance accordée à l'ostéoporose sont donc dus aux fractures causées par l'ostéoporose. En Suisse, une femme de 50 ans a un risque de 51,3 % de présenter l'une des quatre fractures les plus fréquentes dues à l'ostéoporose (hanche, vertèbre, radius, fémur) au cours du reste de sa vie (risque sur la durée de vie). Chez les hommes, ce risque est de 20,2 %.⁴⁴ Les risques d'ostéoporose et de fracture sont très fortement corrélés à l'âge. De façon analogue au cas de l'arthrose, on peut tabler sur le fait que la prévalence de l'ostéoporose et la prévalence des fractures dues à l'ostéoporose augmenteront à l'avenir, dans la mesure où le vieillissement de la population continuera également à augmenter dans les années à venir.⁴⁵ Hormis l'ostéoporose, il existe aussi des maladies rares qui peuvent provoquer des fractures osseuses fréquentes en raison d'une qualité réduite de l'os, comme l'ostéogénèse imparfaite (*Osteogenesis imperfecta*), « maladie des os de verre »).

Les **douleurs dorsales** peuvent d'une part être différenciées en fonction de leur étiologie ou de leur mécanisme d'apparition : les douleurs dorsales spécifiques, vues comme le symptôme d'une maladie déterminée (par exemple en cas d'affection par la maladie de Bechterew) ou comme une indication d'un mécanisme pathologique ou de l'irritation d'une structure.⁴⁶ Une modification dégénérative de la colonne vertébrale, des disques intervertébraux, des vertèbres ou des petites articulations vertébrales peut en être la cause, par exemple.⁴⁷ Les douleurs dorsales spécifiques doivent être soigneusement distinguées des douleurs dorsales non spécifiques. On parle de douleurs dorsales non spécifiques lorsque celles-ci ne sont pas causées par des modifications structurelles (par exemple de la colonne vertébrale) ou par une maladie sous-jacente, et lorsqu'aucune cause susceptible d'expliquer les troubles ne peut être identifiée par des moyens cliniques. Les douleurs dorsales non spécifiques sont beaucoup plus fréquentes que les douleurs dorsales spécifiques.⁴⁸ Les douleurs dorsales peuvent d'autre part également être différenciées en fonction de leur durée ou de leur évolution : on parle de douleurs dorsales aiguës lorsque ces dernières durent jusqu'à 6 semaines, de douleurs dorsales subaiguës lorsqu'elles durent de 7 à 12 semaines, et de douleurs dorsales chroniques lorsqu'elles durent plus de 12 semaines.⁴⁹

⁴¹ Aeschlimann & Ziswiler (2006), p. 198 ; Aeschlimann et al. (2013), p. 517 ; Miehle (2007), p. 39.

⁴² Aeschlimann et al. (2013).

⁴³ Lippuner (2012), pp. 137-140 ; Fuchs et al. (2013), p. 679.

⁴⁴ Lippuner et al. (2009), p. 1134.

⁴⁵ Meier & Kraenzlin (2013), p. 811.

⁴⁶ Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 35.

⁴⁷ Miehle (2007), p. 15.

⁴⁸ Jooss & Gerfin (2011), p. 3 ; Robert Koch-Institut (éd., 2012), p. 7.

⁴⁹ Robert Koch-Institut (éd., 2012), p. 12.

Les douleurs dorsales sont l'un des problèmes de santé les plus fréquemment rapportés au sein de la population suisse : les statistiques de santé de l'Office fédéral de la statistique datant de 2014 montrent que lors d'un sondage réalisé en 2012 sur l'état de santé subjectif, plus de 34 % des hommes et 44 % des femmes ont indiqué avoir souffert de douleurs dorsales dans les quatre semaines précédentes (Figure 1).⁵⁰

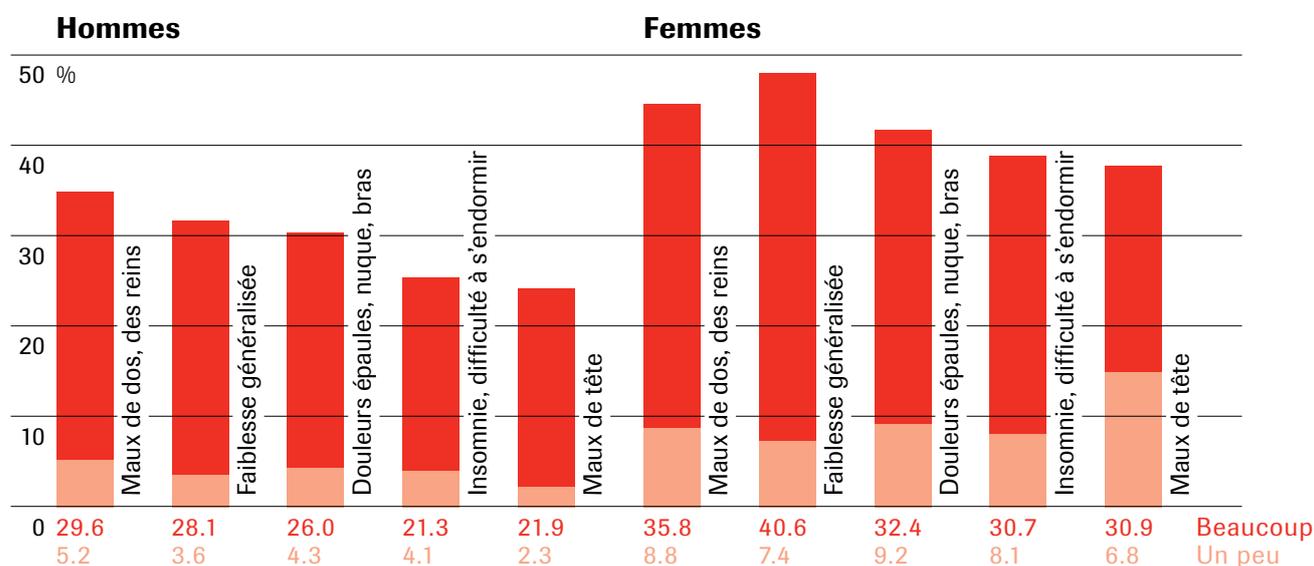


Figure 1 Troubles physiques durant l'année 2012. Proportion de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, sur une période de quatre semaines. Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 31.

Il est cependant délicat d'indiquer un taux de prévalence pour les douleurs dorsales : environ 25 % de la population suisse âgée de plus de 20 ans souffre de maux de dos et reçoit un traitement médical pour cette affection.⁵¹ 90 % des douleurs dorsales non spécifiques aiguës disparaissent en l'espace de 14 jours. 10 % de la population souffre toutefois de douleurs dorsales chroniques persistant plus de 12 semaines.⁵²

1.2 Conséquences des maladies musculo-squelettiques

Les maladies musculo-squelettiques se traduisent sous la forme de douleurs ou de limitations fonctionnelles pouvant entraîner une diminution de la qualité de vie. Elles influencent le cours de la vie au quotidien et peuvent conduire à une situation où des soins sont nécessaires. D'autre part, la vie professionnelle peut subir un impact négatif en raison d'une incapacité à travailler ou d'une invalidité, et les activités de loisirs peuvent également s'en trouver limitées. Cela restreint alors la participation à la vie sociale des personnes atteintes d'une affection musculo-squelettique. Par ailleurs, il peut arriver, selon la maladie considérée, que les personnes atteintes d'une affection musculo-squelettique présentent une mortalité accrue.

Afin de pouvoir comparer les différentes maladies et le fardeau qu'elles représentent, il est courant au niveau international d'avoir recours à l'indicateur DALY (Disease adjusted life years, ou années de vie corrigées du facteur invalidité). Cet indicateur correspond au nombre d'années de vie potentielles qu'une personne perd à cause d'une mortalité précoce ou durant lesquelles cette personne est limitée par un handicap. Déjà en l'an 2000, les maladies musculo-squelettiques dans

⁵⁰ Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 31.

⁵¹ Wieser et al. (2011).

⁵² Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 36.

les pays industrialisés représentaient le groupe de maladies associé aux valeurs les plus élevées avec l'indicateur DALY.⁵³ Si l'on se concentre uniquement sur le nombre d'années vécues avec un handicap (Years lived with disability, YLD), on peut démontrer qu'en Suisse en 2013, la population souffrait le plus probablement de douleurs dorsales, de conséquence de chutes ou de douleurs cervicales, et que c'est à cause de ces maux que leur vie quotidienne était limitée le plus fortement.⁵⁴

Douleurs, limitations fonctionnelles et diminution de la qualité de vie

En comparaison avec d'autres maladies chroniques, les maladies musculo-squelettiques altèrent fortement la qualité de vie, ce qui peut être dû aux deux éléments qui y sont associés, à savoir les douleurs et les limitations fonctionnelles.⁵⁵ Le tableau clinique de l'**arthrose** comprend des douleurs, une limitation des capacités fonctionnelles et une diminution de la qualité de vie, en particulier dans les cas où les hanches ou les genoux sont atteints, ainsi que dans les cas où l'arthrose est présente au niveau des doigts et où la maladie se trouve déjà à un stade très avancé.⁵⁶

Dans les cas des différentes formes d'**arthrite**, les conséquences de la maladie sont particulièrement sévères lorsqu'un traitement adéquat n'est pas disponible, ou qu'il est instauré de manière tardive ou insuffisante. Dans ces cas, la maladie résulte en une destruction des articulations. Mentionnons ainsi, à titre d'exemple, la spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) et les spondylarthropathies en général : plus de la moitié des personnes affectées souffrent de l'activité permanente de leur maladie et de dommages structurels causés à la colonne vertébrale.⁵⁷ Des restrictions considérables de la mobilité résultent de la progression de la raideur de la colonne vertébrale. Les spondylarthropathies peuvent provoquer des inflammations d'autres articulations ainsi que d'organes comme les poumons, le cœur, les yeux ou les reins. Par chance, les traitements médicamenteux offrent à une grande partie des personnes atteintes des périodes d'accalmie, avec très peu de troubles (appelées rémissions), bien qu'un rétablissement complet ne survienne jamais.⁵⁸

Au cours de son évolution, le **syndrome de fibromyalgie** s'accompagne d'une augmentation continue des douleurs et des troubles dus à la maladie. Les personnes qui en sont atteintes sont fortement limitées à la fois sur le plan physique et psychique.⁵⁹ Les troubles associés à la maladie entraînent une diminution de la qualité de vie, induisent des problèmes dans l'accomplissement des tâches quotidiennes et provoquent un isolement social de la personne.⁶⁰

À l'inverse, en cas d'**ostéoporose**, les conséquences graves ne sont pas uniquement dues à la maladie, mais plutôt aux fractures causées par l'ostéoporose. Les personnes souffrant des séquelles de fractures causées par l'ostéoporose sont donc considérablement limitées dans leur capacité à mener une vie autonome, ce qui finit par restreindre leur qualité de vie.⁶¹

Enfin, les **douleurs dorsales** affectent considérablement le quotidien des personnes qui en sont atteintes : ainsi, 52,2 % de la population en Suisse indique être affectée partiellement (37 %) ou fortement (15,2 %) par des douleurs dorsales. L'impact négatif des douleurs dorsales sur le quotidien croît à mesure que l'âge des personnes interrogées augmente.⁶² La plupart des formes

⁵³ Reginster & Khaltayev (2002), p. 1.

⁵⁴ Vos et al. (2015), p. 38.

⁵⁵ Sprangers et al. (2000), pp. 901-902.

⁵⁶ Theiler (2002), p. 560.

⁵⁷ Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), pp. 14-18.

⁵⁸ Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 11.

⁵⁹ Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 34.

⁶⁰ Aeschlimann et al. (2013), p. 519.

⁶¹ Lippuner (2012), p. 140 ; Dachverband Osteologie e.V. (éd., 2014), p. 25.

⁶² Jooss & Gerfin (2011), p. 10.

de douleurs dorsales sont de type aigu ou subaigu. De nombreuses personnes qui en sont atteintes souffrent également d'une maladie dont l'évolution est caractérisée par des douleurs récurrentes. Une étude allemande portant sur les douleurs dorsales a démontré que 7 % des personnes interrogées se sentent sévèrement limitées par des douleurs dorsales récurrentes non spécifiques, et 9 % se sentent considérablement limitées par ces douleurs. Outre les aspects subjectifs en lien avec une santé défailante, les personnes atteintes par cette affection font notamment état d'une capacité amoindrie à mener à bien les tâches quotidiennes, que ce soit à leur domicile, au travail ou durant leurs loisirs.⁶³ Il convient dès lors d'éviter que les douleurs dorsales ne s'installent de façon chronique, cette chronicité des douleurs dorsales survenant souvent lors d'épisodes dépressifs concomitants, de comportements visant à éviter la douleur, de sentiments d'impuissance et de désespoir et en cas d'image négative de la maladie.⁶⁴

Répercussions sur la vie professionnelle

Les maladies musculo-squelettiques peuvent conduire les personnes concernées à devoir s'absenter de leur lieu de travail, à ne plus être en mesure de travailler, et parfois même à perdre leur emploi. Parmi toutes les absences pour cause de maladie, 26 % sont liées à des maladies touchant l'appareil locomoteur. Ainsi, ces maladies constituent une cause majeure d'absences du travail.⁶⁵ Il existe des indications intéressantes au sujet des **douleurs dorsales** : environ 25 % de la population en Suisse présente une ou plusieurs fois par an des signes de « défailance » à cause de douleurs dorsales qui les empêchent d'exécuter leur travail, leurs travaux scolaires ou leur travail domestique. 18,6 % de ces personnes manquent le travail pendant 1 à 6 jours à cause de douleurs dorsales, 6 % pendant des semaines et 2,5 % pendant des mois. À mesure que l'âge augmente, le nombre de personnes qui enregistrent des absences au travail en raison de douleurs dorsales croît également.⁶⁶

Pour ce qui est de la perte d'emploi, diverses études partent du principe que 22 % (voire 31 %) des personnes atteintes par une affection musculo-squelettique quittent leur emploi d'elles-mêmes durant les cinq premières années de leur maladie.⁶⁷ Près de 80 % de toutes les rentes d'invalidité sont attribuées à des maladies de divers types, à des accidents ou des infirmités et malformations de naissance : parmi les maladies psychiques justifiant ces rentes, les maladies psychiatriques représentent 56,7 % des cas, celles du genou et des organes locomoteurs 19,5 % des cas, celles du système nerveux 10 % des cas et le reste des maladies représente 13,8 %. Les maladies musculo-squelettiques représentent ainsi le deuxième groupe le plus important d'maladies reconnues par l'assurance-invalidité comme donnant droit à une rente.⁶⁸

Conséquences sociales et psychologiques

Les activités sociales sont, d'une part, fortement affectées par les symptômes physiques (p. ex. les douleurs articulaires, les gonflements ou la fatigue), et elles le sont, d'autre part, aussi par la plus importante charge psychique à laquelle doivent faire face les personnes atteintes par ces maladies.⁶⁹ Une affection musculo-squelettique peut avoir des répercussions profondes sur la famille, le couple et la vie sexuelle, ainsi que sur les activités de loisirs et la vie professionnelle.

La corrélation étroite entre les maladies somatiques chroniques et les maladies psychiques (en particulier la dépression) est généralement bien connue. Ainsi, les personnes atteintes d'affections musculo-squelettiques présentent un taux de prévalence plus élevé de maladies psychiques

⁶³ Robert Koch-Institut (éd., 2012), pp. 13-15.

⁶⁴ Robert Koch-Institut (éd., 2012), pp. 9-12.

⁶⁵ Läubli & Müller (2009), p. 22 ; Graf et al. (2007), p. 11.

⁶⁶ Jooss & Gerfin (2011), p. 9.

⁶⁷ Young et al. (2002), p. 339.

⁶⁸ Office fédéral des assurances sociales (éd., 2015), pp. 23-24.

