

Lésions dues aux mouvements répétitifs

Michael Tjepkema

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les caractéristiques des personnes qui déclarent une lésion due aux mouvements répétitifs (LMR) et examine l'association entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 à 2000-2001 de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

La prévalence des LMR et de la consultation des professionnels de la santé en fonction de certaines caractéristiques a été estimée au moyen de totalisations croisées. Des modèles de régression logistique multiple ont ensuite permis de déterminer si les associations observées persistent lorsque l'effet d'autres facteurs est pris en compte et s'il existe une association significative entre les LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique.

Principaux résultats

En 2000-2001, 10 % des Canadiens de 20 ans et plus ont déclaré avoir souffert d'une LMR suffisamment grave pour limiter leurs activités normales au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Les activités liées au travail étaient la cause la plus fréquente et les blessures étaient plus courantes à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du corps. Comparativement à celles qui en sont exemptes, les personnes aux prises avec une LMR ont fait état d'un plus grand nombre de consultations avec des professionnels de la santé et d'une plus forte prévalence de la douleur chronique et de la détresse psychologique. Deux ans après la déclaration initiale d'une LMR, la prévalence de la douleur et de la détresse psychologique restait élevée chez les hommes et avait augmenté chez les femmes.

Mots-clés

Détresse psychologique, douleur chronique, utilisation des services de santé, études longitudinales.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25, avenue St. Clair est, Toronto, Ontario, M4T 1M4.

L'expression lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR) désigne une catégorie générale de blessures habituellement causées par des mouvements répétitifs qui affectent les muscles, les tendons et les nerfs¹ (voir *Lésions dues aux mouvements répétitifs*). Contrairement à d'autres lésions, qui surviennent habituellement à un point particulier dans le temps, les LMR se manifestent sur une période prolongée². L'origine et l'évolution des LMR tiennent cependant à de multiples facteurs et suscitent une certaine controverse³. Certains facteurs de stress ergonomique, comme les mouvements répétitifs et énergiques, ont été mis en cause, de même que des facteurs psychologiques². Les symptômes, qui incluent généralement de la douleur, des engourdissements et des picotements ou des fourmillements, peuvent durer des mois ou des années². Les LMR peuvent entraîner une incapacité professionnelle, des limitations fonctionnelles ou des limitations des activités, ainsi que des troubles du sommeil⁴. Plus récemment, elles ont été associées à la dépression⁵, quoiqu'elles aient entretenu le débat quant à savoir si elles précèdent ou suivent cette dernière^{6,7}.

Un grand nombre d'études des LMR sont transversales, portent sur des emplois particuliers et se concentrent sur les hommes ou sur les femmes. Un nombre assez faible

Sources des données

La partie principale de l'analyse se fonde sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada en 2000-2001. L'ESCC est conçue pour recueillir des données transversales sur la santé de la population canadienne tous les deux ans. La collecte des données du cycle 1.1 a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivie pendant 14 mois. La présente analyse couvre la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

La base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Puis, la liste des logements a été dressée, liste de laquelle un échantillon a ensuite été tiré. La majorité (83 %) des ménages échantillonnés occupaient un logement figurant dans la base aréolaire. Enfin, des membres des ménages ainsi échantillonnés ont été sélectionnés au hasard en vue de leur participation à une interview sur place. Dans certaines régions, la méthode de composition aléatoire ou une liste de numéros de téléphone a été utilisée pour sélectionner les 17 % restants de l'échantillon qui ont été interviewés par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages sélectionnés à partir de la base aréolaire, une personne a été sélectionnée au hasard; dans les autres ménages, deux personnes ont ainsi été sélectionnées. Dans les ménages échantillonnés à partir des bases de sondage téléphoniques, seule une personne a été sélectionnée au hasard. Pour la base de sondage combinée, le taux de réponse a été de 84,7 %. En tout, 6,3 % des interviews ont été réalisées par procuration. Un rapport déjà publié donne une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ESCC⁸.

La deuxième partie de l'analyse est fondée sur les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes qui résident en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf celles qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. Les données utilisées dans la présente analyse portent sur la population à domicile des 10 provinces.

L'ENSP comprend une composante transversale et une composante longitudinale. En 1994-1995, les données sur la population à domicile des 10 provinces ont été recueillies au moyen de deux questionnaires, à savoir le questionnaire général et le questionnaire sur la santé. Des données sur les caractéristiques sociodémographiques et certaines données générales sur la santé de tous les membres des ménages échantillonnés ont été recueillies, pour chaque ménage, auprès d'un membre bien informé du ménage

au moyen du questionnaire général. En outre, dans chaque ménage, des données détaillées sur la santé ont été recueillies auprès d'un membre sélectionné au hasard au moyen du questionnaire sur la santé. Étant donné la nature détaillée de ce questionnaire, la réponse par procuration n'a été acceptée que dans des circonstances particulières (par exemple, si la personne sélectionnée était incapable de fournir les renseignements demandés à son propre égard à cause d'un problème de santé).

En 1994-1995, 20 725 ménages ont participé à l'ENSP. Par conséquent, on a recueilli au moins les réponses au questionnaire général pour la personne sélectionnée au hasard dans ces ménages, ce qui représente un taux de réponse de 88,7 %. Le taux de réponse au questionnaire sur la santé (s'adressant aux personnes sélectionnées au hasard dans les ménages) était de 96,1 %. Les 17 126 personnes sélectionnées au hasard dans les ménages en 1994-1995 représentent le panel longitudinal de base. Lors des cycles subséquents, les taux de réponse du panel longitudinal pour la composante santé ont été de 93,6 % (1996-1997), 88,9 % (1998-1999) et 84,8 % (2000-2001). Lors des trois premiers cycles, l'ENSP comptait une composante longitudinale et une composante transversale, mais elle est devenue strictement longitudinale à partir du cycle de 2000-2001.

Pour le fichier transversal de l'ENSP de 1998-1999 utilisé dans la présente analyse, le taux global de réponse était de 88,2 % au niveau des ménages. Le taux de réponse pour le panel longitudinal de personnes sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 98,5 %.

En 1994-1995, la majorité des entrevues ont été réalisées sur place. Lors des cycles suivants, si les membres du panel étaient d'accord et capables de le faire, les interviews ont été réalisées par téléphone. Des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP figurent dans des rapports publiés antérieurement^{9,10}.

L'échantillon de l'ESCC sur lequel porte le présent article compte 113 796 participants à l'enquête qui avaient 20 ans et plus en 2000-2001 et qui ont répondu aux questions sur les lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR). De ces personnes, 11 821 ont déclaré souffrir d'une LMR.

L'analyse portant sur l'association immédiate entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique se fonde sur un échantillon de 13 739 participants à l'ENSP qui avaient 20 ans et plus en 1998-1999. Parmi ces personnes, 1 274 ont dit avoir souffert d'une LMR au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. L'analyse de l'association, après deux ans, entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique est fondée sur un échantillon de 9 255 membres du panel longitudinal qui avaient 20 ans et plus en 1998-1999, qui faisaient encore partie de la population à domicile en 2000-2001 et qui n'avaient pas déclaré de LMR en 1996-1997. Parmi ces membres, 737 ont indiqué souffrir d'une LMR en 1998-1999.

Lésions dues aux mouvements répétitifs

L'expression lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR) – ou encore microtraumatismes répétés, syndrome de tension répétée ou syndrome de la surutilisation – est une expression générale utilisée pour regrouper des blessures qui sont souvent causées par des mouvements répétitifs¹¹. On ne connaît pas leur physiopathologie exacte, mais il est généralement reconnu que les activités répétitives endommagent les tendons, affectent la circulation et exercent des tensions biomécaniques sur les tissus mous parce que le temps de récupération entre les mouvements n'est pas suffisant¹². Les symptômes incluent de la douleur, des engourdissements, ainsi que des picotements ou des fourmillements dans les parties atteintes du corps².

Les LMR se répartissent en deux grands groupes, à savoir les affections des tendons et celles résultant de la compression chronique des nerfs périphériques². Les affections des tendons comprennent l'inflammation ou la blessure du tendon et de sa gaine. Les plus courantes incluent la tendinite, la ténosynovite, l'épicondylite (« golfer's elbow » ou « tennis elbow ») et la tendinite du sus-épineux. Les syndromes de compression chronique des nerfs périphériques comportent, comme leur nom l'indique, la compression d'un nerf. Le plus courant est le syndrome du canal carpien, qui est causé par la compression du nerf médian. Vient ensuite le syndrome du canal cubital, causé par la compression du nerf cubital au coude.

On a précisé aux participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) que les *lésions dues aux mouvements répétitifs* sont causées par la surutilisation des mêmes muscles et tendons ou par la répétition fréquente d'un même mouvement, en leur donnant comme exemple le syndrome du canal carpien, le « tennis elbow » et la tendinite. On leur a demandé : « Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé(e) à cause de mouvements répétitifs de façon assez grave pour limiter vos activités normales? ». Dans le cas de l'ESCC, les personnes qui ont répondu « oui » se sont vu demander d'indiquer la partie du corps la plus atteinte et le genre d'activité à laquelle elles s'adonnaient au moment où est survenue la blessure : sport ou exercice physique, loisirs ou passe-temps, travail rémunéré, tâches ménagères, autre travail non rémunéré ou éducation, sommeil, repas ou soins personnels, ou toute autre activité. Les réponses multiples à la question concernant l'activité étaient permises.

d'entre elles sont longitudinales et représentatives de la population, et permettent d'analyser les données selon le sexe¹³. En outre, la plupart portent sur les cas les plus graves de syndrome du canal carpien¹⁴⁻²¹.

Le présent article s'appuie sur des données transversales de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Ces données permettent d'évaluer la prévalence des LMR chez les Canadiens et les Canadiennes de 20 ans et plus ainsi que les facteurs de risque et la consultation des professionnels de la santé. En outre, l'analyse des données transversales et longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sert ici à évaluer les associations, immédiates et après deux années, des LMR et de la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique (voir *Sources des données, Techniques d'analyse, Définitions et Limites*).

Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs à la hausse

En 2000-2001, un Canadien de 20 ans et plus sur 10, soit environ 2,3 millions de personnes, a déclaré souffrir d'une LMR suffisamment grave pour limiter les activités normales au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Ce résultat reflète l'augmentation régulière du taux de LMR depuis 1996-1997 (tableau 1), laquelle fait écho à d'autres études montrant la croissance du nombre de cas de LMR

Tableau 1
Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

	Les deux sexes		
	%	Hommes	Femmes
1996-1997	8,0	8,2	7,9
1998-1999	9,4*	9,6*	9,3*
2000-2001	10,1*	9,9	10,3*

Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : Les comparaisons entre 1996-1997 et 1998-1999 tiennent compte du chevauchement des échantillons.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la période précédente ($p < 0,05$).