⁶⁹ Bissonette et al. (2008), cité d'après Rousselot & Fröhlich-Rüfenacht (2012), p. 39.

lorsqu'on les compare à la population générale. Cela est en grande partie dû à la présence accrue de troubles affectifs et anxieux.⁷⁰ On observe particulièrement la présence accrue de dépression p. ex. en cas d'**arthrose**⁷¹ ou de **syndrome de fibromyalgie** : outre le syndrome de fibromyalgie, on observe principalement la survenue de troubles affectifs (30 à 80 %), de syndromes de stress post-traumatique (30 à 60 %), ainsi que de troubles du comportement alimentaire ou anxieux, d'abus de substances et de troubles de la personnalité de type borderline.⁷² La plupart des études concernant les répercussions de ces maladies sur les facteurs psychologiques ont porté sur la **polyarthrite rhumatoïde**. La polyarthrite rhumatoïde est considérée comme un facteur prédictif de troubles psychiques et l'on admet que le lien de causalité est provoqué par les répercussions des douleurs et des autres symptômes de la polyarthrite rhumatoïde.⁷³ Les études révèlent par ailleurs que des facteurs psychologiques tels que dépression, stress ou conviction que ses propres capacités sont diminuées par la maladie peuvent aggraver l'évolution de la maladie.⁷⁴ D'autres études montrent que cette comorbidité de la polyarthrite rhumatoïde avec des maladies psychiques a des conséquences clairement négatives sur l'évolution de la maladie.⁷⁵

Mortalité

Au premier abord, les maladies musculo-squelettiques sont liées à une mortalité plus faible que d'autres maladies chroniques. Tel est par exemple le cas de l'arthrose ou des douleurs dorsales. En revanche, diverses formes d'arthrite ou d'ostéoporose sont associées à une mortalité plus élevée.

En ce qui concerne la **polyarthrite rhumatoïde**, la mortalité plus élevée est due à un risque accru de développer des maladies cardiovasculaire ou infectieuses, des maladies du système hématopoïétique, ou des maladies gastro-intestinales ou respiratoires.⁷⁶ Il est par ailleurs admis que le risque accru de décès est également lié à la survenue accrue de dépressions.⁷⁷ La diminution de l'espérance de vie est d'environ six à dix ans.⁷⁸ On observe également une mortalité plus élevée chez les personnes atteintes de formes sévères de **spondylarthrite ankylosante**, une affection que l'on peut corrélérer à des maladies cardiovasculaires, rénales ou respiratoires.⁷⁹ Par le passé, le **lupus érythémateux disséminé** était, en particulier, considéré comme une maladie dont l'évolution était souvent fatale. De nos jours, par contre, le taux de survie à 5 ans est d'environ 90 à 95 %, le taux de survie à 10 ans de 85 % et le taux de survie à 15 ans est compris entre 79 et 87 %.⁸⁰ L'élévation de la mortalité est, dans ce cas, également corrélée à un risque plus élevé de développer une artériosclérose ou des infections, ou encore de subir une défaillance de certains organes.⁸¹ La diminution du taux de mortalité chez les personnes atteintes de lupus érythémateux disséminé est principalement due à la détection précoce de diagnostic, à de meilleurs traitements et à un meilleur accès à ces traitements.⁸²

Dans le cas de l'**ostéoporose**, les fractures augmentent partiellement le risque de mortalité pour toute la durée de vie restante des personnes affectées.⁸³ Si l'on prend l'exemple des fractures de la hanche dues à l'ostéoporose, la mortalité durant la période d'hospitalisation atteint 8 % pour

⁷⁰ Baumeister et al. (2004), pp. 33-34.

⁷¹ Rosemann et al. (2007), p. 417.

⁷² Aeschlimann et al. (2013), p. 519.

⁷³ Van t'Land et al. (2010), p. 191 ; Rousselot & Fröhlich-Rüfenacht (2012), p. 38.

⁷⁴ Puchner (2012), pp. 184-185.

⁷⁵ Rousselot & Fröhlich-Rüfenacht (2012), p. 38.

⁷⁶ Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 9 ; Gabriel & Michaud (2009), p. 2.

⁷⁷ Ang et al. (2005), p. 1016.

⁷⁸ Quadrello et al. (2009), p. 22.

⁷⁹ Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 11.

⁸⁰ Petri (2002), p. 854.

⁸¹ Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 12.

⁸² Gabriel & Michaud (2009), p. 5.

⁸³ Lippuner (2012), p. 140.

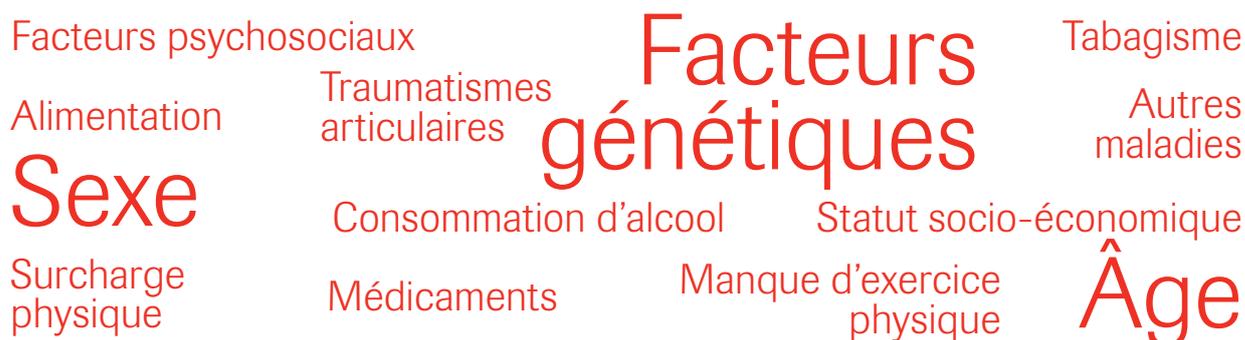
les femmes et 15 % pour les hommes.⁸⁴ Même trois mois après avoir subi une fracture, les femmes présentent un risque accru d'un facteur 5 et les hommes d'un facteur 8, en comparaison avec une population du même âge qui n'a pas subi de fracture.⁸⁵

1.3 Facteurs de risque et mesures de prévention

De nombreuses études portant sur les maladies musculo-squelettiques fournissent des indications sur les facteurs de risque qui concourent à accroître la probabilité de souffrir d'une maladie donnée. Outre le renforcement des facteurs de protection et des ressources (comme les facteurs ayant trait au style de vie individuel, l'environnement social, les conditions de vie et de travail, ainsi que les conditions-cadre sociales, économiques, écologiques et culturelles⁸⁶), la prévention s'articule autour du contrôle des facteurs favorisant l'apparition des maladies. Les conditions d'une intervention ciblée à but préventif sont de bien connaître les stades de développement et d'évolution des diverses maladies.⁸⁷

Facteurs de risque

Le risque d'être atteint d'une affection musculo-squelettique est principalement déterminé par trois facteurs qui ne peuvent pas être modifiés : l'âge, le sexe et les facteurs génétiques. De plus, il existe des éléments indiquant que de nombreux autres facteurs peuvent accroître le risque d'être atteint d'une affection musculo-squelettique. Ces facteurs sont présentés dans la figure ci-dessous.



Hormis les trois facteurs de risque non modifiables déjà mentionnés plus haut, les facteurs de risque de l'arthrose incluent le surpoids et l'obésité (qui dans ce contexte ont un lien plus marqué avec l'arthrose du genou qu'avec l'arthrose de la hanche).⁸⁸ Par ailleurs, une (sur-)charge physique dans le cadre de l'activité professionnelle est également considérée comme étant un facteur de risque.⁸⁹ Des traumatismes articulaires sévères, tels que ceux subis par les personnes pratiquant certains types de sport, peuvent accroître d'un facteur trois le risque de développer de l'arthrose.⁹⁰ Une prévalence plus élevée a également été observée chez les femmes ayant un statut socio-économique bas. Il est possible que cela soit corrélé à des charges physiques plus importantes lors de leur pratique professionnelle, ou encore à une probabilité accrue de surcharge pondérale ou d'obésité, dans la mesure où ces facteurs sont également liés à un statut socio-économique bas.⁹¹ On admet fréquemment que la présence d'autres maladies inflammatoires /

⁸⁴ Trombetti et al. (2002), p. 733.

⁸⁵ Haentjens et al. (2010), p. 385.

⁸⁶ Dahlgren et Whitehead (1991).

⁸⁷ Hurrelmann et al. (2014), p. 14.

⁸⁸ Robert Koch-Institut (éd., 2013), pp. 15 s. ; Theiler (2002), p. 556.

⁸⁹ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 15.

⁹⁰ Fuchs et al. (2013), pp. 683-684.

⁹¹ Fuchs et al. (2013), pp. 683-684.

rhumatismales ou d'arthropathies cristallines⁹² constitue également un facteur de risque, de même que l'ostéoporose ou un faible taux de vitamine C ou de vitamine D.⁹³

Les maladies incluses sous le terme d'« arthrite » présentent parfois divers facteurs de risque : ainsi, l'âge est un facteur de risque pour la goutte ou la pseudo-goutte ainsi que pour la polyarthrite rhumatoïde et le lupus érythémateux disséminé, mais pas pour la spondylarthrite ankylosante, le syndrome de Gougerot-Sjögren ou l'arthrite psoriasique.⁹⁴ Alors que les femmes sont davantage touchées par la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Gougerot-Sjögren, le lupus érythémateux disséminé et la sclérodermie⁹⁵, les hommes sont plus nombreux à souffrir de la goutte⁹⁶. L'arthrite psoriasique et la chondrocalcinose (ou pseudo-goutte) surviennent autant chez les hommes que chez les femmes. Dans le cas de la maladie de Bechterew, il a longtemps été admis que les hommes étaient davantage concernés. On part aujourd'hui du principe que la fréquence de survenue de la maladie a été sous-estimée chez les femmes.⁹⁷

Le tabagisme représente un facteur de risque pour la polyarthrite rhumatoïde lorsqu'il existe déjà une prédisposition génétique. Une consommation élevée de cigarettes est associée à un risque accru de souffrir de polyarthrite rhumatoïde. Seule une abstinence tabagique de très longue durée diminue le risque de développer la maladie.⁹⁸ Le tabagisme est également un facteur de risque pour la spondylarthrite ankylosante.⁹⁹

D'autres facteurs sont étroitement liés à la probabilité de survenue de la goutte. Dans le cadre de l'alimentation, ces facteurs comprennent notamment les aliments riches en purines, tels que les abats, les fruits de mer, la viande rouge ou les asperges, une alimentation excessive en général (qui peut mener à une élévation du taux de lipides sanguins ou à un surpoids), la présence d'hypertension, une consommation importante d'alcool et en particulier de bière et d'alcools forts, ainsi que la consommation d'aliments ou de boissons riches en fructose.¹⁰⁰

Les facteurs de risque connus du **syndrome de fibromyalgie** sont, outre le genre féminin, l'âge ainsi que certains facteurs génétiques (métabolisme de la sérotonine),¹⁰¹ ou encore des facteurs ayant trait au mode de vie, tels que le tabagisme, le surpoids et le manque d'activité physique. Un modèle biopsychosocial de la pathogenèse est par ailleurs utile pour expliquer le syndrome de fibromyalgie. La maladie repose ainsi sur une réactivité et une sensibilité accrues aux stimuli douloureux qui trouvent leur origine dans une modification de la gestion du stress, pouvant elle-même être ancrée dans une charge importante en facteurs de stress psychosociaux présents ou passés ou en facteurs de stress biologiques (par exemple certaines infections).¹⁰² Comme dans le cas de l'arthrose, le syndrome de fibromyalgie est également lié à la présence d'autres maladies inflammatoires / rhumatismales.¹⁰³

⁹² Theiler (2002), pp. 555-556.

⁹³ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 16.

⁹⁴ Gerster & Moeller (2006) ; Sautner (2012) ; Puchner (2012) ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008).

⁹⁵ Robert Koch-Institut (éd., 2010) ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008) ; Gadola & Villiger (2006) ; Puchner (2012).

⁹⁶ Sautner (2012).

⁹⁷ Robert Koch-Institut (éd., 2010).

⁹⁸ Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 9.

⁹⁹ Videm et al. (2014).

¹⁰⁰ Barth & Hlavica (2011), pp. 24-29 ; Gabriel & Michaud (2009), p. 6 ; Sautner (2012), p. 6.

¹⁰¹ Aeschlimann et al. (2013), p. 518 ; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008).

¹⁰² Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2008), p. 34 ; Aeschlimann et al. (2013), p. 518.

¹⁰³ Aeschlimann et al. (2013).

De nombreux facteurs de risque sont mentionnés dans le cas de l'ostéoporose. Outre les facteurs de risque non modifiables que sont l'âge, le genre féminin et la prédisposition familiale,¹⁰⁴ on cite fréquemment des facteurs ayant trait au mode de vie, tels que le manque d'exercice physique, la consommation d'alcool, le tabagisme, une alimentation insuffisante ou carencée, ainsi qu'un apport insuffisant en calcium ou en vitamine D3¹⁰⁵. De nombreuses maladies préexistantes, telles que celles affectant l'équilibre hormonal (p. ex. un hypogonadisme)¹⁰⁶, accroissent également la probabilité de souffrir d'ostéoporose. Certains traitements médicamenteux ont également ce type d'effets (p. ex. un traitement à long terme par des corticostéroïdes)¹⁰⁷. L'ostéoporose a ceci en commun avec l'arthrose que les femmes dont le statut socio-économique est bas présentent un taux d'ostéoporose plus élevé que les femmes ayant un statut socio-économique moyen ou plus élevé.¹⁰⁸

Une masse osseuse faible est par ailleurs le facteur prédictif le plus important dans la détermination du risque individuel de subir une **fracture de fragilité**. Les chutes constituent un autre facteur important pouvant conduire à des fractures de fragilité. Tout comme l'ostéoporose, ce phénomène est corrélé à l'âge. Une chute est à l'origine de 95 % de toutes les fractures de la hanche. De plus, les chutes sont favorisées par des facteurs environnementaux, par les problèmes cardiovasculaires, les handicaps cognitifs ou sensoriels, ainsi que par la prise de certains médicaments.¹⁰⁹

Outre l'âge et le genre féminin, ce sont surtout des facteurs en lien avec le travail qui présentent une étroite corrélation avec les **douleurs dorsales** : parmi la population active en Suisse, 18 % des travailleurs se plaignent de douleurs dorsales liées à leur travail.¹¹⁰ Cette situation a trait d'une part aux conditions biomécaniques rencontrées sur le lieu de travail, comme le fait de soulever ou de porter de lourdes charges, mais concerne aussi le niveau de vibrations ou le fait de travailler en adoptant une mauvaise posture. D'autre part, il faut également tenir compte des conditions psychosociales telles qu'une faible satisfaction professionnelle, des travaux monotones, des conflits sociaux au travail et le manque de reconnaissance (crises de gratification).¹¹¹ Le statut socio-économique représente également un facteur de risque pour les douleurs dorsales, indépendamment du sexe de la personne : si l'on compare la cohorte des personnes ayant uniquement suivi la scolarité obligatoire avec la cohorte de personnes ayant obtenu un diplôme d'études supérieures, on peut démontrer que les premiers se plaignent plus de deux fois plus fréquemment de douleurs cervicales et lombaires (12 % contre 5 %).¹¹² La plupart du temps, les douleurs dorsales non spécifiques sont toutefois également le fruit de différents risques d'origines variées, tels que des risques physiologiques ou organiques (perte de mobilité, limitation des capacités fonctionnelles, diminution du niveau de forme physique), des risques cognitifs ou émotionnels (sensibilité accrue aux signaux émis par le corps, représentations alarmistes, fluctuations de l'humeur), des risques comportementaux (passivité, mécanisme de protection conscient ou prescrit, hyper-activité) ou des risques sociaux (bouleversements des relations sociales, problèmes sur le lieu de travail).¹¹³ La recherche d'une cause unique est par conséquent vouée à l'échec. Il serait bien plus efficace d'avoir recours à un modèle explicatif biopsychosocial afin de clarifier la cause des douleurs dorsales, comme dans le cas du syndrome de fibromyalgie. La focalisation sur des causes uniques à l'origine des douleurs dorsales peut même contribuer à leur faire suivre une évolution chronique.¹¹⁴

¹⁰⁴ Fuchs et al. (2013) ; Krieg & Seitz (2006).

¹⁰⁵ Krieg & Seitz (2006) ; Fuchs et al. (2013) ; Dachverband Osteologie e.V. (éd., 2014).

¹⁰⁶ Krieg & Seitz (2006).

¹⁰⁷ Fuchs et al. (2013).

¹⁰⁸ Fuchs et al. (2013), pp. 679-681.

¹⁰⁹ Lippuner (2012), pp. 140-141.

¹¹⁰ Danuser (2014), p. 2.

¹¹¹ Robert Koch-Institut (éd., 2012), pp. 10-11.

¹¹² Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 45.

¹¹³ Robert Koch-Institut (éd., 2012), p. 11.

¹¹⁴ Keel et al. (2007), p. 514.

Prévention

On estime que la prévention de l'**arthrose** est difficile à mettre en œuvre du fait de ses causes peu claires et de son étiologie multifactorielle. Il est probable que les facteurs de risque mécaniques (blessures au niveau des structures articulaires découlant de sollicitations excessives et répétées dues à certains types de sport ou découlant de contraintes professionnelles) puissent être influencés par des mesures préventives. Dans le cadre de cette démarche, les capacités de protection des articulations devraient figurer au premier plan, sans toutefois que cela implique de renoncer à la pratique de l'activité physique, car c'est à travers elle que l'apport en nutriments de l'articulation est stimulé et que la musculature voisine de l'articulation est renforcée. Une autre mesure de prévention possible est la réduction du poids corporel.¹¹⁵ Ainsi, en cas d'arthrose du genou, une perte de poids corporel peut s'accompagner d'une diminution des douleurs¹¹⁶ et d'une réduction du risque de développer une arthrose symptomatique du genou chez la femme.¹¹⁷

Dans le cas de l'**arthrite**, il est possible de contribuer à la prévention de l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde en ne fumant pas. Par conséquent, la durée et l'intensité du tabagisme sont associées au risque d'être atteint par la maladie, bien que cette association soit due à une interaction entre des facteurs génétiques et le tabagisme : si une personne n'a jamais fumé, mais hérite du risque génétique de ses deux parents, son risque de développer une polyarthrite rhumatoïde séropositive est multiplié par 4. Si cette personne est également fumeuse, son risque est multiplié par 16. Dans le cas de patients déjà atteints de polyarthrite rhumatoïde, le fait d'arrêter de fumer permet une évolution moins sévère de la maladie.¹¹⁸

Dans le cas du **syndrome de fibromyalgie**, il est possible de réduire les facteurs de stress physiques et psychiques (en particulier au moyen de thérapies cognitivo-comportementales) et de contribuer ainsi à la prévention de la maladie. Pratiquer une activité physique régulière constitue une autre mesure de prévention.¹¹⁹

Dans les cas de l'**ostéoporose** et de la **prévention des fractures**, les mesures principales incluent, outre l'activité physique (développement de la force musculaire et de la coordination), notamment des mesures liées à l'alimentation : il convient ainsi d'éviter d'avoir un poids corporel trop faible et de veiller à avoir un apport suffisant en calcium et en vitamine D. De plus, un soin particulier devrait être apporté à la vérification de sa médication, car la prise de nombreux médicaments est corrélée à une élévation de l'ostéoporose et du nombre de fractures causées par l'ostéoporose.¹²⁰

L'instauration préventive de traitements de substitution des hormones sexuelles peut également s'avérer utile s'il n'existe pas de contre-indication y relative. Des médicaments peuvent également être administrés pour accroître la densité osseuse.¹²¹

Afin de diminuer le nombre de fractures dues à l'ostéoporose, il est surtout crucial de prévenir les chutes chez les personnes âgées. Il est efficace d'intervenir en ce sens pour tirer au clair quels sont les différents facteurs de risque de chutes (p. ex. en ce qui concerne la santé de ces personnes ou leur environnement de vie quotidienne). Il est également efficace de mettre sur pied p. ex. des programmes adaptés individuellement afin d'identifier les risques de chute et les éliminer, ou afin d'avoir une activité physique dans le but de développer la force et l'équilibre (dans le cadre de programmes d'entraînement).¹²²

¹¹⁵ Robert Koch-Institut (éd., 2013), pp. 24 s.

¹¹⁶ Messier et al. (2004) ; cité d'après Robert Koch-Institut (2013), pp. 16-17.

¹¹⁷ Felson et al. (1992) ; cité d'après Robert Koch-Institut (2013), pp. 16-17.

¹¹⁸ Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 9 et p. 28.

¹¹⁹ Barth & Hlavica (2011), pp. 17-23.

¹²⁰ Meier & Kraenzlin (2013), pp. 811 s. ; Dachverband Osteologie e.V. (éd., 2014), p. 137.

¹²¹ Bally (2015), p. 48.

¹²² Gillespie et al. (2009), p. 15.

Les **douleurs dorsales** sont dues à un processus de développement et de chronicité multidimensionnel. Il est important de tenir compte du fait qu'il est peu utile de se focaliser sur des facteurs uniques. Sur le plan des facteurs physiques ayant trait au travail (conditions biomécaniques), il est possible d'essayer de réduire les charges professionnelles physiquement astreignantes au moyen d'interventions ergonomiques (charge de travail, organisation du travail, outils de travail).¹²³ En cas de facteurs psychiques ayant trait au travail, il est indiqué d'augmenter les possibilités liées au degré d'autonomie sur le lieu de travail et de garantir les possibilités d'allier travail et obligations privées (équilibre entre vie professionnelle et vie privée).¹²⁴

Il existe surtout un grand potentiel qui vise à éviter que les douleurs dorsales ne s'installent de façon chronique ; il s'agit notamment d'identifier les facteurs susceptibles de provoquer la chronicité des maux de dos (p. ex. la dépression, le stress, les comportements visant à éviter la douleur ou à être alarmiste, un comportement passif vis-à-vis de la douleur, d'autres troubles physiques sans maladie sous-jacente clairement identifiable, ou encore une représentation négative de la maladie). Par conséquent, les conseils préventifs concernant le risque de passage à la chronicité des douleurs dorsales comprennent la pratique d'une activité physique, la lutte contre la kinésiophobie et la sédentarité, de même que la modification de la représentation des douleurs et du comportement face à la douleur.¹²⁵

1.4 Prise en charge médicale

Selon l'affection musculo-squelettique dont ils sont atteints, les patients sont pris en charge par différents acteurs du système de soins et doivent donc se rendre dans plusieurs structures pour leur prise en charge médicale. Les patients concernés peuvent être par exemple pris en charge soit de façon ambulatoire par un médecin de famille, par un spécialiste, au sein d'hôpitaux ambulatoires, de structures de rééducation, par des physiothérapeutes et des ergothérapeutes ou encore par le personnel infirmier (soins à domicile par. ex.), soit de façon stationnaire à l'hôpital ou en rééducation. L'interaction interdisciplinaire de tous les intervenants (mentionnés ci-dessus ainsi que les travailleurs sociaux, nutritionnistes et /ou psychiatres / psychologues, etc.) dans l'intérêt des patients primordiale. Il existe toutefois très peu d'études scientifiques qui représentent la situation des soins existant pour les personnes atteintes d'une affection musculo-squelettique en Suisse, qui montrent le type et l'étendue du recours aux structures et prestations de soins, et qui désignent clairement les forces et les failles éventuelles du système.

Si l'on considère les personnes assurées au sein de l'AOS par la caisse-maladie Helsana, on observe que les personnes qui souffrent d'une affection rhumatismale font état au total de davantage de consultations auprès de médecins de premier recours, de spécialistes et d'hôpitaux ambulatoires que la population générale de l'étude. Par ailleurs, un plus grand nombre de médecins de premier recours et de spécialistes sont impliqués dans le traitement des personnes atteintes d'une affection musculo-squelettique. Les personnes souffrant d'une affection rhumatismale se distinguent cependant marginalement des personnes souffrant d'une affection psychique, de douleurs chroniques, d'une affection cardiovasculaire ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) / d'asthme, en termes de recours au système de santé publique.¹²⁶

Bien que la durée d'hospitalisation pour une affection rhumatismale soit comparable à celle observée pour d'autres maladies, les maladies musculo-squelettiques sont une cause de traitement très fréquente dans le domaine des soins médicaux stationnaires (séjours à l'hôpital ou admission

¹²³ Lühmann & Zimolong (2007), pp. 6-17.

¹²⁴ Knecht & Hämmig (2008), p. 29.

¹²⁵ Robert Koch-Institut (éd., 2012), p. 22.

¹²⁶ Brüngger et al. (2014), pp. 36-38.

dans un établissement de rééducation), si ce n'est la cause de traitement la plus fréquente au sein des hôpitaux. En 2014, 183 000 cas au total (en 2010 : 166 000¹²⁷) ont été classés dans le chapitre m de la classification internationale des maladies CIM-10, ce qui représente 13,4 % du nombre de cas totaux. Au sein de la catégorie des maladies musculo-squelettiques, on observe un nombre un peu plus important de femmes (avec 55,9 %) traitées de manière stationnaire à l'hôpital.¹²⁸

Les maladies musculo-squelettiques font partie des diagnostics les plus fréquents posés parmi les personnes hospitalisées. Les hospitalisations sont principalement dues aux arthropathies (affections articulaires, 56 %) ou aux maladies de la colonne vertébrale ou du dos (22 %). Dans le cas des arthropathies, l'arthrose et l'arthrite sont fréquentes, alors que dans le cas des maladies de la colonne vertébrale ou du dos, il s'agit d'hernies discales, de malformations de la colonne vertébrale ou d'inflammations des disques intervertébraux. Depuis 2002 (et jusqu'en 2012), on enregistre une augmentation des hospitalisations pour cause d'maladies musculo-squelettiques. Cette augmentation a représenté 23 % d'hospitalisations supplémentaires chez les hommes et 28 % chez les femmes. Le taux d'hospitalisations pour des arthropathies a augmenté d'environ un tiers, ce qui peut être expliqué par l'augmentation des hospitalisations de personnes âgées de 55 ans et plus. La figure ci-dessous montre que jusqu'à leur 44^e année de vie, un plus grand nombre d'hommes que de femmes doivent être traités pour des maladies musculo-squelettiques, et que cette proportion s'inverse par la suite (Figure 2).¹²⁹

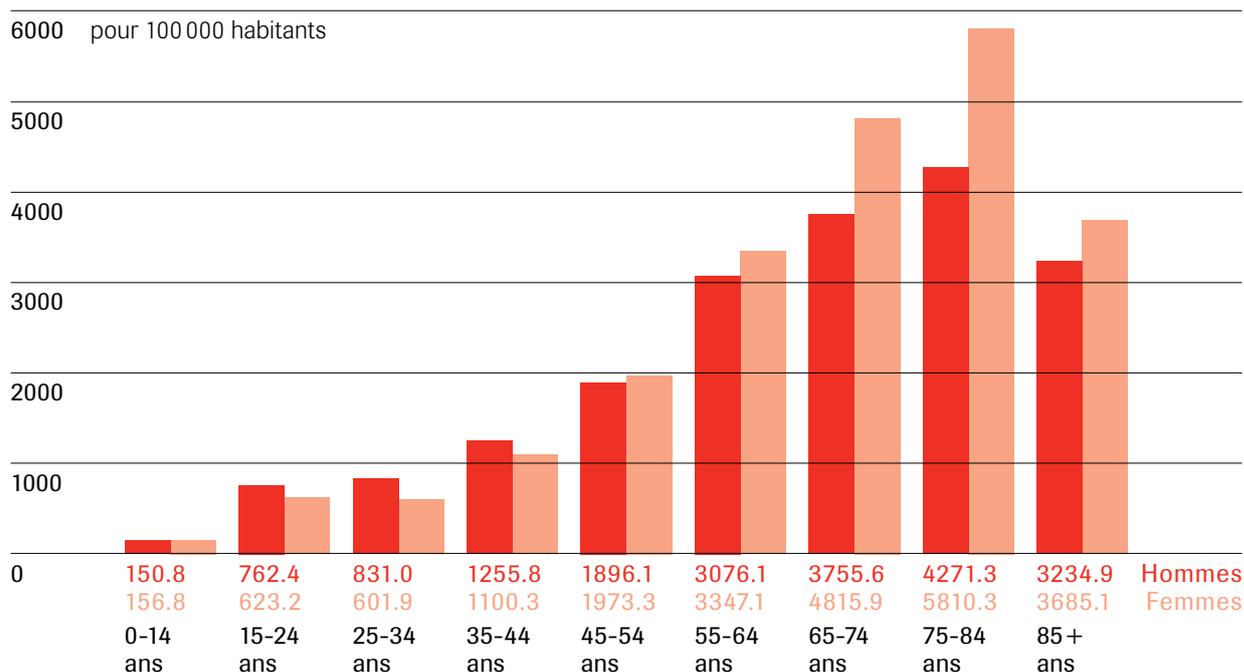


Figure 2 Nombre de personnes hospitalisées suite à une affection musculo-squelettique (2010-2012). Taux pour 100 000 habitants (axe des ordonnées). Source : Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 45.

La rééducation appliquée au domaine des maladies musculo-squelettiques a pour but de réduire les symptômes ainsi que les douleurs ou les troubles des capacités fonctionnelles, mais également de contribuer au rétablissement de la qualité de vie, en complément des traitements conservateurs et opératoires. Chez les patients âgés, le premier objectif consiste à préserver une vie indépendante et, chez les patients plus jeunes, à leur permettre de se réintégrer dans leur quotidien et dans

¹²⁷ Office fédéral de la statistique (éd., 2012), p. E1.

¹²⁸ Office fédéral de la statistique (éd., 2015), pp. E1 / E2.

¹²⁹ Office fédéral de la statistique (éd., 2014), pp. 45-46.

leur vie professionnelle. Ces objectifs peuvent être atteints principalement en ayant recours à des mesures physiothérapeutiques ou ergothérapeutiques.¹³⁰ Dans le domaine de la rééducation, il est par ailleurs possible de déterminer les diagnostics hospitaliers les plus fréquents d'après la classification internationale des maladies CIM-10. Le diagnostic le plus fréquemment posé est celui d'« arthrose » (17,5 % des cas), suivi des diagnostics « autres maladies de la colonne vertébrale ou du dos » (8,9 % des cas) et « fracture du fémur » (5,6 % des cas).¹³¹

1.5 Diagnostic et traitement

Diagnostic

Comme pour toutes maladies, il est également très important de poser un diagnostic précoce et précis pour les maladies musculo-squelettiques. Plus le diagnostic est posé rapidement, mieux sera traitée. Le diagnostic des différentes maladies musculo-squelettiques se situe cependant des niveaux de complexité divers :

Dans le cas des différentes formes d'**arthrite**, l'établissement rapide d'un diagnostic est d'une très grande importance. Dans le cas particulier de la polyarthrite rhumatoïde, les trois à six premiers mois constituent une « fenêtre thérapeutique ». Durant cet intervalle, le processus immunologique peut encore être arrêté ou modifié de façon durable.¹³² Selon une étude, 20 semaines s'écoulent en moyenne entre le moment où une personne présente les premiers symptômes de la polyarthrite rhumatoïde et le moment où elle consulte un spécialiste.¹³³ Une autre étude montre qu'environ 1,3 année s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes de la polyarthrite rhumatoïde et l'établissement du diagnostic.¹³⁴ La spondylarthrite ankylosante est par ailleurs caractérisée par le fait que l'intervalle de temps entre l'apparition des symptômes et l'établissement du diagnostic peut être long : chez les hommes, le diagnostic peut être retardé pendant 5 à 7 ans et chez les femmes, ce délai peut même aller jusqu'à 14 ans.¹³⁵ Le syndrome de Gougerot-Sjögren est en règle générale lui aussi uniquement diagnostiqué après une période de troubles de 10 à 20 ans.¹³⁶ L'avenir nous dira si l'instauration de tests génétiques systématiques peut être utile pour le diagnostic précoce des différentes formes d'arthrite (p. ex. l'analyse génétique systématique visant à déterminer la présence de l'antigène HLA-B27 en cas de maladie de Bechterew).