Techniques d'analyse

La totalisation croisée des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 a permis d'estimer la prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR) chez les hommes et chez les femmes en fonction de certaines caractéristiques personnelles et liées à l'emploi, ainsi que certains indicateurs du mode de vie (tableau A en annexe). La régression logistique multiple a servi à modéliser l'association entre ces variables et la déclaration d'une LMR.

Les données recueillies auprès de l'échantillon transversal du cycle de 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (tableau B en annexe) ont été utilisées pour examiner l'association entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique. Les données de l'ESCC de 2000-2001 ont servi à examiner l'association entre une LMR et le nombre de consultations avec un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute l'année qui a précédé l'enquête. L'analyse a été réalisée séparément pour les hommes et pour les femmes par la régression linéaire multiple. Les variables indépendantes incluses dans les modèles sont la présence d'une LMR, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, la situation d'emploi, l'obésité, l'activité physique durant les loisirs, l'usage quotidien du tabac, l'arthrite, le diabète et les problèmes thyroïdiens. Dans chaque modèle, l'âge a été introduit sous forme de variable continue, et les enregistrements pour lesquels des valeurs manquaient pour les variables indépendantes ont été éliminés, sauf le revenu du ménage et l'obésité, pour lesquelles une catégorie spéciale a été créée pour tenir compte des valeurs manquantes.

Le fichier longitudinal de l'ENSP a servi à évaluer les associations sur deux ans d'une LMR avec la douleur chronique et la détresse psychologique (tableau C en annexe). La situation concernant l'existence d'une LMR a été déterminée d'après les données de 1996-1997 (les questions concernant les LMR n'ont pas été posées en 1994-1995). Les personnes qui n'ont pas déclaré de LMR en 1996-1997 ont été suivies de 1998-1999 à 2000-2001. Les variables indépendantes pour 1998-1999 étaient les mêmes que celles utilisées pour l'analyse transversale. Pour évaluer les changements, on a soustrait la valeur de 1998-1999 de la variable dépendante (p. ex., détresse psychologique en 1998-1999) de la valeur de 2000-2001 de la même variable dépendante (détresse psychologique en 2000-2001) pour déterminer si celle-ci avait augmenté, diminué ou n'avait pas varié au cours des deux années. La valeur de référence (1998-1999) de la variable observée a été incluse dans chaque modèle. L'objectif était de déterminer si une LMR nouvellement déclarée était associée à cette variable.

Les données transversales ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des chiffres de population du Canada en 1998-1999 et en 2000-2001. Les estimations longitudinales ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population canadienne en 1994-1995. Un programme tenant compte du chevauchement des échantillons a été utilisé afin de comparer les tendances caractérisant la prévalence des LMR de 1996-1997 à 1998-1999. Enfin, pour tenir compte des effets de plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la technique du *bootstrap*²⁶⁻²⁸. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

durant les années 1980 et au début des années 1990²²⁻²⁵. Les hommes et les femmes étaient aussi susceptibles les uns que les autres de souffrir d'une LMR, mais les parties du corps atteintes et les activités ayant causé les blessures différaient selon le sexe.

La moitié des LMR sont liées au travail

La plupart des lésions dues aux mouvements répétitifs sont causées par des activités professionnelles. D'après l'ESCC, 55 % des LMR sont survenues en milieu de travail; les circonstances de manifestation des LMR occupant le deuxième rang sont les activités sportives ou l'exercice physique

(20 %) (tableau 2). Bien que plus de la moitié des LMR soient liées au travail chez les hommes comme chez les femmes, elles sont plus courantes chez les premiers. Ceux-ci sont aussi plus susceptibles que les femmes de mentionner les activités sportives ou l'exercice physique. Les femmes, quant à elles, mentionnent plus souvent que les hommes des activités associées aux tâches domestiques, au travail non rémunéré ou aux études.

La plupart des LMR affectent la partie supérieure du corps. Plus précisément, 25 % des personnes ont mentionné le cou ou l'épaule, 23 %, le poignet ou la main, 19 %, la partie supérieure ou inférieure du dos, et 16 %, le coude ou l'avant-bras. Enfin,

Tableau 2
Caractéristiques des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus ayant déclaré une LMR, Canada, 2000-2001

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	2 283	100,0	1 098	100,0	1 185	100,0
Partie du corps[†]						
Cou/épaule	566	24,8	250	22,8*	316	26,7
Poignet/main	531	23,3	195	17,8*	335	28,3
Dos	422	18,5	246	22,4*	176	14,9
Coude/avant-bras	367	16,1	199	18,1*	167	14,1
Genou/jambe	199	8,7	108	9,9*	91	7,6
Cheville/pied	115	5,0	57	5,2	58	4,9
Activité[‡]						
Travail	1 233	54,6	620	57,1*	613	52,3
Sport/exercice physique	446	19,7	275	25,3*	171	14,6
Tâches domestiques/travail non rémunérée/études	317	14,0	94	8,7*	222	19,0
Loisirs/passe-temps	142	6,3	63	5,8	79	6,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : En 2000-2001, 5 237 hommes et 6 584 femmes ont déclaré une LMR.
[†] Les données pour la catégorie « Autre » n'étant pas présentées, la somme des proportions indiquées peut ne pas être égale à 100 %.

[‡] Réponses multiples permises.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les femmes ($p < 0,05$).

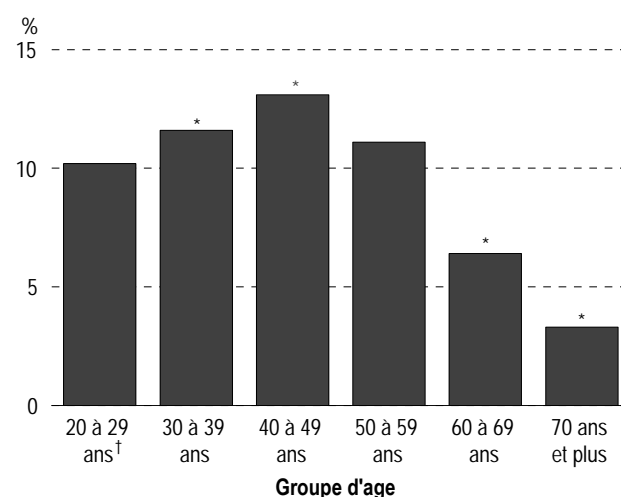
17 % souffraient d'une blessure au membre inférieur ou à une partie non précisée du corps.

Les hommes mentionnent plus fréquemment des blessures au bras, à la jambe et au dos que les femmes et celles-ci mentionnent plus fréquemment des blessures au cou ou à l'épaule, ainsi qu'au poignet ou à la main. Les travaux de recherche indiquent systématiquement que la prévalence du syndrome du canal carpien est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, tandis que celle des LMR au coude est plus forte chez les hommes que chez les femmes^{4,29-32}. Ces différences sont vraisemblablement attribuables aux activités auxquelles s'adonnent les hommes et les femmes. Une étude réalisée en tenant compte de l'effet des tâches professionnelles montre que le taux de syndrome du canal carpien est sensiblement le même chez les hommes que chez les femmes, ce qui donne à penser que la nature du travail et l'exposition professionnelle expliquent les taux plus élevés enregistrés chez les femmes³³.

Tendance à la baisse chez les personnes âgées

Étant donné que plus de la moitié des LMR surviennent en milieu de travail, il est peu surprenant que ce genre de blessure ait tendance à affecter les personnes aux âges d'activité maximale et que leur prévalence diminue chez les personnes plus âgées (graphique 1). Cependant, le profil n'est pas le même chez les hommes que chez les femmes (tableau 3). Si l'on tient compte de l'effet d'autres caractéristiques sociodémographiques et de facteurs liés au travail et au mode de vie, la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est sensiblement la même pour les hommes dans la vingtaine, la trentaine ou la quarantaine. En revanche, chez les femmes, elle est nettement plus élevée chez celles dans la trentaine, la quarantaine ou la cinquantaine que chez celles dans la vingtaine. Chez les personnes plus âgées, le risque est nettement plus faible pour les deux sexes, peut-être parce qu'à ces âges, assez peu de personnes font encore partie de la population active ou accomplissent des tâches éreintantes.

Graphique 1
Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le groupe d'âge, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Tableau 3

Prévalence et rapport corrigé de cotes pour les lésions dues aux mouvements répétitifs, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Total	2 283	10,1	...	...	1 098	10,0	...	...	1 185	10,3	...	...
Groupe d'âge												
20 à 29 ans [†]	422	10,2	1,0	...	225	10,8	1,0	...	197	9,6	1,0	...
30 à 39 ans	551	11,6*	1,1*	1,0-1,2	278	11,7	1,0	0,9-1,2	273	11,5*	1,2*	1,1-1,4
40 à 49 ans	668	13,1*	1,2*	1,1-1,3	320	12,6*	1,1	0,9-1,2	348	13,6*	1,4*	1,2-1,6
50 à 59 ans	405	11,1	1,0	0,9-1,1	176	9,6	0,8*	0,6-0,9	229	12,6*	1,3*	1,1-1,5
60 à 69 ans	153	6,4*	0,6*	0,5-0,7	67	5,8*	0,5*	0,4-0,7	86	7,0*	0,8*	0,6-0,9
70 ans et plus	83	3,3*	0,4*	0,4-0,6	32	3,0*	0,4*	0,3-0,6	52	3,6*	0,5*	0,4-0,7
État matrimonial												
Marié(e)/union libre	1 520	10,2	1,0	0,9-1,1	746	9,9	1,1	1,0-1,2	774	10,5	0,9	0,8-1,0
Marié(e) antérieurement	287	9,2*	1,1	1,0-1,2	93	9,7	1,1	1,0-1,4	195	9,0*	1,0	0,9-1,2
Jamais marié(e) [†]	474	10,5	1,0	...	258	10,2	1,0	...	216	11,0	1,0	...
Niveau de scolarité												
Diplôme d'études secondaires ou moins [†]	830	8,8	1,0	...	404	9,0	1,0	...	426	8,6	1,0	...
Au moins certaines études postsecondaires	1 432	11,1*	1,1*	1,1-1,2	682	10,6*	1,1	1,0-1,2	750	11,6*	1,2*	1,1-1,3
Revenu du ménage												
Inférieur/moyen-inférieur	187	8,1*	0,8*	0,7-0,9	72	8,2*	0,8*	0,6-1,0	115	8,1*	0,8*	0,7-0,9
Moyen	392	8,8*	0,9*	0,8-1,0	179	8,7*	0,9	0,8-1,0	213	8,8*	0,8*	0,7-1,0
Moyen-supérieur	806	11,1	1,0	0,9-1,1	391	10,7	1,0	0,9-1,1	415	11,6	1,0	0,9-1,1
Supérieur [†]	721	11,5	1,0	...	387	11,3	1,0	...	333	11,7	1,0	...
Situation d'emploi (20 à 75 ans)												
Occupé(e) au moment de l'enquête [†]	1 731	11,8	1,0	...	905	11,3	1,0	...	826	12,4	1,0	...
A travaillé au cours des 12 derniers mois	158	11,6	1,0	0,9-1,2	70	10,8	1,0	0,8-1,2	88	12,4	1,1	0,9-1,2
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	345	6,9*	0,9	0,7-1,3	104	5,9*	0,8	0,4-1,3	241	7,4*	1,1	0,7-1,7
Profession (20 à 75 ans)												
Gestion [†]	182	10,1	1,0	...	113	10,0	1,0	...	69	10,3	1,0	...
Professionnel	316	11,6*	1,2*	1,0-1,3	134	10,8	1,1	1,0-1,4	182	12,2*	1,2*	1,0-1,5
Technologie, technicien ou emploi technique	153	10,7	1,2*	1,0-1,4	101	10,1	1,1	0,9-1,3	52	12,2	1,3*	1,1-1,7
Administration, finances ou travail de bureau	226	11,3	1,2*	1,0-1,4	37	10,8	1,2	0,9-1,5	189	11,4	1,2*	1,0-1,5
Vente ou services	391	12,1*	1,4*	1,2-1,6	147	10,9	1,2*	1,0-1,5	243	12,9*	1,6*	1,3-1,9
Métiers, transport ou machinerie	318	13,2*	1,6*	1,4-1,8	275	12,9*	1,5*	1,3-1,8	43	15,0*	1,8*	1,4-2,4
Agriculture, foresterie, pêches ou extraction minière	67	12,3*	1,6*	1,4-1,9	48	11,2	1,5*	1,2-1,8	20	16,2*	2,1*	1,6-2,9
Transformation, fabrication ou services publics	110	13,3*	1,7*	1,4-2,0	64	11,9	1,4*	1,1-1,8	46	16,0*	2,2*	1,7-2,9
Autre	125	12,2*	1,5*	1,2-1,7	57	11,9	1,4*	1,1-1,8	69	12,5	1,5*	1,2-1,9
Stress dans la vie quotidienne												
Pas du tout ou pas tellement stressante [†]	400	10,1	1,0	...	210	9,8	1,0	...	191	10,4	1,0	...
Un peu stressante	678	11,6*	1,1	1,0-1,2	355	11,4*	1,1	0,9-1,2	323	11,9*	1,1	1,0-1,3
Assez stressante	548	13,7*	1,2*	1,1-1,3	275	13,5*	1,2	1,0-1,3	273	14,0*	1,2*	1,1-1,4
Extrêmement stressante	172	16,4*	1,3*	1,1-1,5	71	14,1*	1,1	0,9-1,4	101	18,4*	1,4*	1,2-1,7
Stress dans la vie quotidienne												
Pas du tout ou pas tellement stressante [†]	567	7,4	1,0	...	285	7,3	1,0	...	282	7,5	1,0	...
Un peu stressante	922	10,4*	1,2*	1,1-1,3	450	10,5*	1,3*	1,1-1,4	472	10,2*	1,2*	1,1-1,3
Assez stressante	619	12,8*	1,4*	1,3-1,6	293	12,5*	1,5*	1,3-1,7	326	13,0*	1,4*	1,3-1,6
Extrêmement stressante	173	15,9*	1,8*	1,6-2,1	69	14,0*	1,7*	1,4-2,1	104	17,5*	1,9*	1,6-2,3
Activité durant les loisirs												
Actif(ve)	554	13,3*	1,6*	1,5-1,8	294	12,9*	1,7*	1,5-1,9	260	13,7*	1,6*	1,4-1,8
Moderément actif(ve)	575	11,7*	1,4*	1,3-1,5	279	11,9*	1,5*	1,3-1,7	295	11,6*	1,3*	1,2-1,4
Inactif(ve) [†]	1 047	8,9	1,0	...	452	8,6	1,0	...	596	9,2	1,0	...
Obésité												
Non [†]	1 851	9,9	1,0	...	906	9,8	1,0	...	946	10,1	1,0	...
Oui	379	11,5*	1,1*	1,0-1,2	188	10,9*	1,1	1,0-1,2	191	12,0*	1,2*	1,1-1,3
Usage quotidien du tabac												
Non [†]	1 659	9,5	1,0	...	776	9,4	1,0	...	883	9,6	1,0	...
Oui	622	12,2*	1,2*	1,1-1,3	321	11,5*	1,1*	1,0-1,2	302	12,9*	1,3*	1,1-1,4
Arthrite/rhumatisme												
Non [†]	1 781	9,6	1,0	...	903	9,4	1,0	...	878	9,7	1,0	...
Oui	500	12,8*	2,0*	1,9-2,1	193	13,5*	2,1*	1,9-2,4	307	12,5*	1,9*	1,7-2,0
Diabète												
Non [†]	2 191	10,2	1,0	...	1 056	10,1	1,0	...	1 135	10,3	1,0	...
Oui	91	8,6*	1,1	0,9-1,2	41	7,5*	1,0	0,8-1,2	49	9,9	1,2	1,0-1,4
Troubles thyroïdiens												
Non [†]	2 146	10,1	1,0	...	1 076	9,9	1,0	...	1 071	10,2	1,0	...
Oui	135	11,2	1,3*	1,1-1,5	21	10,5	1,3	1,0-1,7	114	11,3	1,2*	1,1-1,4

Source des données Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : Le modèle pour l'ensemble de la population est fondé sur 112 124 personnes. Le modèle pour les hommes est fondé sur 51 080 personnes et celui pour les femmes, sur 61 044 personnes. La catégorie « Situation inconnue » a été incluse dans les modèles pour le revenu du ménage, l'obésité, l'activité physique et le stress au travail afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. La catégorie « Sans objet » a été introduite dans les modèles pour la situation d'emploi, la profession et le stress au travail, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. À cause de données manquantes pour d'autres catégories, 892 personnes ont été éliminées du modèle pour les hommes et 900, du modèle pour les femmes. Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne inférieure/supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Lien à la profession

Une forte proportion de LMR qui sont associées au travail sont attribuables à des mouvements répétitifs et énergiques, à la levée de lourdes charges ou à l'exposition à des vibrations qui sont des caractéristiques de nombreux emplois³³⁻³⁹. Les personnes qui ne travaillent pas ne sont pas exposées aux facteurs de risque en milieu de travail, si bien qu'en principe, en 2000-2001, ces personnes auraient dû être moins susceptibles de déclarer une LMR que celles qui travaillaient. Pourtant, quant on tient compte des effets d'autres caractéristiques sociodémographiques et des facteurs liés au mode de vie, la situation d'emploi n'est pas significativement associée à la manifestation d'une LMR. Par contre, parmi la population active, la profession y est associée significativement.

La cote exprimant le risque de déclarer une LMR est plus forte pour les hommes dont la profession a trait aux secteurs de la vente ou des services; des métiers, du transport ou de la machinerie; de l'agriculture, de la foresterie, des pêches ou de l'extraction minière; et de la transformation, de la fabrication ou des services publics que pour ceux ayant un poste de gestion. Chez les femmes, la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est plus élevée dans toutes les professions autres que les postes de gestion. Elle est particulièrement élevée pour les femmes dont l'emploi touche des secteurs traditionnellement dominés par les hommes, comme les métiers, le transport ou la machinerie; l'agriculture, la foresterie, les pêches ou l'extraction minière; et la transformation, la fabrication ou les services publics.

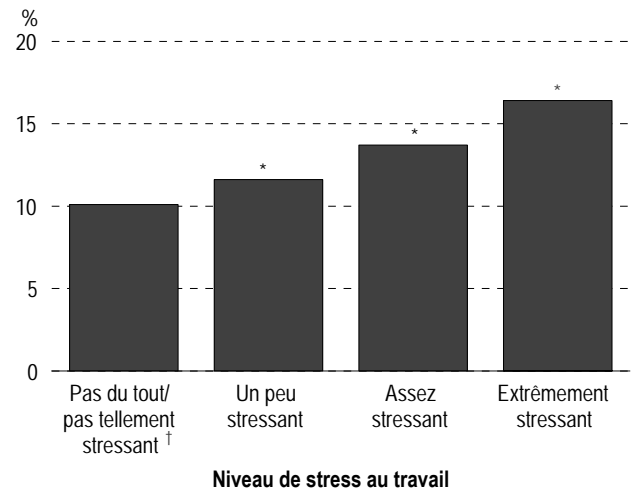
Le stress augmente le risque

Les facteurs psychologiques, comme un rythme rapide de travail, la définition ambiguë du rôle à remplir, les inquiétudes, les tâches monotones et le stress, ont été associés aux LMR^{13,16,23,38-44}. En 2000-2001, la prévalence des LMR était assez forte chez les personnes éprouvant au moins un certain stress au travail (graphique 2). Cela était particulièrement le cas chez les femmes dont le travail était « extrêmement » stressant, 18 % d'entre elles ayant déclaré une LMR comparativement à 10 % de celles considérant que leur travail n'était

« pas du tout » ou « pas tellement » stressant. Même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est

Graphique 2

Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le niveau de stress au travail, population à domicile de 20 à 75 ans ayant travaillé au cours des 12 derniers mois, Canada, 2000-2001



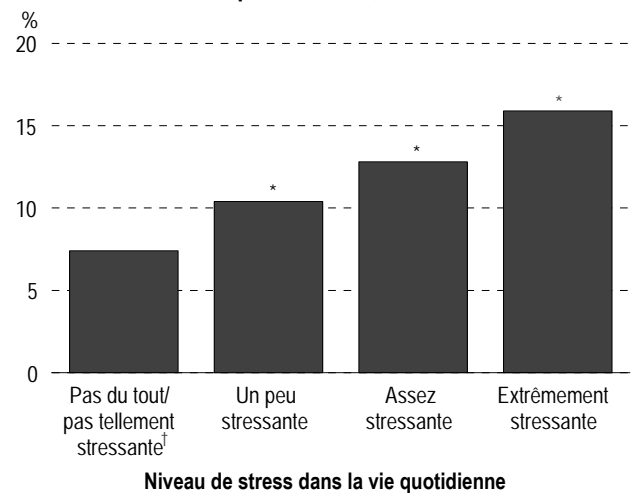
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Graphique 3

Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le niveau de stress dans la vie quotidienne, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

plus forte pour les femmes qui jugent que la plupart de leurs journées de travail sont assez ou extrêmement stressantes que pour celles qui considèrent que leur travail n'est pas tellement ou pas du tout stressant. En revanche, chez les hommes, si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, le stress au travail n'est pas associé de façon significative aux LMR.