Le diagnostic de l'**arthrose** combine souvent anamnèse, examens cliniques et processus d'imagerie, qui peuvent être complétés par une arthroscopie ou des examens de laboratoire (afin d'exclure d'autres maladies).¹³⁷ Dans le cas des **douleurs dorsales**, il s'agit pour commencer d'en découvrir les causes, de déterminer leur sévérité et d'identifier les facteurs présents susceptibles de favoriser une chronicité des douleurs. Si le diagnostic de « douleurs dorsales non spécifiques » est établi, il ne s'agit alors plus de rechercher une cause spécifique. Lorsqu'aucune cause organique des douleurs dorsales ne peut être identifiée, et qu'il est par conséquent admis qu'il s'agit d'une cause psychique unique, ces douleurs peuvent éventuellement devenir chroniques. En cas de douleurs dorsales non spécifiques, il est rare que la cause soit unique. Il s'agit souvent d'une interaction complexe de facteurs physiques, psychiques et sociaux.¹³⁸

¹³⁰ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 14.

¹³¹ Office fédéral de la statistique (éd., 2015), p. D4.

¹³² Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 9 ; Cush (2007), p. 2.

¹³³ Raza et al. (2011), p. 1823.

¹³⁴ Langenegger et al. (2001), p. 339.

¹³⁵ Feldtkeller et al. (2003), van der Linden et al. (1984) ; tous deux cités d'après la Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie [Société allemande de rhumatologie] (éd., 2013), p. 10.

¹³⁶ Hermann & Horwath-Winter (2011), p. 72 ; Deutsche Rheuma-Liga (2010), p. 10.

¹³⁷ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 10.

¹³⁸ Robert Koch-Institut (éd., 2012), pp. 8-10 ; Keel et al. (2007), p. 514.

La difficulté dans le diagnostic du **syndrome de fibromyalgie** réside dans le fait que la maladie n'émet pas de symptômes univoques ni de signes objectifs clairement identifiable, et ne fournit pas d'indices pouvant être mesurés dans le cadre d'un examen radiologique ou biologique.¹³⁹ Le syndrome de fibromyalgie présente de nombreuses caractéristiques qui se recoupent avec d'autres maladies. Il est donc déterminant que ces autres maladies (maladies rhumatismales inflammatoires, infections, néoformation de tissus, maladies endocrinologiques, affections psychiatriques) soient exclues.¹⁴⁰ En moyenne, les personnes atteintes souffrent de douleurs localisées depuis déjà 10 ans et de douleurs généralisées depuis au moins cinq années supplémentaires lorsque le diagnostic est établi.¹⁴¹

Le diagnostic d'**ostéoporose** est établi en réalisant une évaluation complète des risques, comprenant une anamnèse, les résultats des observations cliniques, le recours à des dispositifs d'imagerie, ainsi qu'en mesurant la densité et l'architecture osseuse au niveau du col du fémur ou de la colonne lombaire.¹⁴² Le risque de fracture ne dépend cependant pas uniquement de la densité osseuse, mais également de nombreux autres facteurs de risque (tels que la propension aux chutes, la vivacité des réflexes et l'acuité visuelle). Cela signifie que la détermination du risque de fracture nécessite toujours de combiner la densitométrie aux facteurs de risque cliniques.¹⁴³ Il est possible de procéder à ce genre d'évaluation multifactorielle des risques en ayant recours à l'outil d'évaluation des risques de fractures de l'OMS (Fracture Risk Assessment Tool (FRAX))¹⁴⁴ ou à l'outil de la plateforme ostéoporose (Osteoporose Plattform (TOP), en allemand seulement)¹⁴⁵ de la Société Suisse de Rhumatologie (SSR).

Traitement

Les formes de traitement de première intention dépendent de l'affection musculo-squelettique considérée. Elles peuvent toutefois être soit de type conservateur (procédés médicamenteux et non médicamenteux), soit de type opératoire. Le but du traitement est toujours de réduire les douleurs et de préserver ou d'améliorer les capacités fonctionnelles de l'organisme. Il est fréquent qu'une prise en charge optimale repose sur une combinaison de différentes formes de traitements.

Un traitement de type conservateur non médicamenteux comprend des informations, des explications, des instructions et des conseils fournis aux personnes atteintes au sujet de l'évolution de leur maladie et des possibilités qui leur sont offertes de collaborer activement au traitement. Elle inclut des connaissances de la protection articulaire (en particulier en cas d'arthrose ou d'arthrite) ou de réduction de facteurs susceptibles de contribuer à une évolution sévère ou chronique de la maladie (p. ex. perte de poids en cas d'arthrose, diminution du stress en cas de maux de dos, activité physique en cas de spondylarthrite ankylosante, de syndrome de fibromyalgie ou de douleurs dorsales, ou encore prophylaxie des chutes en cas d'ostéoporose). Il est fréquent dans ce cadre d'avoir recours à une activité physiothérapeutique ou ergothérapeutique et il est également recommandé d'utiliser des moyens auxiliaires de protection articulaire.¹⁴⁶ En cas d'maladies musculo-squelettiques présentant des composantes psychiatriques (p. ex. le syndrome de fibromyalgie ou certains types de douleurs dorsales), un traitement psychologique/psychotérapeutique ou une thérapie cognitivo-comportementale peuvent être judicieux.¹⁴⁷ Différentes ligues de la santé proposent, dans le cadre de leurs programmes de base, des informations, des

¹³⁹ Desmeules et al. (2009), p. 265.

¹⁴⁰ Aeschlimann et al. (2013), p. 519.

¹⁴¹ Müller et al. (2000), p. 79.

¹⁴² Dachverband Osteologie e.V. (éd., 2014), p. 160 ; Meier & Kraenzlin (2013), p. 812.

¹⁴³ Bally (2015), p. 45 ; Meier & Kraenzlin (2013), pp. 811 s.

¹⁴⁴ Informations consultées le 19.10.2016 sur : <http://www.shef.ac.uk/FRAX/index.aspx?lang=fr>.

¹⁴⁵ Informations consultées le 19.10.2016 sur : <http://www.osteorheuma.ch/op/> (en allemand uniquement).

¹⁴⁶ Robert Koch-Institut (éd., 2013), p. 11.

¹⁴⁷ Aeschlimann et al. (2013), p. 542.

programmes de formation, une aide pour la gestion de la maladie et des douleurs, ainsi que des conseils (p. ex. sur des questions de droit du travail).

La thérapie médicamenteuse fait également partie des traitements conservateurs. Dans le cas des maladies de type **arthrose**, il s'agit de pouvoir remettre en charge l'articulation atteinte. Le but des médicaments prescrits pour traiter l'**arthrite** est de bloquer le processus inflammatoire, de bloquer la progression de la maladie, voire de provoquer une rémission, afin que la réalisation des activités quotidiennes puisse à nouveau être possible sans difficultés et que les douleurs en soient réduites. Des médicaments dits « de base » ou « de fond » sont prescrits pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde ; leur rôle consiste à diminuer l'activité inflammatoire de la maladie et donc à contribuer à prévenir la destruction des articulations. Depuis un certain temps, on dispose également de thérapies, appelés « biothérapies », qui présentent une grande efficacité contre la maladie et offrent un moyen thérapeutique très efficace, en particulier pour les personnes sévèrement atteintes. Parmi les inconvénients du recours aux biothérapies figurent un risque d'infections légèrement accru, la nécessité de suivre le traitement sur le long terme et les coûts élevés du traitement.¹⁴⁸ La thérapie médicamenteuse peut également être utilisée en cas d'**ostéoporose** : d'après les statistiques de santé de l'OFS (2014) reposant sur des données collectées lors de l'enquête suisse sur la santé de 2012, environ 7 % des femmes de plus de 40 ans et 2 % des hommes de plus de 50 ans prenaient des médicaments contre l'ostéoporose.¹⁴⁹ La thérapie médicamenteuse pour traiter les **douleurs dorsales** et le **syndrome de fibromyalgie** repose souvent sur des antalgiques et des antidépresseurs (et en cas de douleurs dorsales également des myorelaxants) et a pour but de permettre aux personnes atteintes de reprendre leurs activités quotidiennes.¹⁵⁰

La méthode de traitement opératoire est employée lorsque les symptômes de la maladie ne peuvent plus être suffisamment contrôlés autrement et lorsque les souffrances deviennent trop importantes pour les personnes concernées, en raison de l'apparition de douleurs intenses ou de graves atteintes. En cas d'arthrose, on distingue les opérations de conservation des articulations, de remplacement des articulations et d'exérèse des articulations. En Suisse, un plus grand nombre de prothèses de la hanche que de prothèses du genou sont posées (en valeur absolue). Le nombre de prothèses de la hanche (en 2012 : 21 395) a augmenté de 40 % entre 2002 et 2012 chez les patients des deux sexes. La pose de prothèses du genou a plus que doublé entre 2002 et 2012.¹⁵¹

¹⁴⁸ Robert Koch-Institut (éd., 2010), p. 10.

¹⁴⁹ Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 45 ; Lippuner (2012), p. 137.

¹⁵⁰ Robert Koch-Institut (éd., 2012), p. 18 ; Aeschlimann et al. (2013), p. 542.

¹⁵¹ Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 46.

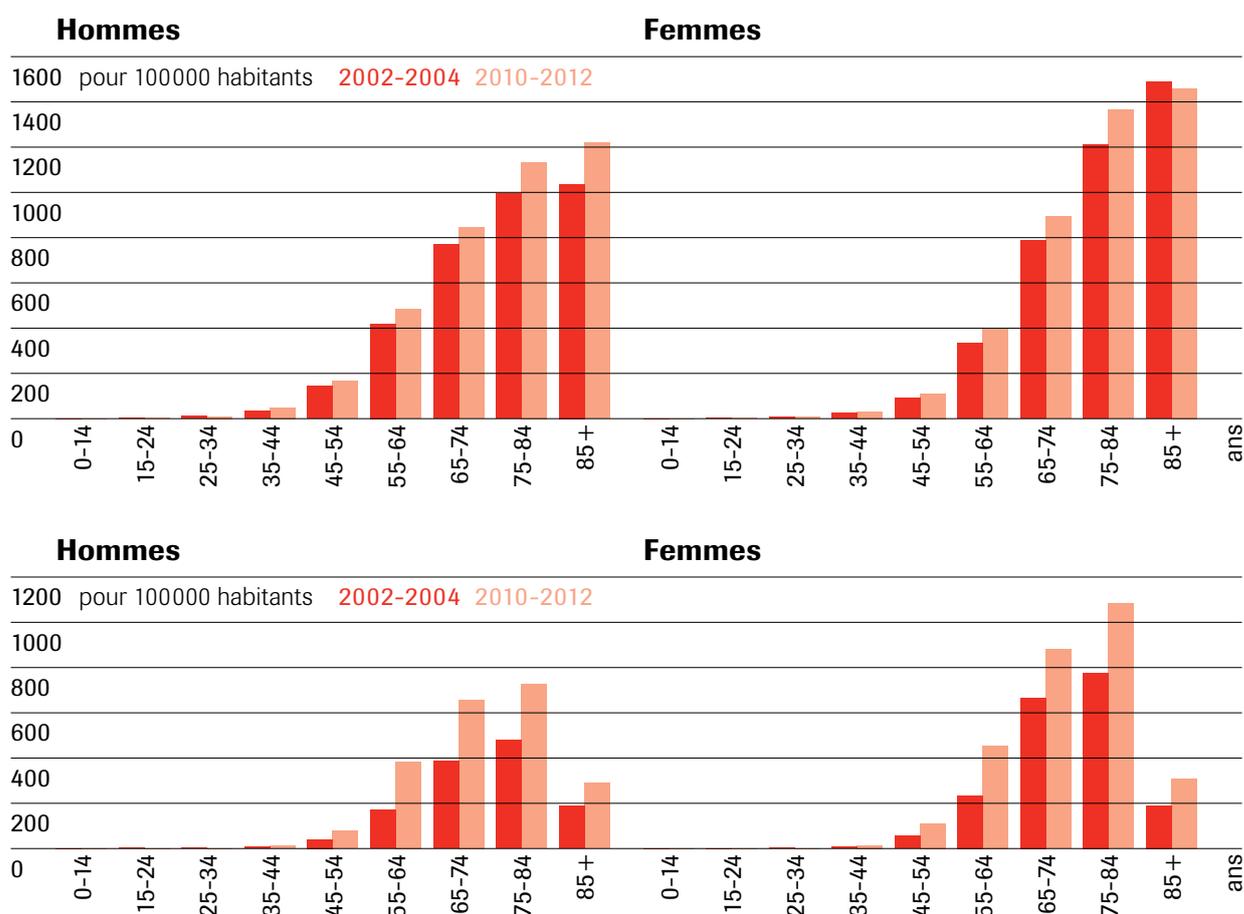


Figure 3 Personnes hospitalisées pour une pose de prothèse de la hanche (graphiques du haut) ou une pose de prothèse du genou (graphiques du bas) pour 100 000 habitants (axe des ordonnées), Office fédéral de la statistique (OFS) (éd., 2014), p. 46.

1.6 Importance économique

Coûts médicaux totaux

Les maladies peuvent engendrer des coûts élevés soit parce qu'elles sont très répandues au sein de la population (c'est-à-dire qu'elles ont un taux de prévalence élevé), soit parce qu'elles génèrent des coûts de traitement élevés pour chaque patient (par exemple l'infection par le VIH, le cancer, la tuberculose, les psychoses, l'épilepsie ou la maladie de Parkinson). Les maladies musculo-squelettiques font généralement partie de la catégorie des maladies dont la prévalence est élevée et engendrent par conséquent des coûts très élevés.¹⁵² Depuis 2014, une étude importante a fourni pour la première fois la possibilité de comparer les coûts directs et indirects des maladies non transmissibles (abrégées MNT), telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies des voies respiratoires chroniques, la démence, les troubles psychiques, le diabète et les maladies musculo-squelettiques. Pour l'année 2011, on admet que les dépenses totales pour le système de santé publique suisse ont été de 64,6 milliards de CHF (il s'agit là uniquement des coûts directs). Les maladies non transmissibles représentent 51,7 milliards de CHF, soit 80 % des dépenses totales. Les maladies musculo-squelettiques engendrent les coûts directs et indirects les plus importants et sont donc responsables de près de 30 % de tous les coûts générés par les sept maladies énumérées plus haut.¹⁵³

¹⁵² Brüngger et al. (2014), p. 7.

¹⁵³ Wieser et al. (2014), pp. 97 et 99. On tient compte ici de la méthode de calcul trouvée dans la littérature et de la figure présente à la p. 100.

Coûts directs

Les coûts directs liés aux maladies musculo-squelettiques se chiffraient en 2011 à 11,38 milliards de CHF. Les coûts des traitements ambulatoires et stationnaires sont plus ou moins identiques et les coûts des médicaments sont comparativement faibles : 42,8 % des coûts sont consacrés au traitement ambulatoire (ambulatoire signifie, pour toutes les maladies, les coûts pour les cabinets médicaux, les hôpitaux, les traitements dentaires, la physiothérapie, la psychothérapie, les soins infirmiers à domicile, etc.), 42,5 % au traitement stationnaire (traitements d'urgence, rééducation, soins à long terme, etc.), 6,7 % à l'achat de biens de santé (médicaments et appareils thérapeutiques), 5,5 % à l'administration et 2,5 % à d'autres prestations (examens de laboratoire, radiologie, transport et sauvetage).¹⁵⁴ Les coûts médicaux directs peuvent également être répartis par catégorie de maladies plutôt que par catégories de coûts, mais dans ce cas, une différenciation n'est disponible que pour la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose, les douleurs dorsales et l'ostéoporose. Les autres maladies inflammatoires du groupe de l'arthrite ou du rhumatisme des parties molles n'ont pas été spécifiquement enregistrées.¹⁵⁵

Affection musculo-squelettique	Par patient (en CHF)	Coûts directs totaux (en milliards de CHF)	Total (en pourcentage)
Polyarthrite rhumatoïde	15'063	0.791	7.0 %
Arthrose	3'103	2.782	24.4 %
Douleurs dorsales	2'447	3.755	33.0 %
Ostéoporose	11'400	0.477	4.1 %
Autres		3.596	31.5 %
Total		11.380	100.0 %

Figure 4 Coûts médicaux directs liés aux maladies musculo-squelettiques en Suisse en 2011, d'après Wieser et al. (2014), p. 85.