Il existe aussi une association significative entre le stress de la vie quotidienne et la déclaration d'une LMR (graphique 3). Cette association persiste chez les hommes comme chez les femmes même si l'on tient compte des autres facteurs éventuellement confusionnels. La cote exprimant le risque de souffrir d'une LMR est plus élevée pour les hommes et les femmes dont le niveau de stress est élevé que pour ceux estimant que leur vie n'est pas du tout ou pas tellement stressante.

Autres facteurs de risque

Puisque les activités sportives et l'exercice sont à l'origine d'environ une LMR sur cinq, il n'est pas étonnant que la cote exprimant le risque de déclarer une LMR soit significativement plus élevée chez les hommes et chez les femmes au moins moyennement actifs durant leurs loisirs que chez les autres. En outre, chez les femmes, mais non chez les hommes, l'obésité est associée aux LMR. Ce résultat pourrait refléter le syndrome du canal carpien chez les premières, puisque, selon plusieurs études, il existerait un lien entre cette affection et un indice de masse corporelle (IMC) élevé^{19,20,36,45,46}. En outre, chez les hommes et chez les femmes, la cote exprimant le risque de présenter une LMR est significativement plus élevée pour les personnes qui fument tous les jours que pour celles qui ne fument pas quotidiennement.

À l'instar d'autres études⁴⁷, les résultats de l'analyse des données de l'ESCC de 2000-2001 montrent que la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est significativement plus élevée chez les hommes et les femmes faisant de l'arthrite ou du rhumatisme que chez les personnes qui n'en font pas. En outre, la cote exprimant le risque de présenter une LMR est élevée chez les femmes souffrant d'un problème thyroïdien.

Consultation des professionnels de la santé et résultats

Pour déterminer le nombre de consultations avec des professionnels de la santé, on a demandé aux participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un [liste de professionnels de la santé]? » Les catégories lues aux personnes interrogées incluaient *médecin de famille ou omnipraticien, chiropraticien et physiothérapeute*.

Pour évaluer la *douleur* ou les *malaises chroniques*, les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 et de 2000-2001 se sont vu demander : « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? ». Les personnes qui ont répondu « non » ont été invitées à indiquer si l'intensité de leurs douleurs était habituellement faible, moyenne ou forte. La cote pouvait varier de 0 pour l'absence de douleur à 3 pour des douleurs fortes.

L'évaluation de la *détresse psychologique* est fondée sur les réponses des participants aux cycles de 1998-1999 et de 2000-2001 de l'ENSP aux questions suivantes : « Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e)

...si triste que plus rien de pouvait vous faire sourire?

...nerveux(se)?

...agité(e) ou ne tenant pas en place?

...désespéré(e)?

...bon(ne) à rien?

...combien de fois avez-vous senti que tout était un effort?

Les réponses à chaque question ont été enregistrées sur une échelle de cinq points : « tout le temps » (cote de 4), « la plupart du temps » (3), « parfois » (2), « pas souvent » (1) ou « jamais » (0). Pour chaque personne, on a totalisé les réponses à chaque question; la cote globale possible pouvait varier de 0 à 24, la détresse étant d'autant plus forte que la cote était élevée. En 1998-1999, la cote moyenne était de 2,9, avec un écart-type de 3,3. Pour résoudre le problème des valeurs extrêmes biaisant la distribution, les cotes qui s'écartaient de plus de deux écarts-types de la moyenne ont été plafonnées (les valeurs supérieures à 10 ont été plafonnées à 10). Pour le fichier de données transversales de l'ENSP de 1998-1999, les valeurs de moins de 6 % des enregistrements ont été plafonnées. Pour le fichier longitudinal, les valeurs d'environ 4 % des enregistrements l'ont été pour 1998-1999 et de 3 %, pour 2000-2001. Le coefficient alpha de Cronbach calculé pour les questions de l'échelle d'évaluation de la détresse psychologique était de 0,794 en 1998-1999.

Définitions

Six groupes d'âge ont été déterminés pour la première partie de l'analyse : 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans et 70 ans et plus. Dans les modèles de régression linéaire multiple, l'âge était une variable continue.

L'état matrimonial a été classé en trois catégories : marié(e) ou en union libre, marié(e) antérieurement (divorcé(e), séparé(e) ou veuf(ve)) et jamais marié(e).

Le niveau de scolarité est fondé sur le niveau le plus élevé atteint; deux groupes ont été définis : diplôme d'études secondaires ou moins et au moins certaines études postsecondaires.

Les groupes de revenu du ménage sont fondés sur le nombre de membres du ménage, ainsi que sur le revenu total du ménage en provenance de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue :

Groupe de revenu	Nombre de membres du ménage	Revenu du ménage
Inférieur/moyen-inférieur	1 à 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen	1 ou 2	20 000 à 29 999 \$
	3 ou 4	30 000 à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

La situation d'emploi pour les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) âgés de 20 à 75 ans a été classée en trois catégories : occupé(e) au moment de l'enquête, a travaillé au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête et n'a pas travaillé au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Aux participants à l'ESCC qui travaillaient au moment de l'entrevue ou qui avaient travaillé au cours des 12 mois précédents, on a demandé laquelle des neuf catégories suivantes décrivait le mieux leur profession : 1) gestion; 2) professionnel (y compris les comptables); 3) technologue, technicien ou emploi technique; 4) administration, finances ou travail de bureau; 5) vente ou services; 6) métiers, transport ou machinerie; 7) agriculture, foresterie, pêches ou extraction minière; 8) transformation, fabrication ou services publics; 9) autre.

L'évaluation du stress au travail a été faite en demandant aux participants à l'ESCC de 20 à 75 ans qui travaillaient ou qui avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise durant l'année qui a précédé l'entrevue les renseignements suivants au sujet de leur emploi principal : « Diriez-vous que la plupart de vos journées étaient stressantes : ...pas du tout? ...pas tellement? ...un peu? ...assez? ...extrêmement? ». Pour les besoins de l'analyse, les catégories « pas du tout stressantes » et « pas tellement stressantes » ont été regroupées.

Le niveau d'activité physique durant les loisirs a été déterminé en calculant la dépense d'énergie (DE) pour chaque activité à laquelle s'adonnaient les participants à l'enquête durant leurs loisirs. Ainsi, le nombre de fois qu'une personne s'était adonné à une activité au cours d'une période de 12 mois a été multiplié par la durée moyenne, exprimée en heures, et par le coût énergétique de l'activité (kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la DE quotidienne moyenne pour l'activité, l'estimation ainsi obtenue a été divisée par 365. Le calcul a été répété pour toutes les activités de loisirs déclarées et la somme des estimations résultantes a été faite pour obtenir une valeur quotidienne agrégée de la DE. Les personnes dont la DE durant les loisirs était inférieure à 1,5 kcal/kg/jour ont été considérées comme étant physiquement inactives. Une DE comprise entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour a été considérée comme un indicateur d'une activité moyenne. Les personnes dont la DE était égale ou supérieure à 3,0 kcal/kg/jour ont été considérées comme actives.

L'obésité a été définie comme correspondant à un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30,0. Le calcul de l'IMC se fait en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les femmes enceintes sont exclues de ce calcul.

Deux catégories d'usage du tabac ont été déterminées, à savoir l'usage quotidien du tabac et l'usage non quotidien du tabac.

Pour déterminer la prévalence de certains problèmes de santé chroniques, les participants aux enquêtes se sont vu demander s'ils souffraient d'un problème de santé de longue durée qui avait duré ou devrait durer au moins six mois et qui avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Une liste de problèmes de santé leur a été lue. Les problèmes de santé dont il est tenu compte dans la présente analyse sont l'arthrite ou rhumatisme, le diabète et les troubles thyroïdiens.

Consultation des professionnels de la santé

En 2000-2001, les hommes et les femmes qui ont déclaré une LMR étaient plus susceptibles que les autres d'avoir consulté un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, et la différence était significative pour presque toutes les parties du corps atteintes (graphique 4) (voir *Consultation des professionnels de la santé et résultats*).

Ces associations persistent aussi bien chez les hommes que chez les femmes lorsqu'on tient compte d'autres facteurs. En moyenne, les hommes ayant déclaré une LMR ont fait état d'environ une consultation de plus avec un omnipraticien durant l'année qui a précédé l'enquête que ceux n'en déclarant pas (tableau D en annexe). Les femmes souffrant d'une LMR ont déclaré, en moyenne, 1,37 consultation de plus avec un omnipraticien que celles ne présentant pas ce genre d'affection. Le profil est le même pour les visites chez un chiropraticien ou un physiothérapeute (tableaux E et F en annexe).

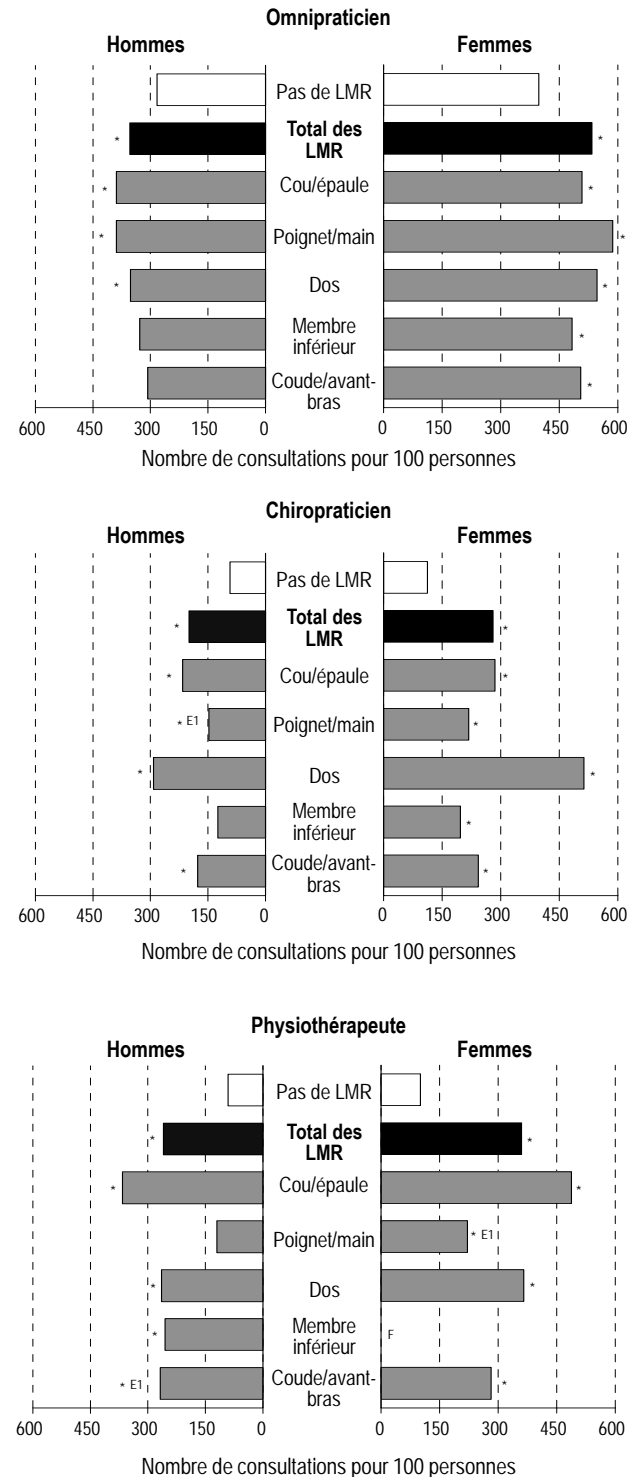
Douleur chronique et détresse

Les LMR peuvent avoir des conséquences physiques ainsi que psychologiques. L'analyse des données de l'ENSP de 1998-1999 indique que 23 % des hommes souffrant d'une LMR ont déclaré des douleurs et des malaises chroniques, comparativement à 13 % des hommes qui ont dit ne pas souffrir d'une LMR (données non présentées). Les chiffres correspondants pour les femmes sont de 31 % et 16 %. Même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, dont l'âge et l'arthrite (une affection douloureuse), la déclaration d'une LMR est associée positivement à la douleur chronique tant chez les hommes que chez les femmes (tableau G en annexe). En outre, les hommes et les femmes présentant une LMR ont déclaré un niveau significativement plus élevé de détresse psychologique que ceux et celles ne présentant pas de LMR. Cependant, les données n'indiquent pas si la douleur et la détresse psychologique ont précédé ou suivi la manifestation de la LMR, ou si elles sont le résultat de cette dernière ou d'autres affections et circonstances.

Les LMR peuvent durer longtemps^{4,5,15,29,48,49}. En 2000-2001, le niveau élevé de douleur chronique et

Graphique 4

Nombre de consultations avec des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois pour 100 personnes de 20 ans et plus, selon le sexe et la partie du corps atteinte par une lésion due aux mouvements répétitifs, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement plus élevée que pour l'absence de LMR ($p < 0,05$).

Limites

Le dépistage des participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ou à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) qui présentent une lésion due aux mouvements répétitifs (LMR) est fondé sur des renseignements autodéclarés. Nul ne sait si la LMR a effectivement été diagnostiquée par un professionnel de la santé. Selon certaines études, les participants aux enquêtes sembleraient plus susceptibles de déclarer une LMR lorsqu'ils deviennent plus au courant de ce problème^{22,30,50}. Par conséquent, les données de l'ENSP et de l'ESCC pourraient donner lieu à une surestimation de la prévalence des LMR, comparativement à des études qui se fondent sur des définitions plus rigoureuses.

La gravité des LMR n'a pas été évaluée. Ce manque d'information pourrait donner lieu à une surestimation ou à une sous-estimation de l'association entre les LMR et certaines variables.

La partie du corps considérée comme étant la plus atteinte pourrait ne pas être celle à l'origine de la douleur. Il pourrait notamment en être ainsi en cas de douleurs projetées dues à la compression d'un nerf, particulièrement si la personne interrogée n'a pas consulté de professionnel de la santé. En outre, les données tirées des enquêtes ne fournissent aucun renseignement quant au type particulier de

LMR (p. ex., syndrome du canal carpien, tennis elbow). Or il se pourrait que divers types de LMR et le fait qu'elles se manifestent ou non à un siège particulier et soient assorties de symptômes objectifs ou subjectifs soient associés à des facteurs de risque et à des résultats différents^{29,48,51}. Le regroupement des LMR en une catégorie pourrait masquer ce genre de différence et empêcher de déceler les associations significatives.

Il n'est pas possible de déterminer si les personnes qui ont déclaré avoir consulté un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute durant l'année qui a précédé l'enquête l'ont fait à cause d'une LMR.

La profession d'une personne au moment de l'interview n'est pas nécessairement celle qui a contribué à la manifestation de la LMR. En outre, aucun renseignement n'a été recueilli sur les tâches nécessitant des mouvements répétés et (ou) énergiques. La mesure de l'association entre les LMR et certaines caractéristiques pourrait être influencée par l'absence de ces variables.

La mesure de la dépense énergétique sous-estime vraisemblablement l'activité physique totale puisqu'elle ne tient pas compte des activités physiques au travail ou durant les tâches ménagères.

de détresse déclaré par les hommes atteints d'une LMR n'avait pas diminué. En outre, chez les femmes, la déclaration d'une LMR en 1998-1999 est associée à une augmentation de la douleur et de la détresse en 2000-2001 (tableau H en annexe).

Mot de la fin

Les lésions dues aux mouvements répétitifs affectent un nombre croissant de Canadiens et de Canadiennes. En 2000-2001, environ 10 % de la population de 20 ans et plus ont déclaré avoir eu une LMR l'année qui a précédé l'enquête, proportion en hausse par rapport aux 8 % enregistrés en 1996-1997. Bien que cette croissance puisse effectivement être due à un nombre plus élevé de blessures, elle pourrait aussi refléter une plus grande sensibilisation aux LMR^{3,11,22,30,50}. Néanmoins, l'importance de ces résultats empiriques tient au nombre pur et simple de personnes déclarant ce genre de blessure – selon les estimations, 2,3 millions en 2000-2001.

Plus de la moitié des LMR sont causées par des activités liées au travail et les blessures sont plus fréquentes à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du corps. Les LMR ont tendance à affecter les personnes dans la trentaine et la quarantaine, résultat qui souligne la gravité de ces blessures aux âges d'activité maximale.

Les LMR ont des répercussions non seulement sur la santé physique, mais aussi sur la santé mentale. La prévalence de la douleur chronique et de la détresse psychologique était forte chez les personnes souffrant d'une LMR et n'a pas diminué sur une période de deux ans. En outre, les LMR représentent un fardeau supplémentaire pour le système de santé. Les personnes souffrant d'une LMR ont déclaré un nombre significativement plus élevé de consultation avec un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute que celles ne présentant pas ce genre d'affection. ●

Remerciements

L'auteur remercie Margot Shields de son aide et de ses conseils.

Références

1. T.L. Guidotti, « Occupational repetitive strain injury », *American Family Physician*, 45(2), 1992, p. 585-592.
2. A. Yassi, « Repetitive strain injuries », *Lancet*, 349(9056), 1997, p. 943-947.
3. J.M. Melhorn, « Cumulative trauma disorders and repetitive strain injuries. The future », *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 351, 1998, p. 107-126.
4. M. Rossignol, S. Stock, L. Patry et al., « Carpal tunnel syndrome: what is attributable to work? The Montreal study », *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 1997, p. 519-523.
5. J.P. Keogh, I. Nuwayhid, J.L. Gordon et al., « The impact of occupational injury on injured worker and family: outcomes of upper extremity cumulative trauma disorders in Maryland workers », *American Journal of Industrial Medicine*, 38(5), 2000, p. 498-506.
6. B.B. O'Neil, M.E. Forsythe et W.D. Stanish, « Chronic occupational repetitive strain injury », *Médecin de famille canadien*, 47, 2001, p. 311-316.
7. G. Magni, C. Moreschi, S. Rigatti-Luchini et al., « Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain », *Pain*, 56(3), 1994, p. 289-297.
8. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. L.J. Frederick, « Cumulative trauma disorders: an overview », *American Association of Occupational Health Nurses*, 40(3), 1992, p. 113-116.
12. L.L. Crumpton-Young, M.K. Killough, P.L. Parker et al., « Quantitative analysis of cumulative trauma risk factors and risk factor interactions », *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 42(10), 2000, p. 1013-1020.
13. M. Barnekow-Bergkvist, G.E. Hedberg, U. Janlert et al., « Determinants of self-reported neck-shoulder and low back symptoms in a general population », *Spine*, 23(2), 1998, p. 235-243.
14. A.J. Rege et J.L. Sher, « Can the outcome of carpal tunnel release be predicted? », *Journal of Hand Surgery [Br]*, 26(2), 2001, p. 148-150.
15. F. DeStefano, D.L. Nordstrom et R.A. Vierkant, « Long-term symptom outcomes of carpal tunnel syndrome and its treatment », *Journal of Hand Surgery [Am]*, 22(2), 1997, p. 200-210.
16. D.L. Nordstrom, R.A. Vierkant, F. DeStefano et al., « Risk factors for carpal tunnel syndrome in a general population », *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 1997, p. 734-740.
17. S.P. Stallings, M.L. Kasdan, T.M. Soergel et al., « A case-control study of obesity as a risk factor for carpal tunnel syndrome in a population of 600 patients presenting for independent medical examination », *Journal of Hand Surgery [AM]*, 22A, 1997, p. 211-215.
18. J.N. Katz, K.K. Fossel, B.P. Simmons et al., « Symptoms, functional status, and neuromuscular impairment following carpal tunnel release », *Journal of Hand Surgery [Am]*, 20(4), 1995, p. 549-555.
19. P.E. Higgs, D. Edwards, D.S. Martin et al., « Carpal tunnel surgery outcomes in workers: effect of workers' compensation status », *Journal of Hand Surgery [Am]*, 20(3), 1995, p. 354-360.
20. M.L. Adams, G.M. Franklin et S. Barnhart, « Outcome of carpal tunnel surgery in Washington State workers' compensation », *American Journal of Industrial Medicine*, 25, 1994, p. 527-536.
21. J.N. Katz, R.B. Keller, A.H. Fossel et al., « Predictors of return to work following carpal tunnel release », *American Journal of Industrial Medicine*, 31, 1997, p. 85-91.
22. F.D. Ashbury, « Occupational repetitive strain injuries and gender in Ontario, 1986 to 1991 », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4), 1995, p. 479-485.
23. D. Hess, « Employee perceived stress: relationship to the development of repetitive strain injury symptoms », *American Association of Occupational Health Nurses*, 45(3), 1997, p. 115-123.
24. A. Silversides, « Confusion surrounding repetitive strain injury highlighted at conference », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 156(10), 1997, p. 1459-1460.
25. Bureau of Labor Statistics, Disorders associated with repeated trauma; rate and number of cases by industry for 1997, diffusé en 1999, disponible à : <http://stats.bls.gov/iif/oshwc/osh/os/ostb0653.txt>, site consulté le 10 mars 2003.
26. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
27. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
28. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.