Coûts indirects

L'étude fournit également des informations sur les coûts indirects. Par ce terme, les auteurs entendent ce que l'on appelle communément les coûts d'opportunité. Il s'agit principalement de pertes de productivité qui résultent de la maladie (morbidité) ou d'un décès prématuré (mortalité), dans le cadre du travail et des loisirs. Sont ainsi incluses les pertes de productivité sur le lieu de travail dues à des absences (absentéisme), à une capacité de travail restreinte (présentéisme) ou à une absence permanente, découlant par exemple d'un départ en retraite anticipé. Les soins dispensés par des proches sont également comptabilisés dans ces coûts.¹⁵⁶ Les coûts médicaux indirects liés aux maladies musculo-squelettiques se chiffrent à 12,19 milliards de CHF au total. Il s'agit toutefois uniquement des coûts indirects liés aux douleurs dorsales (7,460 milliards de CHF) et aux maladies rhumatismales (4,734 milliards de CHF).¹⁵⁷

¹⁵⁴ Wieser et al. (2014), pp. 50-52. Il ne transparaît pas de façon univoque de cette publication si une fracture due à l'ostéoporose ayant résulté d'une chute n'est pas également classée comme blessure ou comme accident, et si cette situation ne conduit pas à sous-estimer les coûts médicaux directs de l'ostéoporose.

¹⁵⁵ Wieser et al. (2014), p. 85.

¹⁵⁶ Wieser et al. (2014), pp. 56-57.

¹⁵⁷ Wieser et al. (2014), pp. 98-99.

2 Stratégie

2.1 Contexte

Dans le cadre de la vision globale de la politique de santé « Santé2020 », le Conseil fédéral a décidé d'intensifier la promotion de la santé et la prévention des maladies et a convenu d'élaborer une stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT). Les maladies non transmissibles (MNT) englobent les maladies musculo-squelettiques, ainsi que les maladies cardiovasculaires, les maladies touchant les organes respiratoires, le diabète et le cancer. La stratégie MNT a été adoptée au printemps 2016 par le dialogue « Politique nationale de la santé » et par le Conseil fédéral. Des mesures concrètes sont mises au point jusqu'à la fin 2016. Le plan des mesures a de plus été publié le 24 novembre 2016.¹⁵⁸

Cette stratégie MNT est toutefois une stratégie transversale qui englobe toutes les maladies non transmissibles et se focalise sur les questions de promotion de la santé et de prévention. Le deuxième axe relatif à la prévention dans le cadre des soins de santé constitue une passerelle vers la prise en charge médicale. Il manque tout de même une stratégie spécifique aux maladies musculo-squelettiques qui compléterait la stratégie MNT en se focalisant avant tout sur les personnes concernées par ces maladies et par conséquent sur la prévention secondaire et tertiaire.

Dans le cadre de l'élaboration par l'OFSP de la stratégie MNT, la Ligue suisse contre le rhumatisme (LSR) a été invitée à réfléchir à la mise au point d'une stratégie spécifique aux maladies musculo-squelettiques, afin de garantir une orientation stratégique des activités qui auront lieu durant les années 2017-2022 avec un accent mis sur les soins dispensés aux personnes affectées. Après un travail de réflexion intense au sujet de ce projet, la Ligue suisse contre le rhumatisme (LSR) a pris la décision, fin 2014, d'entreprendre l'élaboration de la stratégie présente. Elle a pris la responsabilité du processus de développement de la stratégie, de la production du document de stratégie, et a donc également assumé les coûts financiers et en personnel. Cette stratégie doit cibler tous les acteurs du domaine des maladies musculo-squelettiques et toutes les personnes intéressées désirant se procurer un aperçu général de cette thématique et des mesures stratégiques qu'il est possible de prendre.

2.2 Processus d'élaboration

L'élaboration de la stratégie spécifique « Maladies musculo-squelettiques » a été engagée au début de l'année 2015 sous la forme d'un processus simple mais participatif.

La présente stratégie s'appuie d'une part sur l'élaboration d'un rapport général décrivant la situation actuelle des maladies musculo-squelettiques en Suisse sur la base des connaissances scientifiques disponibles. Ce rapport a été élaboré parallèlement à la mise au point de la stratégie.

D'autre part, la présente stratégie repose sur une large enquête concernant les actions à mettre en œuvre pour des maladies musculo-squelettiques. C'est dans ce but qu'ont été recueillies par le biais d'interviews, entre mars et décembre 2015, les connaissances de représentantes et représentants d'organisations de patients et de ligues de santé, d'organisations professionnelles ainsi que d'organisations de professionnels de la santé et de patients (la liste des personnes

interviewées figure en annexe). Les très nombreux apports au sujet des actions à mettre en œuvre ainsi qu'au sujet des objectifs et des mesures possibles ont été réunis et intégrés au fur et à mesure au document de stratégie.

Tôt dans le processus d'élaboration de la stratégie, un groupe d'experts a été constitué afin de débattre du contenu de la stratégie nationale « Maladies musculo-squelettiques » et commenter les produits (intermédiaires) tout au long du développement de la stratégie. Ce groupe d'experts se compose de délégués issus d'organisations professionnelles, d'organisations de patients, ainsi que de la Confédération et des cantons (les données relatives aux organisations et aux individus impliqués figurent en annexe). Le groupe d'experts s'est rencontré pour une discussion en octobre 2015. Une première ébauche du document de stratégie a été soumise aux experts, qui ont pu faire part de leurs commentaires individuels entre décembre 2015 et janvier 2016. Ces commentaires individuels ont été pris en compte dans le document de stratégie.

Entre début avril et fin juin 2016 a eu lieu une phase de consultation à laquelle ont été invités les membres du groupe d'experts ainsi que d'autres acteurs impliqués dans le projet (les participants à cette consultation sont nommés en annexe). Les résultats de cette consultation ont été évalués et intégrés par la direction du projet. La stratégie a finalement été approuvée en décembre 2016 par le Comité central de la Ligue suisse contre le rhumatisme, puis publiée. Le processus de mise en œuvre de la stratégie est désormais engagé parallèlement à la finalisation et à l'approbation de cette stratégie (section 2.6). Ce processus doit de nouveau s'inscrire dans une optique de partenariat en intégrant tous les acteurs majeurs du projet.

2.3 Vision et objectif principal de la stratégie

Les individus sont au cœur de la présente stratégie nationale « Maladies musculo-squelettiques », qu'ils soient des sujets sains, des personnes présentant des facteurs de risque ou avant tout des personnes atteintes par une affection musculo-squelettique. La vision de la stratégie spécifique aux maladies musculo-squelettiques peut être formulée comme suit :

Une prévention adéquate permet à davantage d'individus d'être épargnés par une affection musculo-squelettique. Les personnes atteintes disposent d'un accès complet à des prestations de soins de haute qualité et dont les ressources sont utilisées au mieux, sont moins restreintes dans leurs performances et leur participation à la vie sociale, et bénéficient d'une qualité de vie accrue associée à une espérance de vie plus longue.

Sur la base de cette vision, l'objectif principal de la présente stratégie peut être formulé comme suit :

La stratégie spécifique « Maladies musculo-squelettiques » contribue à la prévention des maladies, à une optimisation de la prise en charge ainsi qu'à une amélioration de la qualité de vie des personnes concernées et à une utilisation efficace des ressources.

Bien que cette stratégie mette l'accent (en complément de la stratégie MNT) sur l'optimisation des soins dispensés aux personnes atteintes de ces maladies (mesures curatives ou thérapeutiques, mesures prises dans le cadre de la prévention tertiaire), les domaines de la prévention primaire et secondaire des maladies musculo-squelettiques font également partie de ce document de

stratégie. Il est cependant particulièrement important que les personnes atteintes de ces maladies disposent d'un accès à des prestations de soins complètes durant toutes les phases de leur maladie, et que des mesures visant à diminuer les impacts négatifs de la maladie sur les personnes concernées soient mises au point.

L'élaboration de la stratégie (mais pas la stratégie elle-même) et la mise en œuvre qui en découle ont donc pour but de contribuer à la mise en réseau des connaissances, de renforcer l'utilisation de synergies, d'organiser efficacement le recours aux ressources et d'améliorer l'efficacité et la durabilité des mesures préconisées grâce à une mise en œuvre coordonnée. De plus, ces éléments visent à favoriser la compréhension de cette thématique par le grand public et par la sphère politique, afin de servir de base à de possibles négociations au niveau fédéral.

2.4 Recoupements

Contrairement aux autres stratégies, qu'elles soient générales, spécifiques à une maladie ou complémentaires d'une autre stratégie, la présente stratégie ne comprend pas de champ d'action autonome de « Financement ». Le financement, de même que la question des ressources en personnel, devront être clarifiés séparément au début de la mise en œuvre pour chacune des mesures préconisées et chacun des différents projets.

La présente stratégie nationale « Maladies musculo-squelettiques » présente de nombreux recoupements avec la stratégie MNT et avec le plan des mesures y afférent, dont il convient de tenir compte :

Dans le cadre du champ d'action de la stratégie MNT « Promotion de la santé et prévention » et de la catégorie de mesures « Promotion de la santé et prévention destinées à la population », il existe des points de recoupement pour les axes d'intervention « Prévenir les facteurs de risque / Renforcer les facteurs de protection » liés à la promotion de la pratique d'une activité physique et d'une alimentation équilibrée. L'axe d'intervention « Favoriser les approches « phases de la vie » et « cadre de vie » » constitue un chevauchement des deux stratégies en particulier parce qu'il met l'accent sur les personnes âgées. La catégorie de mesures « Prévention dans l'économie et dans le monde du travail », qui fait également partie du domaine d'action 1 dans le cadre de la stratégie MNT, est elle aussi fortement corrélée à la présente stratégie en ce sens qu'elle préconise diverses mesures concernant les maladies musculo-squelettiques liées au travail, telles que les douleurs dorsales.

Le champ d'action 2 « Prévention dans le domaine des soins » présente de nombreux chevauchements avec la présente stratégie, p. ex. en ce qui concerne les mesures préconisées dans les rubriques « Renforcer l'autogestion des personnes atteintes de maladies chroniques et de leurs proches » ou « Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé ». D'autres recoupements existent au niveau des champs d'action et des domaines transversaux « Monitoring et recherche » (monitorage MNT), « Information et formation » (p. ex. informer le public, sensibiliser les personnes en situation de vulnérabilité) et « Conditions-cadre ».

Outre la stratégie MNT, il faut également tenir compte en particulier des champs d'action cités et des mesures préconisées dans le cadre des autres stratégies spécifiques aux maladies (contre le cancer, 2014-2017 ; contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète, 2017-2024) ainsi que dans le domaine de la santé psychique (rapport « Santé psychique en Suisse - État des lieux et champs d'action »).

2.5 Champs d'action

Dans le cadre de la mise au point de la stratégie, les nombreux apports concernant les actions requises ont été résumés en trois champs d'action différents. Ceux-ci sont intitulés « Prévention et dépistage précoce », « Prise en charge et soins » et « Recherche et formation ». Un aperçu de ces trois champs d'action et des domaines qui en font partie figure ci-après. Les champs d'action ou les domaines constituant ces champs d'action ne sont pas hiérarchisés. Il faut également noter que ce document de stratégie a moins vocation de couvrir toutes les actions requises dans le domaine des maladies musculo-squelettiques avec ces trois champs d'action que de décrire les actions requises classées comme prioritaires dans les domaines centraux. Les objectifs ainsi que les mesures/projets au sein de ces champs d'action ont été élaborés sur la base du principe suivant :

La personne est au centre.

Il est donc peu important de savoir s'il s'agit d'une personne en bonne santé, d'une personne présentant des facteurs de risque d'affection musculo-squelettique ou d'une personne atteinte d'une affection musculo-squelettique.

A Prévention et dépistage précoce

A1	Prévention	A2	Dépistage précoce
1.1	Prévention comportementale	2.1	Réduction des risques
1.2	Prévention structurelle	2.2	Diagnostic précoce

B Prise en charge et soins

B1	Médecine curative	B2	Auto-responsabilisation (empowerment)
1.1	Diagnostic	2.1	Information et formation
1.2	Traitement et prise en charge	2.2	Conseils et accompagnement
1.3	Collaboration interprofessionnelle	2.3	Participation et mise en réseau

C Recherche et formation

C1	Recherche	C2	Formation
1.1	Données disponibles	2.1	Formation de base
1.2	Promotion et coordination de la recherche	2.2	Formation postgraduée
1.3	Transfert de connaissances	2.3	Formation continue

Champs d'action A : prévention et dépistage précoce

Le premier champ d'action est subdivisé en deux domaines : la prévention (A1) et le dépistage précoce (A2). Dans le domaine « Prévention » figurent les mesures de prévention comportementale (1.1) et de prévention structurelle (1.2). Parmi les mesures / projets mentionnés, nombreux sont ceux qui sont d'ordre général et pertinents pour la prévention d'autres maladies non transmissibles. Ils font par conséquent également partie intégrante de stratégies spécifiques à une maladie ou de la stratégie MNT.

Le second domaine, intitulé « Dépistage précoce », s'attache d'une part à déterminer et minimiser les facteurs de risque susceptibles d'accroître la probabilité qu'une affection musculo-squelettique survienne (2.1 : Réduction des risques). Il traite d'autre part de mesures diagnostiques utiles au dépistage précoce (2.2).

A1 Prévention

Le domaine « Prévention » comprend deux aspects : la promotion de la compétence en matière de santé et les mesures préventives comportementales et structurelles. La population doit être sensibilisée à ce thème au moyen d'informations factuelles, complètes et adaptées au public ciblé portant sur les maladies musculo-squelettiques, leurs facteurs de risque et les moyens de les prévenir. Des mesures individuelles et structurelles sont évoquées dans les domaines très importants des facteurs de risque généraux que sont l'inactivité, le tabagisme, l'alimentation et le travail. Par ailleurs, les groupes de personnes vulnérables aux maladies musculo-squelettiques doivent être particulièrement renforcés dans le cadre de la prévention sélective.

1.1 Prévention comportementale

OBJECTIF

Encourager un comportement bénéfique pour la santé grâce à la mise en place de mesures comportementales adaptées.

MESURES / PROJETS

Généralités

- 1 Sensibiliser la population au moyen d'informations et d'explications sur les différentes maladies et différents groupes de maladies (arthrose, arthrite, rhumatisme des parties molles, ostéoporose et douleurs dorsales), sur les facteurs de risque et sur les stratégies de prévention possibles.

Inactivité

- 1 Promouvoir et coordonner les campagnes et programmes existants (Confédération, cantons, communes, ONG) sur le thème de l'activité physique.
- 2 Développer et mettre en œuvre des campagnes de prévention comportementale incitant à agir de manière concrète, p. ex. :
 - a collaboration avec des entreprises (p. ex. : parcours Vita)
 - b écoles : cartable d'écolier ou ergonomie à l'école
 - c lieu de travail : postes de travail ergonomiques
- 3 Favoriser les approches et les programmes déjà existants dans le domaine « Promotion de l'activité physique » dans le cadre de la prise en charge médicale (prévention dans le domaine des soins)

- 4 Développer et mettre en œuvre des programmes d'activité physique facilement accessibles et reposant sur des éléments probants dans des environnements spécifiques (p. ex. en mettant l'accent sur les personnes âgées dans les maisons de retraite)

Tabagisme

- 1 Promouvoir des programmes incitant à arrêter de fumer
- 2 Mettre en réseau les programmes de sevrage tabagique existants

Alimentation

- 1 Encourager les programmes aidant les personnes souffrant de carences alimentaires à atteindre un poids corporel normal

Lieu de travail

- 1 Encourager les campagnes en entreprise de prévention des maladies musculo-squelettiques liées au travail
- 2 Informer les employeurs et les employés au sujet des maladies musculo-squelettiques liées au travail et au sujet des facteurs de risque d'ordre psychique et physique qui en découlent

Groupes vulnérables

- 1 Élaborer du matériel d'information au sujet des maladies musculo-squelettiques, des moyens de les prévenir et de l'offre existante spécialement destinée aux groupes vulnérables
- 2 Promouvoir l'égalité des chances en garantissant un accès facilité aux programmes de promotion de la santé

1.2 Prévention structurelle

OBJECTIF

Favoriser des conditions de vie propices à la santé par le biais de mesures structurelles.