29. M. Feuerstein, V.L. Miller, L.M. Burrell et al., « Occupational upper extremity disorders in the federal workforce. Prevalence, health care expenditures, and patterns of work disability », *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 40(6), 1998, p. 546-555.
30. S. Tanaka, D.K. Wild, P.J. Seligman et al., « The US prevalence of self-reported carpal tunnel syndrome: 1988 National Health Interview Survey data », *American Journal of Public Health*, 84(11), 1994, p. 1846-1848.
31. B. Silverstein, E. Welp, N. Nelson et al., « Claims incidence of work-related disorders of the upper extremities: Washington State, 1987 through 1995 », *American Journal of Public Health*, 88, 1998, p. 1827-1833.
32. G.M. Franklin, J. Haug, N. Heyer et al., « Occupational carpal tunnel syndrome in Washington State 1984-1988 », *American Journal of Public Health*, 81(6), 1991, p. 741-746.
33. M. McDiarmid, M. Oliver, J. Ruser et al., « Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: personal attributes or job tasks? », *Environmental Research*, 83(1), 2000, p. 23-32.
34. M. Hagberg, H. Morgenstern et M. Kelsh, « Impact of occupations and job tasks on the prevalence of carpal tunnel syndrome », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 18(6), 1992, p. 337-345.
35. B. Stenlund, I. Goldie, M. Hagberg et al., « Shoulder tendinitis and its relation to heavy manual work and exposure to vibration », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1993, 19(1), p. 43-49.
36. G. Wieslander, D. Norback, C.J. Gothe et al., « Carpal tunnel syndrome (CTS) and exposure to vibration, repetitive wrist movement, and heavy manual work: a case-referent study », *British Journal of Industrial Medicine*, 46, 1989, p. 43-47.
37. C.J. English, W.M. Maclaren, C. Court-Brown et al., « Relations between upper limb soft tissue disorders and repetitive movements at work », *American Journal of Industrial Medicine*, 27(1), 1995, p. 75-90.
38. K. Ekberg, B. Bjorkqvist, P. Malm et al., « Case-control study of risk factors for disease in the neck and shoulder area », *Occupational and Environmental Medicine*, 51(4), 1994, p. 262-266.
39. K. Ekberg, M. Karlsson, O. Axelson et al., « Cross-sectional study of risk factors for symptoms in the neck and shoulder area », *Ergonomics*, 38(5), 1995, p. 971-980.
40. K. Fredriksson, L. Alfredsson, C.B. Thorbjornsson et al., « Risk factors for neck and shoulder disorders: a nested case-control study covering a 24-year period », *American Journal of Industrial Medicine*, 38(5), 2000, p. 516-518.
41. A.J. Hafler, M. Feuerstein et G.D. Huang, « Job stress, upper extremity pain and functional limitations in symptomatic computer users », *American Journal of Industrial Medicine*, 38(5), 2000, p. 507-515.
42. R.H. Westgaard, C. Jensen et K. Hansen, « Individual and work-related risk factors associated with symptoms of musculoskeletal complaints », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 64(6), 1993, p. 405-413.
43. K. Ohlsson, R.G. Attewell, B. Palsson et al., « Repetitive industrial work and neck and upper limb disorders in females », *American Journal of Industrial Medicine*, 27(5), 1995, p. 731-747.
44. D.P. Pope, P.R. Croft, C.M. Pritchard et al., « Occupational factors related to shoulder pain and disability », *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 1997, p. 316-321.
45. S. Tanaka, D.K. Wild, L.L. Cameron et al., « Association of occupational and non-occupational risk factors with the prevalence of self-reported carpal tunnel syndrome in a national survey of the working population », *American Journal of Industrial Medicine*, 1997, 32, p. 550-556.
46. M.C. de Krom, A.D.M. Kester, P.G. Knipschild et al., « Risk factors for carpal tunnel syndrome », *American Journal of Epidemiology*, 132(6), 1990, p. 1102-1110.
47. D.H. Solomon, J.N. Katz, R. Bohn et al., « Nonoccupational risk factors for carpal tunnel syndrome », *Journal of General Internal Medicine*, 14(5), 1999, p. 310-314.
48. M.W. Crossman, C.A. Gilbert, A. Travlos et al., « Nonneurologic hand pain versus carpal tunnel syndrome: do psychological measures differentiate? », *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(2), 2001, p. 100-107.
49. S.I. Bekkelund, C. Pierre-Jerome, T. Torbergsen et al., « Impact of occupational variables in carpal tunnel syndrome », *Acta Neurologica Scandinavica*, 103, 2001, p. 193-197.
50. A. Yassi, J. Sprout et R. Tate, « Upper limb repetitive strain injuries in Manitoba », *American Journal of Industrial Medicine*, 30(4), 1996, p. 461-472.
51. S. Tanaka, M. Petersen et L. Cameron, « Prevalence and risk factors of tendinitis and related disorders of the distal upper extremity among U.S. workers: comparison to carpal tunnel syndrome », *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 2001, p. 328-335.

Tableau B

Répartition de certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	13 739	21 621	100,0	6 242	10 562	100,0	7 497	11 059	100,0
Lésion due aux mouvements répétitifs									
Oui	1 274	2 038	9,4	586	1 013	9,6	688	1 025	9,3
Non	12 465	19 583	90,6	5 656	9 550	90,4	6 809	10 034	90,7
État matrimonial									
Marié(e)/union libre	8 188	14 103	65,2	4 038	7 231	68,5	4 150	6 873	62,1
Marié(e) antérieurement	2 853	3 317	15,3	802	1 016	9,6	2 051	2 301	20,8
Jamais marié(e)	2 698	4 201	19,4	1 402	2 316	21,9	1 296	1 885	17,0
Niveau de scolarité									
Diplôme d'études secondaires ou moins	5 504	8 194	37,9	2 519	3 917	37,1	2 985	4 277	38,7
Au moins certaines études postsecondaires	8 223	13 401	62,0	3 715	6 629	62,8	4 508	6 772	61,2
Données manquantes	12	F	F	8	F	F	4	F	F
Revenu du ménage									
Inférieur/moyen-inférieur	2 223	2 704	12,5	755	1 063	10,0	1 468	1 641	14,8
Moyen	3 699	5 366	24,8	1 638	2 531	24,0	2 061	2 835	25,6
Moyen-supérieur	4 599	7 562	35,0	2 258	3 843	36,4	2 341	3 719	33,6
Supérieur	2 406	4 586	21,2	1 238	2 472	23,4	1 168	2 115	19,1
Données manquantes	812	1 403	6,5	353	654	6,2	459	749	6,8
Situation d'emploi									
Occupé(e) au moment de l'enquête	8 126	13 768	63,7	4 238	7 604	72,0	3 888	6 164	55,7
A travaillé au cours des 12 derniers mois	901	1 312	6,1	394	586	5,5	507	726	6,6
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	3 547	5 261	24,3	1 203	1 849	17,5	2 344	3 412	30,9
Sans objet (75 ans et plus)	1 163	1 269	5,9	407	524	5,0	756	744	6,7
Données manquantes	2	F	F	0	0	0	2	F	F
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	2 615	4 175	19,3	1 342	2 279	21,6	1 273	1 895	17,1
Modérément actif(ve)	3 247	5 230	24,2	1 485	2 634	24,9	1 762	2 595	23,5
Inactif(ve)	7 613	11 675	54,0	3 233	5 310	50,3	4 380	6 364	57,5
Données manquantes	264	542	2,5	182	339	3,2	82	204	1,8
Obésité									
Non	11 323	18 079	83,6	5 227	8 921	84,5	6 096	9 158	82,8
Oui	2 152	3 144	14,5	982	1 586	15,0	1 170	1 558	14,1
Données manquantes	264	399	1,8	33	56 ^{E1}	0,5 ^{E1}	231	343	3,1
Usage quotidien du tabac									
Non	10 269	16 382	75,8	4 499	7 775	73,6	5 770	8 606	77,8
Oui	3 446	5 191	24,0	1 729	2 759	26,1	1 717	2 432	22,0
Données manquantes	24	49 ^{E2}	0,2 ^{E2}	14	F	F	10	F	F
Arthrite/rhumatisme									
Non	10 890	17 827	82,5	5 300	9 185	87,0	5 590	8 643	78,2
Oui	2 842	3 778	17,5	939	1 372	13,0	1 903	2 406	21,8
Données manquantes	7	F	F	3	F	F	4	F	F
Diabète									
Non	13 124	20 762	96,0	5 943	10 088	95,5	7 181	10 674	96,5
Oui	614	853	3,9	299	474	4,5	315	378	3,4
Données manquantes	1	F	F	0	0	0	1	F	F
Troubles thyroïdiens									
Non	12 979	20 584	95,2	6 115	10 375	98,2	6 864	10 209	92,3
Oui	758	1 035	4,8	127	188	1,8	631	847	7,7
Données manquantes	2	F	F	0	0	0	2	F	F

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : Sont exclues 17 personnes pour lesquelles on ne connaît pas la situation concernant les LMR en 1998-1999. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau C

Répartition de certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile ayant 20 ans et plus en 1998-1999 n'ayant pas déclaré de LMR en 1996-1997, Canada, territoires non compris

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	9 255	18 416	100,0	4 048	8 959	100,0	5 207	9 456	100,0
Lésion due aux mouvements répétitifs									
Oui	737	1 512	8,2	332	741	8,3	405	771	8,2
Non	8 512	16 896	91,8	3 712	8 212	91,7	4 800	8 684	91,8
Données manquantes	6	F	F	4	F	F	2	F	F
État matrimonial									
Marié(e)/union libre	5 664	12 107	65,7	2 719	6 245	69,7	2 945	5 861	62,0
Marié(e) antérieurement	1 904	2 805	15,3	488	822	9,2	1 416	1 983	21,0
Jamais marié(e)	1 687	3 505	19,0	841	1 892	21,1	846	1 612	17,1
Niveau de scolarité									
Diplôme d'études secondaires ou moins	3 665	6 701	36,4	1 587	3 097	34,6	2 078	3 604	38,1
Au moins certaines études postsecondaires	5 589	11 713	63,6	2 460	5 860	65,4	3 129	5 853	61,9
Données manquantes	1	F	F	1	F	F	0	0	0
Revenu du ménage									
Inférieur/moyen-inférieur	1 392	2 085	11,3	419	724	8,1	973	1 361	14,4
Moyen	2 523	4 522	24,6	1 062	2 133	23,8	1 461	2 389	25,3
Moyen-supérieur	3 205	6 599	35,8	1 517	3 333	37,2	1 688	3 266	34,5
Supérieur	1 675	4 177	22,7	858	2 295	25,6	817	1 882	19,9
Données manquantes	460	1 033	5,6	192	474	5,3	268	558	5,9
Situation d'emploi									
Occupé(e) au moment de l'enquête	5 520	11 985	65,1	2 781	6 602	73,7	2 739	5 383	56,9
A travaillé au cours des 12 derniers mois	578	1 099	6,0	234	478	5,3	344	621	6,6
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	2 402	4 350	23,6	788	1 528	17,1	1 614	2 822	29,8
Sans objet (75 ans et plus)	755	982	5,3	245	352	3,9	510	630	6,7
Données manquantes									
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	1 746	3 563	19,3	865	1 962	21,9	881	1 602	16,9
Modérément actif(ve)	2 271	4 614	25,1	1 004	2 353	26,31	267	2 261	23,9
Inactif(ve)	5 127	9 970	54,1	2 102	4 480	50,0	3 025	5 490	58,1
Données manquantes	111	268	1,5	77	165	1,8	34	104 ^{E1}	1,1 ^{E1}
Obésité									
Non	7 634	15 419	83,7	3 408	7 589	84,7	4 226	7 829	82,8
Oui	1 479	2 720	14,8	623	1 334	14,9	856	1 386	14,7
Données manquantes	142	278	1,5	17	36 ^{E2}	0,4 ^{E2}	125	241	2,6
Usage quotidien du tabac									
Non	6 961	13 995	76,0	2 940	6 601	73,7	4 021	7 394	78,2
Oui	2 279	4 385	23,8	1 099	2 335	26,1	1 180	2 051	21,7
Données manquantes	15	F	F	9	F	F	6	F	F
Arthrite/rhumatisme									
Non	7 312	15 231	82,7	3 425	7 799	87,1	3 887	7 431	78,6
Oui	1 940	3 182	17,3	622	1 160	12,9	1 318	2 022	21,4
Données manquantes	3	F	F	1	F	F	2	F	F
Diabète									
Non	8 869	17 718	96,2	3 865	8 582	95,8	5 004	9 135	96,6
Oui	385	692	3,8	183	377	4,2	202	315	3,3
Données manquantes	1	F	F	0	0	0,0	1	F	F
Troubles thyroïdiens									
Non	8 740	17 593	95,5	3 966	8 813	98,4	4 774	8 780	92,9
Oui	514	821	4,5	82	146	1,6	432	675	7,1
Données manquantes	1	F	F	0	F	F	1	F	F

Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : Sont exclues 968 personnes qui ont déclaré une LMR en 1996-1997 et 4 personnes pour lesquelles on ne connaît pas la situation concernant les LMR en 1996-1997. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau D

Coefficients de régression reliant le nombre de consultations avec un omnipraticien au cours des 12 derniers mois à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Nombre de consultations avec un omnipraticien au cours des 12 derniers mois					
	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée†	0,96*	0,73 - 1,18	0,05*	1,37*	1,11 - 1,63	0,06*
Âge	0,00	-0,01 - 0,01	0,00	-0,04*	-0,05 - -0,04	-0,11*
État matrimonial						
Marié(e)/union libre	0,21	-0,02 - 0,44	0,02	0,26*	0,01 - 0,52	0,02*
Marié(e) antérieurement	0,45*	0,16 - 0,74	0,02*	0,62*	0,30 - 0,95	0,04*
Jamais marié(e)‡	...	...	...	...	...	...
Au moins certaines études postsecondaires†	-0,16*	-0,31 - -0,01	-0,01*	-0,25*	-0,43 - -0,07	-0,02*
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	0,76*	0,29 - 1,24	0,03*	0,97*	0,62 - 1,33	0,05*
Moyen	0,21*	0,02 - 0,40	0,01*	0,23	-0,01 - 0,47	0,01
Moyen-supérieur	0,05	-0,09 - 0,20	0,00	0,06	-0,13 - 0,24	0,00
Supérieur‡	...	...	...	...	...	...
Situation d'emploi (20 à 75 ans)						
Occupé(e) au moment de l'enquête†	...	...	...	...	...	...
A travaillé au cours des 12 derniers mois	0,64*	0,40 - 0,89	0,03*	0,83*	0,49 - 1,18	0,03*
N'a pas travaillé au cours de 12 derniers mois	2,02*	1,60 - 2,45	0,12*	1,07*	0,87 - 1,27	0,07*
Activité durant les loisirs						
Actif(ve)	-0,44*	-0,63 - -0,26	-0,03*	-0,55*	-0,74 - -0,36	-0,03*
Modérément actif(ve)	-0,24*	-0,40 - -0,09	-0,02*	-0,39*	-0,55 - -0,24	-0,02*
Inactif(ve)‡	...	...	...	...	...	...
Obésité†	0,47*	0,29 - 0,65	0,03*	0,90*	0,64 - 1,16	0,05*
Usage quotidien du tabac†	0,17	-0,03 - 0,37	0,01	0,26*	0,03 - 0,48	0,01*
Arthrite/rhumatisme†	1,90*	1,56 - 2,23	0,11*	2,20*	1,94 - 2,46	0,13*
Diabète†	2,93*	2,24 - 3,62	0,11*	2,08*	1,54 - 2,62	0,06*
Troubles thyroïdiens†	1,58*	0,94 - 2,22	0,04*	1,08*	0,79 - 1,37	0,04*
Coordonnée à l'origine	1,64			4,47		
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	51 125			60 985		
R ²	0,08			0,05		
R ² corrigé	0,08			0,05		
Degrés de liberté	20			20		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	51 104			60 964		
	794			892		

Source des données : Enquête sur santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

‡ Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau E

Coefficients de régression reliant le nombre de consultations avec un chiropraticien au cours des 12 derniers mois à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Nombre de consultations avec un chiropraticien au cours des 12 derniers mois					
	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée[†]	0,94*	0,67 - 1,21	0,05*	1,52*	1,16 - 1,88	0,07*
Âge	-0,01*	-0,01 - 0,00	-0,02*	0,00	-0,01 - 0,00	-0,01
État matrimonial						
Marié(e)/union libre	0,37*	0,19 - 0,55	0,03*	-0,11	-0,39 - 0,16	-0,01
Marié(e) antérieurement	0,43*	0,19 - 0,67	0,02*	-0,07	-0,35 - 0,22	0,00
Jamais marié(e) [‡]
Au moins certaines études postsecondaires[†]	0,05	-0,09 - 0,20	0,00	0,25*	0,09 - 0,41	0,02*
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	-0,34	-0,80 - 0,11	-0,02	-0,49*	-0,76 - -0,23	-0,03*
Moyen	-0,34*	-0,53 - -0,14	-0,02*	-0,21*	-0,41 - -0,01	-0,01*
Moyen-supérieur	-0,24*	-0,39 - -0,09	-0,02*	0,04	-0,17 - 0,25	0,00
Supérieur [‡]
Situation d'emploi (20 à 75 ans)						
Occupé(e) au moment de l'enquête [†]
A travaillé au cours des 12 derniers mois	-0,31*	-0,51 - -0,10	-0,01*	-0,12	-0,53 - 0,28	0,00
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	-0,17	-0,49 - 0,15	-0,01	-0,30*	-0,47 - -0,13	-0,02*
Activité durant les loisirs						
Actif(ve)	0,13	-0,02 - 0,27	0,01	0,32*	0,12 - 0,53	0,02*
Modérément actif(ve)	0,15	-0,02 - 0,32	0,01	0,28*	0,11 - 0,45	0,02*
Inactif(ve) [‡]
Obésité[†]	0,08	-0,08 - 0,24	0,01	0,20	-0,03 - 0,43	0,01
Usage quotidien du tabac[†]	-0,10	-0,29 - 0,09	-0,01	-0,01	-0,21 - 0,18	0,00
Arthrite/rhumatisme[†]	0,67*	0,39 - 0,95	0,04*	0,69*	0,51 - 0,88	0,05*
Diabète[†]	-0,19	-0,42 - 0,04	-0,01	-0,16	-0,41 - 0,08	-0,01
Troubles thyroïdiens[†]	0,15	-0,32 - 0,62	0,00	0,18	-0,03 - 0,39	0,01
Coordonnée à l'origine	1,06			1,20		
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	51 206			61 114		
R ²	0,01			0,01		
R ² corrigé	0,01			0,01		
Degrés de liberté	20			20		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	51 185			61 093		
	713			763		

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées. Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne supérieure est nulle peuvent être significatifs.

[†] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

[‡] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau F

Coefficients de régression reliant le nombre de consultations avec un physiothérapeute au cours des 12 derniers mois à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Nombre de consultations avec un physiothérapeute au cours des 12 derniers mois					
	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée†	1,60*	1,21 - 1,99	0,06*	2,51*	1,89 - 3,13	0,09*
Âge	-0,01*	-0,02 - 0,00	-0,03*	0,01	-0,01 - 0,02	0,01
État matrimonial						
Marié(e)/union libre	0,00	-0,32 - 0,33	0,00	-0,16	-0,44 - 0,13	-0,01
Marié(e) antérieurement	0,18	-0,30 - 0,66	0,01	-0,16	-0,59 - 0,27	-0,01
Jamais marié(e)‡	...	...	...	...	...	...
Au moins certaines études postsecondaires†	-0,05	-0,28 - 0,18	0,00	0,31*	0,05 - 0,57	0,02*
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	-0,03	-0,59 - 0,53	0,00	0,19	-0,39 - 0,77	0,01
Moyen	0,10	-0,22 - 0,42	0,01	-0,03	-0,35 - 0,30	0,00
Moyen-supérieur	-0,01	-0,20 - 0,18	0,00	0,14	-0,13 - 0,41	0,01
Supérieur‡	...	...	...	...	...	...
Situation d'emploi (20 à 75 ans)						
Occupé(e) au moment de l'enquête†	...	...	...	...	...	...
A travaillé au cours des 12 derniers mois	0,43	-0,01 - 0,87	0,01	0,14	-0,27 - 0,56	0,00
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	0,55*	0,10 - 1,00	0,03*	-0,01	-0,25 - 0,23	0,00
Activité durant les loisirs						
Actif(ve)	0,09	-0,16 - 0,33	0,00	0,04	-0,23 - 0,31	0,00
Modérément actif(ve)	-0,11	-0,32 - 0,10	-0,01	0,00	-0,26 - 0,26	0,00
Inactif(ve)‡	...	...	...	...	...	...
Obésité†	0,04	-0,17 - 0,26	0,00	0,11	-0,15 - 0,36	0,00
Usage quotidien du tabac†	0,09	-0,18 - 0,37	0,01	0,07	-0,16 - 0,31	0,00
Arthrite/rhumatisme†	1,07*	0,71 - 1,42	0,05*	0,95*	0,62 - 1,27	0,05*
Diabète†	0,11	-0,25 - 0,48	0,00	0,21	-0,29 - 0,70	0,01
Troubles thyroïdiens†	0,52	-0,38 - 1,43	0,01	0,05	-0,22 - 0,33	0,00
Coordonnée à l'origine	1,28			0,43		
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	51 202			61 114		
R ²	0,01			0,01		
R ² corrigé	0,01			0,01		
Degrés de liberté	20			20		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	51 181			61 093		
	717			763		