MESURES / PROJETS

Inactivité

- 1 Se focaliser davantage sur le sport et l'activité physique (théorie et pratique) dans le cadre de la scolarité obligatoire, au gymnase et lors de la formation professionnelle
- 2 Faire valoir l'intérêt de l'offre promouvant l'activité physique dans le cadre de projets cantonaux ou communaux (p. ex. avec la construction de piscines couvertes, de terrains de sport ou de salles de sport).

Lieu de travail

- 1 Mettre en place des incitations à créer des conditions-cadres propices à la santé dans le monde du travail
- 2 Renforcer les compétences des personnes responsables de la direction à identifier les structures favorisant les risques
- 3 Consolider la mise en réseau des acteurs de soins de santé avec les associations d'employeurs dans le but de prévenir les maladies musculo-squelettiques liées au travail

A2 Dépistage précoce

Le domaine du dépistage précoce est subdivisé en deux catégories : la réduction des risques (2.1) et le diagnostic précoce (2.2). Le domaine intitulé « Réduction des risques » couvre les personnes qui présentent des facteurs de risque manifestes pour une maladie, mais qui ne sont toutefois pas encore malades. L'objectif est de sensibiliser ces personnes à l'importance des facteurs de risque. Il convient par ailleurs de recueillir des informations au sujet de ces personnes dans le cadre d'interventions, d'évaluer leur risque de développer une maladie et de prendre des mesures visant à minimiser les facteurs de risque.

Le dépistage précoce des maladies musculo-squelettiques concerne les mesures permettant d'établir un diagnostic pour une maladie existante chez une personne déjà malade mais encore asymptomatique. Il s'agit donc de mettre au point des moyens destinées à dépister de manière précoce diverses maladies musculo-squelettiques et de prendre des mesures contribuant à identifier aussi rapidement que possible le risque d'évolution d'une affection musculo-squelettique vers la chronicité.

2.1 Réduction des risques

OBJECTIF

Sensibiliser les groupes de personnes présentant des facteurs de risque à l'importance de ces facteurs de risque. Mettre à la disposition de ces personnes une offre adaptée à leurs besoins visant la réduction de ces facteurs de risque.

MESURES / PROJETS

- 1 Informer les personnes présentant des facteurs de risque au sujet de leur importance et responsabiliser ces personnes dans le cadre d'une gestion adéquate de ces facteurs de risque (p. ex. traitement par le cortisol et risque de chutes, alimentation et ostéoporose, tabagisme et arthrite)
- 2 Élaborer des interventions visant à identifier et minimiser les facteurs de risque d'maladies musculo-squelettiques au sein de groupes cibles donnés
 - a Développer et mettre en œuvre un concept complet et multifactoriel de prévention des chutes
 - b Élaborer une offre de formation destinée aux employés et aux employeurs afin de favoriser un comportement ergonomique sur le lieu de travail ainsi que les moyens de minimiser les facteurs de risque (p. ex. lors de la manipulation d'objets lourds, en cas de position de travail statique, ou en cas de tâches répétitives)
 - c Évaluer et améliorer les offres permettant de faire de l'exercice afin de réduire les facteurs de risque

OBJECTIF

Dépister de manière précoce une affection musculo-squelettique et identifier le risque que celle-ci devienne chronique.

MESURES / PROJETS

Généralités

- 1 Encourager des échanges réguliers entre experts au sujet des moyens de dépister les maladies musculo-squelettiques à des stades précoces
- 2 Mettre au point des campagnes d'information permettant un dépistage précoce d'maladies musculo-squelettiques existantes (p. ex. symptômes des différentes formes de ces maladies, moment où une explication médicale s'avère nécessaire)

Ostéoporose / Prophylaxie des fractures

- 1 Élaborer et mettre en œuvre un questionnaire ciblé portant sur la détermination individuelle du risque d'ostéoporose
- 2 Développer et mettre en œuvre une technique de dépistage permettant de détecter les personnes vulnérables aux chutes
- 3 Élaborer un programme de dépistage précoce de l'ostéoporose financé par les assurances maladie et indiqué sur le plan médical

Évolution chronique des maladies musculo-squelettiques

- 1 Élaborer du matériel d'information au sujet des facteurs susceptibles de conduire à la chronicité d'une affection (p. ex. postures de protection et inactivité en cas de douleurs dorsales)
- 2 Mener des campagnes de sensibilisation auprès des médecins de premier recours (MPR) et des spécialistes au sujet des facteurs susceptibles de conduire à l'évolution chronique d'une affection
- 3 Mettre au point des algorithmes de diagnostic destinés aux médecins de premier recours (MSPR) en soutien au dépistage d'maladies pouvant devenir chroniques
- 4 Intégrer le personnel de santé non médical dans le dépistage des facteurs pouvant conduire à une chronicité de l'affection

Champ d'action B : prise en charge et soins

Les mesures préconisées dans le cadre du champ d'action B, correspondant à la prise en charge et aux soins, concernent les personnes atteintes d'une affection musculo-squelettique. Ce champ d'action couvre essentiellement la prévention tertiaire, qui s'applique toujours lorsque qu'une affection est déjà devenue symptomatique et qu'il convient d'atténuer l'intensité des conséquences de la maladie, d'éviter les séquelles et de prévenir les récives. Dans la mesure où le concept de prévention tertiaire comporte des chevauchements avec le domaine des traitements médico-thérapeutiques et de la rééducation, la question de savoir si les mesures préconisées sont de type préventif ou curatif est laissée à la libre appréciation de chacun.¹⁵⁹ Afin de faire justice à ces deux points de vue, le champ d'action « Prise en charge et soins » est divisé entre les deux domaines « Médecine curative » (B1) et « Auto-responsabilisation (empowerment) » (B2). Les différentes mesures du secteur curatif/thérapeutique sont évoquées dans le domaine intitulé « Médecine curative », tandis que toutes les autres mesures (préventives) destinées aux patients atteints d'une affection musculo-squelettique sont évoquées dans le domaine intitulé « Auto-responsabilisation (empowerment) ».

B1 Médecine curative

Le domaine « Médecine curative » aspire à ce que les personnes concernées et leurs proches puissent prétendre à des offres de haute qualité tout au long de la chaîne de prise en charge et de soins. Il met l'accent d'une part sur le diagnostic (1.1) et d'autre part sur l'élaboration d'une offre coordonnée de soins et de prise en charge pour la personne malade (1.2). Un troisième sous-domaine de la médecine curative traite de la collaboration interprofessionnelle (1.3) car celle-ci est cruciale pour garantir des soins optimaux aux personnes concernées par les maladies musculo-squelettiques. Outre la mise en réseau et la clarification quant aux rôles, compétences et responsabilités des intervenants, une collaboration interprofessionnelle réussie se caractérise par la mise au point d'instruments communs destinés au développement de la qualité des soins, afin de garantir globalement un traitement, une prise en charge et un accompagnement des patients.

1.1 Diagnostic

OBJECTIF

Établir un diagnostic spécifique chez un plus grand nombre de personnes atteintes d'une affection musculo-squelettique et poser le diagnostic de manière précoce. Assurer la collaboration entre les professionnels de la santé dans le cadre du diagnostic des maladies musculo-squelettiques.

MESURES / PROJETS

- 1 Mettre au point des algorithmes de diagnostic afin de soutenir les MSPR (p. ex. par le biais de la plateforme interprofessionnalité)
- 2 Élaborer des lignes directrices de transfert interprofessionnelles pour la collaboration des MSPR et des spécialistes
- 3 Informer les professionnels de la santé (pharmaciens, ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététiciens, personnel soignant, etc.) au sujet des différentes formes de manifestation des maladies musculo-squelettiques et les former à un triage adéquat des patients

- 4 Promouvoir de façon ciblée les méthodes d'examen cliniques durant le processus de diagnostic afin d'utiliser les ressources de façon efficace (en particulier dans le domaine des procédés d'imagerie et des examens de laboratoire)

1.2 Traitement et prise en charge

OBJECTIF

Fournir aux personnes concernées et à leurs proches des offres de traitement et de prise en charge flexibles, de haute qualité et adaptées à leurs besoins tout au long de leur maladie.

MESURES / PROJETS

- 1 Élaboration de concepts de gestion de la maladie interprofessionnelle et centrée sur le patient par le personnel de santé non médical, p. ex. les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes, ayant des compétences étendues entre autres au sujet :
 - a de la gestion de cas spécifiques à la maladie
 - b des centres de triage non spécifiques à la maladie
- 2 Mettre sur pied des accès comparables aux prestations de soins pour les groupes de personnes vulnérables au sein du système de santé (p. ex. les personnes issues de la migration ou ayant des connaissances linguistiques limitées)
- 3 Favoriser l'adhésion au traitement (p. ex. en utilisant de nouveaux moyens numériques d'accompagnement thérapeutique)
- 4 Évaluer les offres de traitement existantes et mettre au point de nouvelles offres reposant sur des éléments probants pour les différentes maladies (en particulier dans le domaine « Activité physique »)

Ostéoporose et prophylaxie des fractures

- 1 Mettre en œuvre un traitement de référence considérablement amélioré (c'est-à-dire examen et accompagnement systématiques) pour les fractures résultant de chutes
- 2 Mettre en œuvre un programme combinant activité physique (entraînement pour l'activité physique et l'équilibre) et alimentation (conseils nutritionnels) afin de réduire l'impact de l'ostéoporose
- 3 Améliorer la coordination des offres de soins déjà existantes dans le domaine de l'ostéoporose et de la prophylaxie des chutes

1.3 Collaboration interprofessionnelle

OBJECTIF

Améliorer et favoriser la collaboration interdisciplinaire des professionnels impliqués. Garantir la qualité des soins des personnes concernées grâce à une collaboration structurée et coordonnée.

MESURES / PROJETS

- 1 Mettre sur pied un réseau ou une plateforme destiné(e) aux professionnels de la santé dans le domaine des maladies musculo-squelettiques, dans l'optique de mettre en réseau ces professionnels
- 2 Clarifier les rôles, compétences et responsabilités de tous les professionnels de la santé impliqués dans les soins et la prise en charge des patients (p. ex. en lien avec le traitement)

- 3 Discuter de l'organisation et instaurer une indemnisation adéquate des prestations de coordination fournies par divers professionnels de la santé au sein du système de soins
- 4 Organiser des cercles interdisciplinaires portant sur la « qualité des soins prodigués aux patients atteints d'une affection musculo-squelettique »
- 5 Élaborer et réviser les critères de qualité minimaux et pragmatiques dans le domaine du diagnostic et du traitement des différentes formes de maladies
- 6 Préparer et mettre en œuvre de manière interdisciplinaire des parcours thérapeutiques pour les patients, ainsi que des lignes directrices diagnostiques et thérapeutiques reposant sur des données probantes destinées au système suisse
- 7 Promouvoir les discussions au sujet des patients entre les spécialistes et les autres professionnels de la santé au sein des cliniques et dans le contexte ambulatoire
- 8 Définition des objectifs de la rééducation par les professionnels impliqués dans le traitement en collaboration avec les patients

B2 Auto-responsabilisation (empowerment)

Le domaine « Auto-responsabilisation (empowerment) » concerne l'aptitude des patients à devenir capable de discernement et capable d'agir pour tout ce qui a trait à leurs questions de santé. Les patients et leurs proches doivent avoir la possibilité d'accroître leurs compétences. Ils devraient par conséquent pouvoir bénéficier, tout au long de leur maladie, d'une offre complète incluant des informations, des formations ainsi que des conseils et un accompagnement (2.1 et 2.2). Par ailleurs, il est important à ce titre de soigner par exemple la coordination de l'offre existante parmi les différents prestataires. En troisième lieu, il est également crucial que les patients participent et soient mis en réseau les uns avec les autres (2.3) afin que la promotion des intérêts des patients atteints d'une affection musculo-squelettique soit renforcée.

2.1 Information et formation

OBJECTIF

Mettre à la disposition des patients et de leurs proches des moyens de s'informer et de se former de manière approfondie au sujet des maladies musculo-squelettiques. Coordonner l'offre d'information et préparer les informations factuelles de façon à ce qu'elles soient adaptées au public cible. Former les patients et leurs proches pour leur permettre de prendre des décisions de manière autonome tout au long de leur maladie.

MESURES / PROJETS

Information

- 1 Développer un pôle de compétences pour les informations relatives aux maladies musculo-squelettiques destinées aux patients (p. ex. informations portant sur les différentes formes d'maladies, leur maîtrise et leur gestion, ainsi que les différents traitements possibles)
- 2 Coordonner les offres d'information existantes parmi les prestataires
- 3 Mettre au point des campagnes d'information portant sur les avantages de l'activité physique en cas d'affection musculo-squelettique et sur le comportement à adopter en cas de douleurs
- 4 Informer les professionnels au sujet de l'offre d'information existante destinée aux patients (p. ex. à l'occasion de séminaires, de congrès, de manifestations de formation continue, ou encore dans des revues spécialisées)

Formation

- 1 Gestion de la maladie :
 - a Développer l'offre existante de formations destinées aux patients portant sur la gestion de leur maladie
 - b Thématiser et promouvoir le concept de gestion de la maladie au sein des traitements prodigués par les physiothérapeutes et ergothérapeutes
 - c Encourager les échanges entre patients et entre proches sur le thème de la gestion de la maladie

Capacité de dialogue :

- 1 Développer et consolider l'offre existante de formations destinées aux patients portant sur les interactions entre patient et médecin ou entre patient et d'autres professionnels de la santé

2.2 Conseils et accompagnement

OBJECTIF

Garantir aux patients et à leur proches un accès aisé à une offre de conseils et d'accompagnement globale et adaptée à leurs besoins, qui soit compétente et assurée de manière professionnelle. Coordonner l'offre de conseils et d'accompagnement.

MESURES / PROJETS

- 1 Mettre au point une offre de conseils relatifs à différents sujets (p. ex. sur les différentes formes d'maladies, sur la gestion et la maîtrise de la maladie et sur les différents traitements possibles)
- 2 Coordonner les offres de conseils existantes parmi les prestataires
- 3 Développer et mettre en œuvre une offre d'accompagnement et de coaching à laquelle les patients peuvent avoir recours en cas de nécessité (p. ex. coach dans le domaine de l'emploi, coach pour le quotidien, coach pour la gestion des douleurs)

OBJECTIF

Mettre en réseau les patients ou leurs représentants avec les domaines centraux de la recherche, la politique et la société, afin qu'ils s'y intègrent et y représentent leurs intérêts.

MESURES / PROJETS

Généralités

- 1 Renforcer la collaboration au sein des ligues de santé (organisations/ représentations de patients souffrant d'autres maladies chroniques) afin de promouvoir davantage les intérêts des patients

Société et sphère politique

- 1 Médicaments :
 - a Prévenir les restrictions possibles en termes d'autorisation et d'utilisation des médicaments, et protéger contre leur administration excessive
- 2 Rééducation :
 - a Améliorer la mise en réseau des soins d'urgence et de la rééducation dans le domaine des maladies musculo-squelettiques
 - b Promouvoir le développement d'établissements de rééducation (de proximité, avec une situation relativement centrale) de haute qualité (dans le contexte du développement démographique et de la diminution du temps de séjour dans les unités de soins d'urgence)
- 3 Professionnels de la santé :
 - a Encourager la relève dans le domaine des professions de la santé médicales et non médicales
- 4 Recherche :
 - a Intensifier la mise en réseau de la recherche dans le domaine des maladies musculo-squelettiques et la sphère politique, afin de créer des processus politiques décisionnels reposant sur des éléments probants
 - b Informer les patients au sujet des résultats actuels de la recherche par le biais d'une plateforme en ligne ou d'une newsletter
 - c Renforcer l'implication des patients durant tout le processus de recherche
- 5 Coûts :
 - a Élaborer des solutions pour résoudre le problème des coûts non couverts pour les traitements médicamenteux, conservateurs ou de rééducation
 - b Mettre au point des stratégies de (ré-)intégration professionnelle des patients, y compris la clarification des possibilités de financement

¹⁶⁰ « Par participation, on entend le fait de prendre part de façon individuelle ou collective aux décisions qui concernent son propre mode de vie ainsi que sa propre situation sociale, économique et politique, ce qui inclut par conséquent également toujours sa propre santé ». Citation tirée de Rosenbrock & Hartung (2012), p. 9.

Champ d'action C : recherche et formation

Le champ d'action C est dédié aux questions liées à la recherche et à la formation, qui sont fortement liées à une prévention optimale des maladies musculo-squelettiques et à l'attribution de soins adéquats aux patients.

C1 Recherche

L'objectif du domaine « Recherche » est de développer les données disponibles concernant les maladies musculo-squelettiques. L'adaptation et le développement des statistiques de santé et des registres existants (1.1) y contribuent alors, au même titre que la promotion de la recherche (1.2). Des projets novateurs concernant les soins prodigués aux personnes atteintes par des maladies musculo-squelettiques doivent faire l'objet d'un suivi scientifique plus fréquent. Le but de ce suivi scientifique est d'obtenir des informations portant sur l'efficacité de ces soins et de pouvoir ainsi en améliorer la qualité. Les résultats de la recherche doivent par ailleurs être plus facilement accessibles aux professionnels impliqués dans les soins et doivent pouvoir être partagés plus facilement (1.3).

1.1 Données disponibles

OBJECTIF

Des données de haute qualité relatives à la situation des maladies musculo-squelettiques en Suisse sont disponibles en plus grand nombre ; elles peuvent être évaluées et utilisées.

MESURES / PROJETS

Statistiques de santé

- 1 Vérifier et adapter la collecte des données statistiques relatives aux maladies musculo-squelettiques

Données des registres

- 1 Encourager la participation à des registres de données (par ex. SCQM) en fournissant davantage d'informations, en instaurant des mesures d'incitation, en simplifiant la participation ou en renforçant le caractère contraignant de la participation (p. ex. en cas de prescription de certains médicaments)
- 2 Développer et consolider la base des données disponibles sur les maladies musculo-squelettiques non inflammatoires
- 3 Favoriser la mise en réseau des différents registres de maladies dans le contexte de la multimorbidité

1.2 Promotion et coordination de la recherche

OBJECTIF

Coordonner et promouvoir la recherche relative aux maladies musculo-squelettiques, à leur prévention et aux soins qu'elles requièrent.

MESURES / PROJETS

- 1 Clarifier les besoins en termes de recherche en tenant compte des patients
- 2 Élaborer une plateforme nationale d'information et de coordination dédiée à la recherche sur les maladies musculo-squelettiques

- 3 Apporter une aide financière à la recherche en déployant un fonds ou en attribuant des prix de recherche
 - 4 Promouvoir le suivi scientifique et l'évaluation de projets novateurs en matière de soins afin de clarifier leur effet et leur efficacité
 - 5 Favoriser l'évaluation scientifique des différentes formes de traitement pour les diverses maladies musculo-squelettiques
 - 6 Promouvoir l'étude de questions de recherche d'ordre interdisciplinaire et axées sur la pratique dans le domaine des maladies musculo-squelettiques
 - 7 Encourager les projets novateurs en matière de recherche sur les thèmes de la qualité (p. ex. mesures de la qualité, promotion de la gestion de la qualité)
 - 8 Clarifier les questions ayant trait à l'efficacité, à l'adéquation et à l'économicité des prestations de soins dans le domaine des maladies musculo-squelettiques

1.3 Transfert de connaissances

OBJECTIF

Garantir le partage des résultats de recherche entre professionnels. Les résultats issus de la recherche sont plus fréquemment inclus par les praticiens dans le cadre du traitement, de la prise en charge et de l'accompagnement des patients.

MESURES / PROJETS

- 1 Mettre au point une plateforme de gestion des connaissances destinée aux professionnels impliqués dans le domaine des maladies musculo-squelettiques
- 2 Informer les professionnels au sujet des résultats issus de la recherche les plus récents par le biais d'une newsletter

C2 Formation

Les compétences professionnelles des différents corps de métier sont au cœur du domaine « Formation ». Elles doivent être étendues et approfondies afin de garantir et d'accroître la qualité des soins. Cela est déterminant dans la mesure où de nouvelles offres de prise en charge et d'accompagnement destinées aux patients doivent être élaborées et mises en œuvre dans le cadre du champ d'action B (« Prise en charge et soins »). Il faut donc tenir compte des développements proposés en instaurant des mesures et des offres correspondantes dans le domaine « Formation ». Le domaine « Formation » est subdivisé en trois parties : « Formation de base » (2.1), « Formation postgraduée » (2.2) et « Formation continue » (2.3).

2.1 Formation de base

OBJECTIF

Faire des maladies musculo-squelettiques une partie intégrante des formations universitaires et non universitaires de tous les professionnels impliqués.

MESURES / PROJETS

- 1 Mettre davantage l'accent sur le thème des maladies musculo-squelettiques, de leur diagnostic, des facteurs de risque qui y sont associés et de leur prévention dans le cadre de la formation médicale de base (études de médecine, universités)
- 2 Mettre davantage l'accent sur le thème des maladies musculo-squelettiques, de leur dépistage, des facteurs de risque qui y sont associés et de la prévention de ces facteurs de risque dans le cadre de la formation de base des professionnels de la santé non médicaux étant en contact avec les patients (physiothérapeutes, ergothérapeutes, personnel soignant/infirmier diplômé ES et HES, etc.)

2.2 Formation postgraduée

OBJECTIF

Faire figurer les maladies musculo-squelettiques dans une mesure adéquate dans le cadre des programmes de formation postgraduée. Mettre au point et instaurer de nouvelles formes de formations postgraduées si cela est nécessaire.

MESURES / PROJETS

- 1 Mettre davantage l'accent sur le contenu portant sur la médecine musculo-squelettique dans le cadre de la formation postgraduée de médecin de premier recours (spécialiste en médecine interne générale)
- 2 Concevoir une formation postgraduée spécifique (ou non spécifique) aux maladies musculo-squelettiques destinée aux professionnels de la santé non médicaux

2.3 Formation continue

OBJECTIF

Fournir aux professionnels de la santé impliqués dans les soins prodigués aux patients des informations suffisantes et conformes à l'état actuel des connaissances scientifiques dans le cadre de formations continues, afin qu'ils puissent échanger entre eux par la suite.

MESURES / PROJETS

- 3 Mettre au point et instaurer des programmes de formation continue interprofessionnels communs destinés aux professionnels de la santé
- 4 Développer et mettre en œuvre des congrès interprofessionnels destinés aux professionnels de la santé (en complément aux excellents congrès spécialisés déjà établis)

2.6 Mise en œuvre

Les champs d'action formulés dans le cadre de la stratégie ainsi que les domaines qui y sont inclus, leurs objectifs et les mesures préconisées ont été conçus pour une période de 6 ans (de 2017 à 2022) et doivent être abordés au début de l'année 2017.

La stratégie comporte un ensemble de mesures qui doivent être classées par ordre de priorité et différenciées dans le cadre de sa mise en œuvre. Certaines questions relatives aux ressources financières et aux ressources en personnel doivent également être clarifiées. Il faut par ailleurs tenir compte de la coordination optimale avec les autres stratégies (section 2.4 : Recoupements).

Il n'est pas attendu que l'ensemble des mesures préconisées soient appliquées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie. La présente stratégie offre toutefois aux différents acteurs un axe d'orientation possible pour élaborer et mettre en œuvre des offres concrètes concernant la prévention et le traitement des maladies musculo-squelettiques.

La Ligue suisse contre le rhumatisme est responsable de la stratégie globale et assume donc un rôle central également en ce qui concerne sa mise en œuvre : outre la réalisation responsable de mesures choisies, elle soutiendra et coordonnera donc la mise en œuvre de mesures supplémentaires et assurera la prise en charge de tâches dans le domaine de la quantification des objectifs poursuivis, leur évaluation et la production de rapports.

Il est souhaitable que des acteurs tels que les groupes professionnels, les organisations professionnelles, les ligues et les organisations de patients, etc., s'engagent et collaborent à des projets sélectionnés, voire en prennent les commandes. La plupart des projets mentionnés sont initiés de façon décentralisée durant la phase de mise en œuvre.

3 Annexe

3.1 Liste des figures

Figure 1 : Troubles physiques durant l'année 2012. Proportion de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, sur une période de quatre semaines. Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 31. **15**

Figure 2 : Nombre de personnes hospitalisées suite à une affection musculo-squelettique (2010-2012). Taux pour 100 000 habitants (axe des ordonnées). Source : Office fédéral de la statistique (éd., 2014), p. 45. **24**

Figure 3 : Personnes hospitalisées pour une pose de prothèse de la hanche (graphiques du haut) ou une pose de prothèse du genou (graphiques du bas) pour 100 000 habitants (axe des ordonnées), Office fédéral de la statistique (OFS) (éd., 2014), p. 46. **28**

Figure 4 : Coûts médicaux directs liés aux maladies musculo-squelettiques en Suisse en 2011, d'après Wieser et al. (2014), p. 85. **29**

3.2 Abréviations

AOS	assurance obligatoire des soins
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
DALY	Disease adjusted life years (années de vie corrigées du facteur invalidité)
MNT	maladies non transmissibles
MPR	médecine de premier recours
MSPR	médecins de premier recours
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
YLD	Years lived with disability (années vécues avec un handicap)

3.3 Glossaire

Auto-responsabilisation (empowerment)

« *L'empowerment* (que l'on peut traduire littéralement par développement des compétences propres, autonomisation, renforcement de son pouvoir propre et de sa propre autonomie) décrit les processus de développement en fonction du temps, durant lesquels des personnes acquièrent la force dont elles ont besoin afin de vivre une vie qualifiée de « meilleure » selon une définition individuelle qui leur est propre ». ¹⁶¹

Collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle

« Les deux notions sont souvent utilisées comme synonymes. La collaboration interdisciplinaire utilise les méthodes et les conceptions de différentes disciplines (p. ex. sciences naturelles, sciences humaines). La collaboration interprofessionnelle rassemble les connaissances des différentes professions (p. ex. soins infirmiers, médecine, physiothérapie). Le regroupement de différents aspects partiels et le transfert des compétences de tous les experts dans un groupe interprofessionnel permet de développer de nouvelles stratégies de solutions ». ¹⁶²

Compétence en matière de santé

« Les compétences en matière de santé recouvrent les compétences, les connaissances et les motivations (de la population, de groupes de population ou des individus) pour accéder à, comprendre, évaluer et utiliser les informations concernant la santé afin de se faire une opinion et de prendre des décisions individuelles ou collectives au quotidien pour promouvoir la santé et pour prévenir et soigner les maladies, de sorte à maintenir ou améliorer la qualité de vie des personnes tout au long de leur existence ». ¹⁶³

Fardeau de la maladie

« Impact médical, social et économique d'un problème de santé, quantifié au niveau d'une population. Il est mesuré par le coût, la morbidité ou d'autres indicateurs. Les indicateurs économiques d'un fardeau de la maladie sont les coûts directs des soins de santé et les coûts indirects dus à une perte de productivité (absentéisme) ». ¹⁶⁴

Gestion de la maladie (disease management)

Les programmes de *disease management* sont des programmes standardisés dont le but est d'améliorer la qualité et la continuité des soins prodigués aux patients atteints de maladies chroniques. Ces programmes reposent sur une médecine factuelle et couvrent le diagnostic, la prévention, le traitement et le suivi des patients. Ils mettent également l'accent sur la formation des patients. ¹⁶⁵

Médecine de premier recours (MPR)

« Prise en charge médicale ambulatoire de la population par les médecins de premier recours et par d'autres professionnels de santé : infirmiers / infirmières, pharmacien-ne-s, sages-femmes, physiothérapeutes et ergothérapeutes, diététicien-ne-s et professions auxiliaires (assistant-e médical-e ou assistant-e en soins et santé communautaire) ». ¹⁶⁶

¹⁶¹ Herriger (2014), p. 12.

¹⁶² Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2013), p. 32.

¹⁶³ Académie Suisse des Sciences Médicales (éd., 2015), p. 12.

¹⁶⁴ Office fédéral de la santé publique (éd., 2014), p. 53.

¹⁶⁵ Haisch (2014), p. 290.

¹⁶⁶ Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé publique (2012), p. 9.

Médecins de premier recours (MSPR)

« Les médecins de premier recours sont les médecins en cabinet ayant une formation postgrade en médecine générale, médecine interne et, depuis peu, en médecine interne générale, en pédiatrie, ainsi que les médecins praticiens ayant ce seul titre de formation postgrade ». ¹⁶⁷

Participation

« Par participation, on entend le fait de prendre part de façon individuelle ou collective aux décisions qui concernent son propre mode de vie ainsi que sa propre situation sociale, économique et politique, ce qui inclut par conséquent également toujours sa propre santé ? ». ¹⁶⁸

Prévention

« La prévention des maladies (souvent désignée de façon abrégée par prévention) désigne l'ensemble des interventions qui contribuent à éviter le développement ou la propagation d'une maladie. Ces interventions visent à prévenir ou à écarter les risques menant au développement ou à la propagation des maladies. Une intervention ciblée requiert une connaissance des dynamiques pathogénétiques et physiopathologiques, c'est-à-dire des stades de développement et de progression de la maladie ». ¹⁶⁹

Prévention tertiaire

« En revanche, la prévention tertiaire est toujours présente lorsqu'une maladie est déjà devenue symptomatique ou qu'un état indésirable est déjà apparu. Ces mesures s'adressent par conséquent aux patients et patientes ; dans ce contexte, il s'agit alors d'atténuer l'intensité des conséquences d'une maladie, d'éviter les séquelles ou de prévenir les récurrences ou d'autres manifestations ». ¹⁷⁰

Prise en charge intégrée

« Cette notion désigne l'idée d'une prise en charge étendue à tous les secteurs et groupes professionnels et axée sur le patient, accordant une place importante à la mise en réseau, à la collaboration et à la coordination dans le but d'améliorer la qualité des soins. ¹⁷¹ Elle renvoie donc à la perméabilité des structures de prise en charge, à la collaboration interdisciplinaire des groupes professionnels et à une prise en compte globale des besoins des personnes concernées ». ¹⁷²

Promotion de la santé

Le concept de promotion de la santé désigne l'ensemble des interventions qui contribuent à renforcer les capacités individuelles à maîtriser sa propre vie. Ces interventions visent à améliorer les conditions de vie économiques, culturelles, sociales, psychiques ainsi que les conditions en termes de formation et d'hygiène de vie d'individus ou de groupes spécifiques de la population. Une intervention ciblée requiert une connaissance des dynamiques salutogéniques et en particulier des conditions-cadre et contextuelles permettant d'être et de rester en bonne santé. ¹⁷³

¹⁶⁷ Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé publique (éd., 2012), p. 5.

¹⁶⁸ Rosenbrock & Hartung (2012), p. 9.

¹⁶⁹ Hurrelmann et al. (2014), p. 14.

¹⁷⁰ Leppin (2014), p. 37.

¹⁷¹ Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé publique (2012), p. 9.

¹⁷² Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2013), p. 31.

¹⁷³ Hurrelmann et al. (2014), p. 14.