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées. Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne supérieure est nulle peuvent être significatifs.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

‡ Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau G

Coefficients de régression reliant la douleur ou les malaises chroniques et la détresse psychologique à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Douleur ou malaises chroniques						Détresse psychologique					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée[†]	0,19*	0,12 - 0,26	0,09*	0,23*	0,14 - 0,32	0,09*	0,84*	0,53 - 1,15	0,09*	0,75*	0,46 - 1,03	0,07*
Âge	0,00*	0,00 - 0,00	-0,03*	0,00*	0,00 - 0,00	-0,01*	-0,04*	-0,04 - -0,03	-0,21*	-0,03*	-0,04 - -0,02	-0,16*
État matrimonial												
Marié(e)/union libre	0,09*	0,04 - 0,13	0,06*	0,00	-0,06 - 0,05	0,00	-0,20	-0,43 - 0,04	-0,03	-0,69*	-0,95 - -0,43	-0,11*
Marié(e) antérieurement	0,12*	0,05 - 0,19	0,06*	0,02	-0,06 - 0,10	0,01	0,54*	0,14 - 0,94	0,06*	-0,30	-0,67 - 0,07	-0,04
Jamais marié(e) [‡]
Au moins certaines études postsecondaires[†]	-0,02	-0,07 - 0,02	-0,02	-0,06*	-0,11 - -0,01	-0,04*	0,07	-0,12 - 0,25	0,01	-0,04	-0,24 - 0,16	-0,01
Revenu du ménage												
Inférieur/moyen-inférieur	0,10*	0,01 - 0,18	0,04*	0,07	-0,02 - 0,16	0,03	0,54*	0,18 - 0,91	0,06*	0,73*	0,35 - 1,10	0,09*
Moyen	0,03	-0,03 - 0,09	0,02	-0,03	-0,09 - 0,04	-0,01	0,25	-0,02 - 0,51	0,04	0,29*	0,00 - 0,58	0,04*
Moyen-supérieur	-0,02	-0,07 - 0,03	-0,02	-0,04	-0,10 - 0,02	-0,02	-0,03	-0,26 - 0,19	-0,01	0,09	-0,14 - 0,32	0,01
Supérieur [‡]
Situation d'emploi (20 à 75 ans)												
Occupé(e) au moment de l'enquête [†]
A travaillé au cours des 12 derniers mois	0,00	-0,06 - 0,07	0,00	0,02	-0,05 - 0,08	0,01	0,48*	0,06 - 0,91	0,04*	0,71*	0,36 - 1,05	0,06*
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	0,20*	0,12 - 0,28	0,12*	0,12*	0,06 - 0,18	0,07*	1,03*	0,72 - 1,34	0,15*	0,58*	0,32 - 0,84	0,09*
Activité durant les loisirs												
Actif(ve)	-0,05*	-0,10 - -0,01	-0,04*	-0,11*	-0,16 - -0,06	-0,05*	-0,21*	-0,39 - -0,02	-0,03*	-0,46*	-0,67 - -0,24	-0,06*
Modérément actif(ve)	-0,07*	-0,12 - -0,03	-0,05*	-0,10*	-0,14 - -0,05	-0,05*	-0,37*	-0,58 - -0,16	-0,06*	-0,41*	-0,61 - -0,21	-0,06*
Inactif(ve) [‡]
Obésité[†]	0,01	-0,04 - 0,06	0,01	0,10*	0,03 - 0,17	0,05*	0,03	-0,19 - 0,25	0,00	0,09	-0,16 - 0,33	0,01
Usage quotidien du tabac[†]	0,05*	0,01 - 0,10	0,04*	0,11*	0,05 - 0,16	0,06*	0,37*	0,16 - 0,58	0,06*	0,65*	0,43 - 0,86	0,09*
Arthrite/rhumatisme[†]	0,57*	0,48 - 0,66	0,30*	0,61*	0,53 - 0,69	0,33*	0,45*	0,18 - 0,71	0,06*	0,70*	0,46 - 0,94	0,10*
Diabète[†]	0,12	-0,02 - 0,26	0,04	0,18*	0,04 - 0,32	0,04*	0,18	-0,27 - 0,63	0,01	0,70*	0,26 - 1,14	0,04*
Troubles thyroïdiens[†]	0,06	-0,10 - 0,22	0,01	0,06	-0,04 - 0,16	0,02	0,02	-0,57 - 0,61	0,00	0,32*	0,02 - 0,63	0,03*
Coordonnée à l'origine	0,09			0,19			3,59			4,13		
Renseignements sur le modèle												
Taille de l'échantillon	6 041			7 397			5 982			7 343		
R ²	0,16			0,17			0,08			0,08		
R ² corrigé	0,16			0,17			0,07			0,08		
Degrés de liberté	20			20			20			20		
	6 020			7 376			5 961			7 322		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	201			100			260			154		

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées.

[†] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

[‡] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau H

Coefficients de régression reliant la variation de la douleur ou des malaises chroniques et la variation de la détresse psychologique entre 1998-1999 et 2000-2001 à certaines caractéristiques observées en 1998-1999, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus n'ayant pas déclaré de LMR en 1996-1997, Canada, territoires non compris

	Douleur ou malaises chroniques						Détresse psychologique					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	beta
LMR déclarée[†]	0,03	-0,05 - 0,11	0,01	0,13*	0,04 - 0,23	0,05*	0,21	-0,21 - 0,63	0,02	0,54*	0,14 - 0,94	0,05*
Âge	0,00	0,00 - 0,00	-0,01	0,00	0,00 - 0,00	0,01	-0,02*	-0,03 - 0,01	-0,09*	-0,03*	-0,04 - 0,02	-0,15*
État matrimonial												
Marié(e)/union libre	0,02	-0,03 - 0,07	0,01	0,02	-0,04 - 0,07	0,01	-0,20	-0,51 - 0,12	-0,04	-0,02	-0,32 - 0,28	0,00
Marié(e) antérieurement	0,07	-0,03 - 0,16	0,03	0,05	-0,03 - 0,13	0,03	-0,01	-0,44 - 0,42	0,00	-0,12	-0,48 - 0,23	-0,02
Jamais marié(e) [‡]
Au moins certaines études postsecondaires[†]	0,00	-0,05 - 0,06	0,00	-0,03	-0,08 - 0,02	-0,02	0,00	-0,23 - 0,23	0,00	-0,17	-0,38 - 0,05	-0,03
Revenu du ménage												
Inférieur/moyen-inférieur	0,20*	0,09 - 0,31	0,08*	0,05	-0,03 - 0,14	0,02	0,58*	0,06 - 1,10	0,06*	0,56*	0,20 - 0,92	0,07*
Moyen	0,09*	0,03 - 0,14	0,06*	0,00	-0,08 - 0,08	0,00	0,32	0,00 - 0,64	0,05	0,25	-0,07 - 0,57	0,04
Moyen-supérieur	0,04	-0,01 - 0,09	0,03	0,00	-0,05 - 0,06	0,00	0,17	-0,08 - 0,43	0,03	0,21	-0,06 - 0,48	0,03
Supérieur [‡]
Situation d'emploi (20 à 75 ans)												
Occupé(e) au moment de l'enquête [‡]
A travaillé au cours des 12 derniers mois	-0,05	-0,11 - 0,01	-0,02	0,01	-0,07 - 0,10	0,01	0,03	-0,47 - 0,52	0,00	-0,22	-0,61 - 0,17	-0,02
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	0,11*	0,02 - 0,21	0,06*	0,02	-0,04 - 0,09	0,01	0,28	-0,09 - 0,66	0,04	0,35*	0,09 - 0,60	0,05*
Activité durant les loisirs												
Actif(ve)	-0,03	-0,09 - 0,02	-0,02	-0,11*	-0,16 - 0,06	-0,06*	-0,11	-0,39 - 0,16	-0,02	-0,26*	-0,50 - 0,01	-0,03*
Modérément actif(ve)	-0,08*	-0,13 - 0,03	-0,05*	-0,04	-0,10 - 0,02	-0,02	-0,19	-0,44 - 0,06	-0,03	-0,12	-0,34 - 0,11	-0,02
Inactif(ve) [‡]
Obésité[†]	-0,01	-0,07 - 0,05	0,00	0,11*	0,03 - 0,19	0,05*	-0,16	-0,43 - 0,11	-0,02	0,10	-0,21 - 0,42	0,01
Usage quotidien du tabac[†]	0,08*	0,03 - 0,14	0,06*	0,02	-0,03 - 0,07	0,01	0,07	-0,18 - 0,31	0,01	0,44*	0,20 - 0,67	0,06*
Arthrite/rhumatisme[†]	0,18*	0,08 - 0,29	0,09*	0,28*	0,18 - 0,37	0,15*	0,31	-0,04 - 0,67	0,04	0,50*	0,22 - 0,77	0,07*
Diabète[†]	0,17	-0,01 - 0,34	0,05	0,08	-0,09 - 0,24	0,02	-0,21	-0,73 - 0,31	-0,01	0,11	-0,36 - 0,58	0,01
Troubles thyroïdiens[†]	0,11	-0,10 - 0,32	0,02	0,09	-0,01 - 0,19	0,03	-0,08	-0,61 - 0,45	-0,00	0,22	-0,17 - 0,62	0,02
Douleur/malaise	-0,65*	-0,72 - 0,59	-0,61*	-0,63*	-0,69 - 0,58	-0,60*	-0,63*	-0,68 - 0,58	-0,59*	-0,58*	-0,63 - 0,54	-0,56*
Coordonnée à l'origine	0,03			0,07			1,74			2,05		
Renseignements sur le modèle												
Taille de l'échantillon	3 956			5 152			3 733			5 008		
R ²	0,33			0,31			0,33			0,30		
R ² corrigé	0,32			0,31			0,33			0,29		
Degrés de liberté	21			21			21			21		
	3 934			5 130			3 711			4 986		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	92			55			315			199		

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées. Les personnes qui, en 1996-1997, ont déclaré une LMR ou dont la situation concernant les LMR était inconnue ont été exclues de l'analyse.

[†] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

[‡] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.