3.4 Composition du groupe d'experts

Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE)

Monika Zollinger, membre du Comité de l'ASE

Association Suisse de Physiothérapie (« physioswiss »)

Pia Fankhauser, Vice-Présidente de « physioswiss »

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Markus Kaufmann (Dossier « Promotion de la santé et prévention »)

Ligue suisse contre le rhumatisme (LSR)

Thomas Langenegger, rhumatologue et Vice-Président de la LSR

René Bräm, Directeur de la SSSA et assesseur au Comité de la LSR

Peter Oesch, physiothérapeute, assesseur au Comité de la LSR

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Eva Bruhin, responsable du secrétariat MNT de l'OFSP

Luciano Ruggia, chef de projet dans le service MNT de l'OFSP

Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie « swiss orthopaedics »

Urs Müller, orthopédiste et membre du Comité du « swiss orthopaedics »

Société suisse de rhumatologie (SSR)

Diego Kyburz, rhumatologue et Président de la SSR

Walter Kaiser, rhumatologue et ancien Président de la SSR

3.5 Personnes interviewées

René Bräm Directeur de la Société suisse de spondylarthrite ankylosante (SSSA)

Pia Fankhauser physiothérapeute et Vice-Présidente de l'Association suisse de physiothérapie (physioswiss)

Claudia Hurtig Directrice de la Ligue contre le rhumatisme de Schaffhouse

Walter Kaiser spécialiste et expert en rhumatologie, ancien Président de la Société suisse de rhumatologie (SSR)

Nicola Keller spécialiste en rhumatologie et Président de la Ligue contre le rhumatisme du Tessin

Diego Kyburz spécialiste en rhumatologie et Président de la Société suisse de rhumatologie (SSR)

Thomas Langenegger spécialiste en rhumatologie, Vice-Président de la Ligue suisse contre le rhumatisme (LSR)

Barbara Laube physiothérapeute et membre du Comité de l'Association suisse de physiothérapie (physioswiss)

Christian Meier spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecine interne, Président de l'Association Suisse contre l'Ostéoporose (ASCO)

Esther Moser Directrice de la Ligue contre le rhumatisme de Berne

Urs Müller orthopédiste et membre du Comité de la Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie (swiss orthopaedics)

Peter Niggli assesseur au Comité de la Ligue contre le rhumatisme de Schaffhouse

Peter Oesch PhD en physiothérapie et membre du Comité de la Ligue suisse contre le rhumatisme (LSR)

Marcel Schuler Responsable du Centre chargé du travail communautaire chez Pro Senectute Lucerne

Stephan Staffelbach ergothérapeute spécialisé en prévention sanitaire et en examen ergonomique des postes de travail

Werner Sutter spécialiste en rhumatologie, Président de la Ligue contre le rhumatisme de Thurgovie

Sabine von Känel Directrice de la Fondation SCQM

Karin Werner Professeure de travail social et membre du Comité de la Société suisse de spondylarthrite ankylosante

Monika Zollinger ergothérapeute et membre du Comité de l'Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE)

3.6 Participants à la consultation

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Représentant-e-s du Comité de la Ligue suisse contre le rhumatisme

Représentant-e-s des Ligue cantonales contre le rhumatisme et des organisations nationales de patients

Association suisse de physiothérapie (physioswiss)

Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE)

Association Suisse Contre l'Ostéoporose (ASCO)

Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR)

Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe)

Andy Biedermann, Public Health Services

3.7 Références

- Académie Suisse des Sciences Médicales (éd., 2015). *Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven (Compétences en matière de santé – État et perspectives)*.
- Aeschlimann, A.G. & Ziswiler, H.-R. (2006). Weichteilrheumatische Syndrome. In : P. M. Villiger & M. Seitz (Hrsg.), *Rheumatologie in Kürze. Klinisches Basiswissen für die Praxis* (S. 198-215). Stuttgart : Thieme.
- Aeschlimann et al. (2013). Fibromyalgie-Syndrom. Neue Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie. Teil 1 : Krankheitsbild, Hintergründe und Verlauf. *Forum Médical Suisse*, 13 (26), 517-521.
- Ang, D.C., Choi, H., Kroenke, K. & Wolfe, F. (2005). Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 32 (6), 1013-1019.
- Bally, M. (2015). Osteoporose : Update 2015. *Der informierte Arzt*, 4, 45-49.
- Barth, J. & Hlavica, M. (2011). *Präventive Massnahmen gegen ausgewählte rheumatische Erkrankungen*. Rapport produit sur mandat de la Ligue suisse contre le rhumatisme. Travail non publié réalisé auprès de l'Université de Berne, Institut de médecine sociale et préventive, Département de recherche en santé.
- Baumeister, H., Höfler, M., Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Bengler, J. & Härter, M. (2004). Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (1), 33-41.
- Brüngger, B. et al. (2014). *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten*. Rapport final. Étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Polynomics & Helsana. Consulté le 07.07.2015 sur http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Helsana_Schlussbericht_Koordinationsbedarf_20141219.pdf
- Bühling, K., Lepenies, J. & Witt, K. (2000). *Allgemeine und spezielle Pathologie. Intensivkurs* (2e éd.). München : Urban und Fischer.
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Office fédéral de la santé publique (OFSP) (éd. 2012), *Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours*. Rapport du groupe de travail sur les « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours » par la CDS et l'OFSP. Berne.
- Cush, J.J. (2007). Early rheumatoid arthritis. Is there a window of opportunity? *The Journal of Rheumatology*, 80 (Suppl.), 1-7.
- Dachverband Osteologie e.V. (DVO) (éd., 2014). *Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen*. Consulté le 05.08.2015 sur : http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute for Future Studies, Oxford University Press.
- Danuser, B. (2014). Arbeitsassozierte Erkrankungen. *Spectra*, 105. Consulté le 19.02.2016 sur : http://www.spectra-online.ch/de/footer/archiv_0/pdf-archiv/105-13-25.html
- Desmeules, J., Cedraschi, C., Piguet, V. & Dayer, P. (2009). Fibromyalgie zwischen Erbgut und Psyche. *Forum Médical Suisse*, 9 (13), 265-267.
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (éd., 2008). *Memorandum. Rheumatologische Versorgung von akut und chronischen Rheumakranken in Deutschland*. Consulté le 05.08.2015 sur : <http://dgrh.de/?id=8878>

- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (éd., 2013). *Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. Langfassung zur S3-Leitlinie*. Consulté le 22.02.2016 sur : <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-003.html>
- Deutsche Rheuma-Liga (2010). *Wenn Drüsen streiken. Das Sjögren-Syndrom. Ein Ratgeber für Betroffene*. Consulté le 12.08.2015 sur <http://www.rheuma-liga.de> (disponible uniquement en allemand).
- Engelhardt, M. (2003). Epidemiologie der Arthrose in Westeuropa. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54 (6), 171-175.
- Fuchs, J., Rabenberg, M. & Scheidt-Nave, C. (2013). Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 678-686.
- Gabriel, S.E. & Michaud, K. (2009). Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Research & Therapy*, 11 (229) (DOI :10.1186/ar/2669).
- Gadola, S. D. & Villiger, P.M. (2006). Konnektivitäten («Kollagenosen») und Vaskulitiden. In : P. M. Villiger & M. Seitz (éd.), *Rheumatologie in Kürze. Klinisches Basiswissen für die Praxis* (pp. 74-115). Stuttgart : Thieme.
- Gerster, J.-C. & Moeller, B. (2006). Kristallablagerungskrankheiten. In : P. M. Villiger & M. Seitz (éd.), *Rheumatologie in Kürze. Klinisches Basiswissen für die Praxis* (pp. 41-56). Stuttgart : Thieme.
- Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G. & Rowe, B.H. (2009). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No. : CD000340 (DOI :10.1002/14651858.CD000340).
- Graf, M., Pekruhl, U., Korn, K., Krieger, R., Mücke, A. & Zölch, M. (2007). *4e enquête européenne sur les conditions de travail, 2005. Résultats choisis selon la perspective suisse*. Secrétariat d'État à l'économie (SECO) et Hochschule für Wirtschaft der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW).
- Haentjens, P., Magaziner, J., Colon-Emeric, C.S., Vanderschueren, D., Milisen, K., Velkeniers, B. & Boonen, S. (2010). Meta-analysis. Excess mortality after hip fracture among older women and men. *Annals of Internal Medicine* 152 (6), 380-390.
- Haisch, J. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis. Dans K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (éd.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4e édition entièrement remaniée, pp. 287-296.). Berne : Hans Huber.
- Hermann, J. & Horwath-Winter, J. (2011). Diagnose und Therapie des Sjögren-Syndroms. *Journal für Mineralstoffwechsel & Muskuloskelettale Erkrankungen*, 18 (2), 72-76.
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5e édition mise à jour et complétée). Stuttgart : Kohlhammer.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2014). *Prävention und Gesundheitsförderung* (4e édition entièrement remaniée). Berne : Huber.
- Jooss, K. & Gerfin, A. (2011). *Rückenreport Schweiz, 2011 (Rapport suisse sur la santé du dos, disponible en allemand uniquement). Die Erhebung zur Rückengesundheit von Herrn und Frau Schweizer (Recensement au sujet de la santé dorsale de M. et Mme Schweizer, disponible en allemand uniquement)*. Consulté le 01.07.2015 sur http://bgm-ostschweiz.ch/wp_live/wp-content/uploads/Rueckenreport_Schweiz_2011.pdf
- Keel, P., Schwarz, H., Brem, P. & Operschall, C. (2007). Das Vermeiden der Chronifizierung unspezifischer lumbaler Rückenschmerzen (Comment éviter l'évolution chronique de douleurs dorsales lombaires non spécifiques). *Forum Médical Suisse*, 7, 514-519.

- Knecht, M. & Hämmig, O. (2008). *Manque d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et troubles affectant le dos. Résultats choisis d'une enquête en entreprise de grande ampleur*. Étude menée sur mandat du Secrétariat d'État à l'économie (SECO) en collaboration avec l'Université de Zurich et l'EPFZ. Consulté le 15.01.2016 sur : <http://www.seco.admin.ch>
- Krieg, M.-A. & Seitz, M. (2006). Knochenerkrankungen. In : P. M. Villiger & M. Seitz (éd.), *Rheumatologie in Kürze. Klinisches Basiswissen für die Praxis* (pp. 180-197). Stuttgart : Thieme.
- Langenegger, T., Fransen, J., Forster, A., Seitz, M. & Michel, B.A. (2001). Klinisches Qualitätsmanagement bei der Rheumatoiden Arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 60, 333-341.
- Läubli, T. & Müller, C. (2009). Arbeitsbedingungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Geschätzte Fallzahlen und volkswirtschaftliche Kosten für die Schweiz. *Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik*, 11, 22-25.
- Leppin, A. (2014). Konzepte und Strategien der Prävention. Dans K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (éd.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4e édition entièrement remaniée, pp. 36-44). Berne : Verlag Hans Huber.
- Lippuner, K. (2012). Epidemiologie und Stellenwert der Osteoporose in der Schweiz. *Therapeutische Umschau*, 69 (3), 137-144.
- Lippuner, K., Johansson, H., Kanis, J.A. & Rizzoli, R. (2009). Remaining lifetime and absolute 10-year probabilities of osteoporotic fracture in Swiss men and women. *Osteoporosis International*, 20, 1131-1140.
- Lühmann, D. & Zimolong, B. (2007). Prävention von Rückenerkrankungen in der Arbeitswelt. In B. Bandura, H. Schellschmidt & C. Vetter (éd.), *Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten* (pp. 63-80). Heidelberg : Springer.
- Lundkvist, J., Kastang, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment : Health burden and costs. *The European Journal of Health Economics*, 8 (2), 49-60.
- Manthorpe & Manthorpe (2005). Das primäre Sjögren-Syndrom. Epidemiologie und Prognose. *Aktuelle Rheumatologie*, 30 (1), 27-31.
- Meier, C. & Kraenzlin, M. E. (2013). Osteoporose : Therapie-Update 2013, Teil 1. Therapieindikationen und praktisches Vorgehen. *Forum Médical Suisse*, 13 (41), 811-813.
- Miehle, W. (2007). « Rheuma » - ein Patientenlehrbuch. *Informationen für den mündigen Patienten. Rat, Hilfe und Information bei chronischen Arthritiden, Arthrosen der grossen und kleinen Gelenke, bei Weichteilrheuma sowie entzündlichen und verschleissbedingten Wirbelsäulenerkrankungen* (2e édition remaniée, mise à jour et complétée). Samerberg : Rheumamed-Verlag.
- Müller, A., Hartmann, M. & Eich, W. (2000). Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (FMS). *Der Schmerz*, 14 (2), 77-83.
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS), (éd., 2015). *Statistique de l'AI 2014*. Berne : OFCL.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (éd., 2012). *Statistique médicale des hôpitaux 2010*. Tableaux standard. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (éd., 2014). *Statistiques de la santé 2014*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (éd., 2015). *Statistique médicale des hôpitaux 2014*. Tableaux standard. Résultats provisoires. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.

- Office fédéral de la santé publique (OFSP), (éd., 2014). *Stratégie nationale de prévention de la grippe saisonnière (GRIPS) 2015 – 2018* Consulté le 08.02.2016 sur <http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/broschueren/publikationen-uebertragbare-krankheiten/strategie-grips.html>
- Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (éd. 2013). *Stratégie nationale en matière de démences 2014-2017*. Berne.
- Petri, M. (2002). Epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16 (5), 847-858.
- Puchner, R. (2012). *Rheumatologie aus der Praxis. Ein Kurzlehrbuch der entzündlichen Gelenkerkrankungen mit Fallbeispielen* (2e édition remaniée et complétée). Vienne : Springer.
- Quadrello, T., Bevan, S. & McGee, R. (2009). *Fit for work ? Les troubles musculo-squelettiques et le marché suisse du travail*. Londres : The Work Foundation (http://www.fitforworkeurope.eu/website-documents/ffw_f_23mar2010.pdf).
- Raza, K. et al. (2011). Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis. Variations across Europe. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 70, 1822-1825.
- Reginster, J.-Y. & Khaltsev, N.G. (2002). Introduction and WHO perspective on the global burden of musculoskeletal conditions. *Rheumatology*, 41 (Suppl. 1), 1-2.
- Robert Koch-Institut (éd., 2010). *Entzündlich-rheumatische Erkrankungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 49. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (éd., 2012). *Rückenschmerzen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (éd., 2013). *Arthrose*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 54. RKI, Berlin.
- Rosemann, T., Backenstrass M., Joest, K., Rosemann, A., Szecsenyi, J. & Laux, G. (2007). Predictors of depression in a sample of 1021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 57 (3), 415-422.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2012). Gesundheit und Partizipation. Einführung und Problemaufriss. In R. Rosenbrock & S. Hartung (éd.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (pp. 8-26). Berne : Hans Huber.
- Rousselot, A. & Fröhlich-Rüfenacht, S. (2012). *Was erleben Menschen mit einer chronischen körperlichen Krankheit ? Eine Studie zur Sensibilisierung für Anliegen von Menschen, die an HIV, MS, Krebs oder Rheuma erkrankt sind*. Unveröffentlichte Masterarbeit an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW).
- Sautner, J. (2012). Kristallarthropathien. Diagnose und Therapieoptionen. Die Ablagerung von kristallinen Stoffwechselprodukten in den Gelenkhöhlen führt zu verschiedenen pathologischen Entitäten. *Rheuma plus*, 2, 6-9.
- Sauvain, M. J. & Saurenmann, R. (2006). Pädiatrische Rheumatologie. In P. M. Villiger & M. Seitz (éd.). *Rheumatologie in Kürze. Klinisches Basiswissen für die Praxis* (2e édition entièrement remaniée et complétée, pp. 139-159). Stuttgart : Thieme.
- Schneider, M. et al. (2011). *Interdisziplinäre Leitlinie. Management der frühen rheumatoiden Arthritis* (3e édition remaniée et complétée). Berlin : Springer.
- Sprangers, M.A.G. et al. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.
- Svedbom, A., Ivergård, M., Hernlund, E., Rizzoli, R. & Kanis, J.A. (2014). Epidemiology and economic burden of osteoporosis in Switzerland. *Archives of Osteoporosis*, 9 (187) (DOI :10.1007/s11657-014-0187-y).
- Theiler, R. (2002). Arthrose. Epidemiologie, Diagnose und Differentialdiagnose, Abklärung und Dokumentation. *Forum Médical Suisse*, 23, 555-561.

- Trombetti, A., Herrmann, F., Hoffmeyer, P., Schurch, M.A., Bonjour, J.P. & Rizzoli, R. (2002). Survival and potential years of life lost after hip fracture in men and age-matched women. *Osteoporosis International*, 13 (9), 731-737.
- Van t'Land, H., Verdurmen, J., Ten Have, M., van Drosselaer, S., Beekman, A. & de Graaf, R. (2010). The association between arthritis and psychiatric disorders. Results from a longitudinal population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (2), 187-193.
- Videm, V., Cortes, A., Thomas, R. & Brown, M.A. (2014). Current smoking is associated with incident in ankylosing spondylitis. The HUNT population-based Norwegian health study. *The Journal of Rheumatology*, 41 (10), 2041-2048.
- Vos, T. et al. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386 (9995), 743-800.
- Wieser, S. et al. (2011). Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *European Journal of Health Economics*, 12 (5), 455-467.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M. & Schwenkglens, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz (Les coûts des maladies non transmissibles en Suisse, disponible en allemand uniquement). Rapport final*. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Division des programmes nationaux de prévention. Travail non publié.
- Young, A. et al. (2002). Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the early RA study (ERAS). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61 (4), 335-340.